

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

RODINNÉ PROSTŘEDÍ DROGOVĚ ZÁVISLÝCH

bakalářská práce

Autor práce: Adéla Lukášová

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika

Vedoucí práce: PhDr. Vlastimila Urbanová

Datum odevzdání práce: 2. 5. 2013

Abstrakt

Žijeme v postmoderní době, kde původní pojetí rodiny pozbývá smyslu a kde dochází k rozbití tradičních rodinných hodnot. Lze zde také hovořit o takzvané krizi rodiny a s ní souvisejícím vznikem sociálně patologických jevů. Tento pojem se v České republice začal uplatňovat v průběhu 90. let. Jedná se o transformaci, která sebou přináší absenci tradičních rodinných znaků, kterými jsou úplná rodina, primární zastoupení rodiny ve společenském spektru či upřednostňování tráveného času v rodině jejími jednotlivými členy. Rodina současné postmoderní společnosti je poté charakterizována velmi vysokou rozvodovostí a s tím spojenou absencí jednoho z rodičů (převážně otce), poklesem počtu dětí, zvyšováním rodičovského věku či upřednostňováním kariéry na úkor rodiny. Výše zmíněné faktory samy o sobě nemusí znamenat patologii v rodině, nicméně v kombinaci s dalšími rizikovými faktory jako je chudoba, nezaměstnanost, týrání, zneužívání, domácí násilí, citová deprivace, záporné vzory rodičů či jiné společenské vlivy, mohou vznik závislosti na omamných a psychotropních látkách či vznik jiného sociálně patologického fenoménu implikovat.

Tato práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a praktické. Teoretická část se zabývá tématem rodiny jako společenským fenoménem, typologií rodiny, styly výchovy v rodině, rizikovými faktory v rodině a poté drogami samotnými, aktuální drogovou situací na české scéně, drogovou závislostí, léčbou drogově závislých v návaznosti na rodinnou terapii. Zvýšená pozornost je věnována stylům výchovy a rizikovým faktorům v rodině a jejich možnému vlivu na vznik sociálně patologických jevů.

Cílem praktické části této bakalářské práce je zmapování názorů odborníků na drogovou závislost v návaznosti na drogové prostředí. Dílčím cílem práce je pak zjištění skutečnosti, do jaké míry je odborný pracovník schopen ovlivnit rodinné prostředí drogově závislého.

Pro naplnění cíle praktické části bakalářské práce byli zúčastnění respondenti dotazováni, zda rodinné prostředí je klíčovým faktorem ve vztahu k drogové závislosti a jak mohou jakožto odborníci rodinné prostředí drogově závislých ovlivnit.

K tomuto účelu byly stanoveny dvě následující výzkumné otázky:

1. Je dle odborníků rodinné prostředí klíčovým faktorem ve vztahu k drogově závislosti?

2. Jak ovlivňují odborníci rodinné prostředí drogově závislých?

Ke sběru dat byla využita metoda dotazování prostřednictvím hloubkového polostrukturovaného rozhovoru. Tento byl založen na kladení otevřených a polouzavřených otázek vybrané skupině respondentů. Účelem sběru dat bylo vytvoření hlubšího monitoringu a zjištění základních faktů o dané problematice.

Vlastní výzkumné šetření proběhlo v období ledna až března 2013.

Základním výzkumným souborem se stali odborní pracovníci věnující se cílové skupině drogově závislých. Respondenti byli vybráni cíleně na základě svých znalostí a zkušeností s drogově závislými.

Prostřednictvím analýzy výsledků výzkumného šetření byly vytvořeny odpovědi na výzkumné otázky a shrnuty následovně:

1. Odborníci vnímají, že rodinné prostředí ovlivňuje vztah drogově závislosti, konkrétně prostřednictvím genetických dispozic, osobnostních předpokladů, vrstevníků a problematice komunikace v samotné rodině, vedle toho je důležitá role rodičů a vzájemné vztahy v rodině, není klíčovým faktorem, ale pouze jedním z faktorů, který ovlivňuje vznik drogově závislosti.

2. Odborníci mají možnost ovlivnit rodinné prostředí drogově závislých prostřednictvím individuální, skupinové, rodinné či partnerské terapie; rodičovské a sociální práce; mediace vztahů v rodině, spoluprací, arteterapií či za pomoci relaxačních technik.

Výzkumné šetření ukázalo, že neexistuje výlučně jeden rizikový faktor z oblasti rodinného prostředí, který by predisponoval vznik závislosti na omamných a psychotropních látkách. Tento jev se neobjevuje ani v souvislosti se vznikem a rozvojem jiného sociálně patologického jednání. Analýza získaných dat ukázala, že vznik závislosti je určen komplexním působením několika faktorů, které pramení z nejrůznějších sfér života. Hovoříme tedy o bio – psycho – socio – spirituálním

vzniku závislosti. Výše zmíněné platí také v návaznosti na výchovné styly rodiny. Nelze říci, že určité styly výchovy jsou více či méně predispoziční ke vzniku závislosti nežli jiné.

Tuto bakalářskou práci lze využít jako teoretický podklad při výuce problematiky léčby závislostí v návaznosti na rodinné prostředí drogově závislých a jako vodítko pro další výzkumné šetření na toto aktuální téma. Výsledky výzkumného šetření by dále mohly posloužit i respondentům, jako zpětná vazba k jejich práci s drogově závislými.

Abstract

We live in a postmodern era, where the original concept of the family loses its original meaning and where there is a breaking of traditional family values. You can also talk about the so – called crisis of the family and the associated emergence of socially pathological phenomena. This term began to apply in the Czech Republic during the nineties. It is a transformation that brings the absence of traditional family symbols, which are two – parent family, the primary representation of the family in the social spectrum or preference of spending time with the family by its individual members. Family of a contemporary postmodern society is then characterized by a very high divorce rate and the associated absence of one parent (mostly fathers), by a decline in the number of children, by increasing parental age or by favoring career at the expense of the family. The above factors themselves may not mean pathology in the family, but in combination with other risk factors such as poverty, unemployment, abuse, misuse, domestic violence, emotional deprivation, negative patterns of parents or other social influences, can lead to addiction to narcotic drugs and psychotropic substances or to the emergence of other socio – pathological phenomena.

This work is divided into two parts, theoretical and practical. The theoretical part deals with the topic of a family as a social phenomenon, the typology of family, the parenting style, the risk factors in the family and then with the drugs themselves, the current situation in the Czech drug scene, the drug addiction, the drug treatment in relation to the family therapy. Special attention is paid to education styles and risk factors in the family and their potential impact on the emergence of socio – pathological phenomena.

The aim of the practical part of this thesis is to analyze the opinions of experts on the drug addiction in relation to the drug environment. The operational objective is to find the fact to what extent is a specialist able to influence the family environment of a drug addict.

To fulfill the objectives of the practical part of this thesis, the participating respondents were asked whether the family environment is a key factor in relation to

a drug addiction and how can they as the experts influence the family environment of a drug addicts. For this purpose there were specified two research questions as follows:

1. According to the experts is the family environment the key factor in relation to the drug addiction?

2. How do the experts influence the family environment of the drug addicts?

To collect the data there was used a method of questioning through the depth semi – structured interview. This was based on asking open – ended and semi – closed questions to a selected group of respondents. The purpose of data collection was to create a deeper monitoring and detection of basic facts about the issue.

The research took place during the period from January to March 2013. The basic research group was created by professionals who deal with the target group of drug addicts. These respondents were selected specifically based on their knowledge and experience with drug addicts.

Through the analysis of the results of the research were developed answers to the research questions and summarized as follows:

1. The experts perceive that the family environment affects drug addiction, specifically through genetic predispositions, personal abilities, peers and problematic communication in the family; in addition there is a high importance of the parenting role and of the relations in the family, is a key factor, but only one of the factors that influence the development of drug addiction.

2. The experts have the ability to influence the family environment of a drug addicts through individual, group, family or partner therapy; parental and social work, mediation of family relationships, cooperation, art – therapy or by using relaxation techniques.

The survey showed that there is not only one risk factor from the family environment that would predispose the emergence of addiction to narcotic drugs and psychotropic substances. This phenomenon does not occur even in the context of the emergence and development of other socio-pathological behavior. The analysis of the collected data showed that the formation of addiction is determined by a complex action

of several factors that stem from various fields of life. We speak here about a bio – psycho – socio – spiritual emergence of addiction. The above mentioned also applies in relation to family educational styles. It is impossible to say that certain educational styles are more or less predetermining the emergence of an addiction than the others.

This bachelor thesis can be used as a theoretical basis for teaching issues of addiction treatment in relation to the family environment of drug addicts and as a guide for further research survey on this current topic. The results of the research could also serve to the respondents as a feedback on their work with drug addicts.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci na téma „Rodinné prostředí drogově závislých“ 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 jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2013

.....

Adéla Lukášová

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Vlastimile Urbanové za cenné rady, které mi poskytla během psaní bakalářské práce.

Můj dík patří také všem respondentům, bez kterých by nebylo možné tento výzkum uskutečnit.

V neposlední řadě bych ráda vyjádřila poděkování své rodině a blízkým za jejich podporu, kterou se mnou měli v průběhu studia a za zpětnou vazbu při čtení mé práce.

Obsah

ÚVOD.....	12
1 SOUČASNÝ STAV	13
1.1 Rodina jako výchozí prostředí člověka	13
<i>1.1.1 Definice rodiny</i>	<i>13</i>
<i>1.1.2 Funkce rodiny.....</i>	<i>14</i>
<i>1.1.3 Rodina jako nositel výchovy.....</i>	<i>15</i>
<i>1.1.4 Rodina jako primární socializační činitel.....</i>	<i>16</i>
<i>1.1.4.1 Rozdělení socializace</i>	<i>18</i>
<i>1.1.4.2 Socializace jako vznik delikventního chování</i>	<i>18</i>
1.2 Rodina a její současná podoba	19
<i>1.2.1 Charakteristika současné rodiny a její postupná přeměna.....</i>	<i>19</i>
<i>1.2.2 Porucha rodičovské role.....</i>	<i>21</i>
1.2.2.1 Dysfunkce rodiny	22
<i>1.2.3 Závislost jako rizikový faktor rodiny.....</i>	<i>23</i>
1.3 Drogy	25
<i>1.3.1 Definice pojmu droga.....</i>	<i>26</i>
<i>1.3.2 Dělení drog</i>	<i>27</i>
<i>1.3.3 Užívání drog.....</i>	<i>28</i>
<i>1.3.4 Vývoj situace v ČR.....</i>	<i>29</i>
1.4 Drogová závislost.....	30
1.4.1 Závislost	30
1.4.2 Definice závislosti dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí.....	31
1.4.3 Členění drogové závislosti	32
1.4.4 Příčiny vzniku závislostí	33
1.4.5 Léčba závislosti.....	35

2	CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	37
2.1	Cíle práce.....	37
2.2	Výzkumné otázky	37
3	METODIKA	38
3.1	Použité metody a techniky	38
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	39
3.3	Průběh výzkumu.....	39
4	VÝSLEDKY	40
5	DISKUZE.....	50
6	ZÁVĚR.....	56
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	58
8	KLÍČOVÁ SLOVA.....	65
9	PŘÍLOHY	66

ÚVOD

Žijeme v postmoderní době, kde pozbývá tehdejší pojetí tradiční rodiny smysl a dochází k rozbíjení tradičních rodinných hodnot. Můžeme také hovořit o takzvané krizi rodiny a s ní souvisejícím vznikem sociálně patologických jevů. Tento pojem se v České republice začal uplatňovat zhruba v průběhu 90. let. Česká republika se po roce 1989 více otevřela a přiblížila západnímu světu a to jak s klady, tak také se zápory. Došlo k rozpadu tradiční rodiny, namísto které vznikla rodina, jež můžeme označit, jako rodinu postmoderní. Postmoderní rodina či rodina postmoderní doby je charakteristická neúplností, značnou absencí jednoho z rodičů, nižším počtem narozených dětí, prodlužováním rodičovského věku, kladením stále vyšších požadavků na jednotlivce v zaměstnání a s tím souvisejícím omezením času dříve vyhrazeného pro rodinu. Výše zmíněné faktory takovéto rodiny nejsou samy o sobě patologické, nicméně v kombinaci s dalšími vlivy mohou komplexním působením na jedince podmiňovat vznik sociálně patologických jevů. Za příčinou vzniku drogové závislosti nelze hledat pouze jeden prvek, ale je nutné zamýšlet se nad skutečností, že se jedná spíše o celé spektrum vlivů, které na jedince přímo či nepřímo působí. Rodina jako primární socializační činitel má zásadní vliv na vývoj každého z nás. Harmonická výchova a zdravé rodinné prostředí jsou základními předpoklady prevence drogové závislosti v rodině.

V současné době je problematika drogově závislých velmi aktuální a stále diskutovanou společenskou otázkou. Toto je jeden z hlavních důvodů pro zvolení tématu ke zpracování v rámci mé bakalářské práce. Zajímá mne, jaké možnosti při práci s drogově závislými využívají odborníci a s jakými problémy se setkávají rodiny drogově závislých.

Cílem práce je tedy zjistit, jaké jsou názory odborníků na souvislost drogové závislosti s rodinným prostředím a dále do jaké míry mají odborníci možnost rodinné prostředí drogově závislých ovlivňovat.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Rodina jako výchozí prostředí člověka

Snaha o vysvětlení principů, na nichž je sociálně založena lidská reprodukce, je stará, jako lidstvo samo. Příbuzenská organizace je pro člověka podstatná od okamžiku, kdy zakládá jakkoliv primitivní společnost a ustavuje se jako *Homo sapiens*. Jak ukázal přesvědčivě Claude Lévi – Strauss, už myšlení přírodních národů je organizováno kolem snahy pochopit a v symbolech vyjádřit genealogické struktury, příbuzenské a klanové vazby (Možný I., 2006).

Existence rodiny jako primární skupiny prochází celou svou historií neustálým procesem přeměny, a to z hlediska velikosti, významu i začlenění do společnosti (Kozlová, Tomanová, 2005).

1.1.1 *Definice rodiny*

Definovat pojem rodina je obtížné nejen s ohledem na různé oblasti užití tohoto pojmu, ale i vzhledem k proměnlivým hodnotovým východiskům v závislosti na kulturním a civilizačním prostředí dané společnosti. V jednotlivých vědních odvětvích a jejich partikulárních oborech se proto význam tohoto termínu liší v závislosti na metodologických postupech, oblasti výzkumu a pojmovém ústrojí (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2004).

Buriánek (2008) chápe rodinu jako malou sociální skupinu, které připadá nezastupitelná úloha v socializaci a je důležitým subsystemem společnosti. Rodinný život je předkládán jako hodnota, která je uznávaná, jejímž prostřednictvím společnost vyvíjí určitý tlak na jednotlivé členy a předepisuje jim určitá pravidla chování.

Rodina je prvním a dosti závazným modelem společnosti, s jakým se dítě setkává. Formuje jeho osobní vývoj i postoj ke všem dalším skupinám. Rodina se snaží formovat dítě podle svého hodnotového schématu, podle vlastní tradice (Matoušek O., 2003).

Rodina je určité seskupení jedinců, kteří se vzájemně intelektuálně, citově, duchovně, fyzicky a duševně ovlivňují (Schaefferová E., 1995).

Možný (1990) vidí rodinu jako občanskou společnost ustanovenou přírodou, přičemž tato společnost je nejpřirozenější a nejstarší ze všech společností, vytváří základ pro národní společnost, neboť lid anebo národ není nic jiného než celek složený z mnoha rodin. Zároveň pak definuje rodinu jako „nejsoukromější lidskou instituci“.

Matoušek (2003) v širším měřítku dělí rodiny do následujících typů:

1) *manželská rodina* – dostává se do popředí především ve druhé polovině 20. století. Jde o svazek, ve kterém se oba partneři (opačného pohlaví) dobrovolně rozhodli své soužití legalizovat, a tím se podřídit stanovené společenské normě.

V současné době je však velmi aktuální soužití, ve kterém muž i žena sice sdílejí společnou domácnost, ale jejich vzájemný vztah není sňatkem zpečetěn,

2) *nukleární rodina* – nejmodernější pojetí rodiny. Tento typ je tvořen pouze oběma rodiči a jejich společnými dětmi. V tomto pojetí můžeme tedy rodinu chápat jako primární sociální skupinu, ve které je realizován vztah face to face,

3) *rozšířená rodina* – vznikne obohacením nukleární rodiny o další členy (např. některé blízké příbuzné),

4) *orientační rodina* – je ta, ve které daný jedinec vyrůstá, a která se tedy prvotně podílí na jeho socializaci,

5) *prokreační rodina* – je ta, kterou si v pozdějším věku každý člověk zakládá sám.

1.1.2 Funkce rodiny

Rodina již odedávna existuje především proto, aby lidé mohli náležitě pečovat

o své děti. Kromě toho, že je rodina biologicky významná pro udržení lidstva, je také základní jednotkou každé lidské společnosti. Rodina jednotlivci umožňuje, aby v ní našel oporu, ztotožňoval se s ní, zároveň mu dává svobodu k tomu, aby si budoval a zachovával svou osobní odlišnost. Život v rodině se pohybuje mezi pólem sdílení a pólem osobního soukromí (Matoušek O., 2003). Jednou z hlavních a stále nenahraditelných funkcí rodiny ve společnosti je její biologicko – reprodukční, resp. generativní role. Neméně společensky významná je funkce socializační, která je ovšem velmi proměnlivá v čase a prostoru (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2004).

Dle Možného (2002) je funkcí rodiny uspokojit potřeby a požadavky každého jejího člena, které jsou na ni jím a zároveň společností kladeny. Aby došlo k uspokojení těchto potřeb, musí rodina plnit alespoň základní funkce, které zabezpečují život člověka ve společnosti. Jak je vidět, řada funkcí rodiny se během doby postupně měnila a přetvářela.

Sociologie rodiny se zabývá především rodinnými funkcemi. Plní jí členové rodiny vůči sobě, ale také vůči veřejné společnosti a okolí. Vztahy mezi rodinou a společností navzájem vedou k dosažení určité soudržnosti (Střelec S., 2007).

1.1.3 Rodina jako nositel výchovy

Rodiče svým vlivem určují životní dráhu dítěte. Dítě si z rodiny odnáší představu o pracovním uplatnění, o manželství a rodině, o hodnotné hierarchii. Tyto programy přehodnocuje a ponechává si z nich to, co považuje za pozitivní, to si zachovává až do konce života (Matoušek O., 2003).

Freud objevil skutečnost, že člověk si přenáší z dětství do dospělosti základní struktury chování, a to bez ohledu na to, zda si to dokážeme připustit. Tyto vzorce chování jsou uloženy v základu lidské osobnosti, a čím ranější zážitky z dětství jsou, tím větší mají působnost. Pokud bylo dětství pohodové, dítě bylo obklopeno milujícími

rodiči, mělo sourozence, s nímž bezproblémově vycházelo, a pokud dítě neutrpělo vážnější psychické trauma, měla by se u něj vyvinout stabilní psychická struktura a člověk by neměl v dospělém životě trpět vážnějšími neurotickými problémy (Myslikovjanová I., 2009).

Matoušek (2003) uvádí, že dobře fungující rodina je založena na pevném spojení mezi mužem a ženou. Generace rodičů a generace dětí má být oddělena hranicí, která má mít jistou propustnost. Dále pak uvádí, že málo propustná hranice obě generace příliš izoluje, naopak příliš propustná hranice působí zmatek a nejasnost kompetencí.

Rodina zajišťuje množství rolí a činností, bez nichž by byl vývoj člověka ohrožen. Rodina zabezpečuje své členy hmotně, pečuje o jejich zdraví, výživu a kulturní návyky. Rodina ve svém intimním prostředí umožňuje jedinci zprvu vytvořit pevné sociální vazby (Kraus B., Poláčková V., 2001).

Rodina uspokojuje biologické potřeby dítěte, poskytuje však také uspokojení jeho základních psychických potřeb, především potřebu bezpečí a trvalého citového vztahu. Rodina rovněž poskytuje základní výkladové vzorce pro poznávání světa a působí na vytváření představy dítěte o sobě samém, na jeho sebepojetí a sebehodnocení. Tím se rodina stává podstatným činitelem i při utváření osobnosti dítěte, ovšem tím i vzniku případných odchylek a deformací (Matějček Z., 1986). Toto období můžeme označit za klíčové v životě člověka (Nosál I., et al., 2004).

1.1.4 Rodina jako primární socializační činitel

Socializací označujeme přetváření a vývoj člověka, respektive rozvoj jeho osobnosti působením sociálních vlivů i vlastních činností dítěte, kterými na tyto vlivy reaguje, vyrovnává se s nimi, mění je a zvládá (Matějček Z., 1986). Protože k socializaci a osvojování dovedností a návyků dochází vždy v interakci s ostatními lidmi, v nějaké skupině, mají pro děti velký význam instituce, ve kterých se v době

utváření vlastního já pohybují (Nosál I., et al., 2004). Socializace tedy představuje proces postupného začleňování člověka do společnosti, jejím prvním výsledkem je uvědomění si svého místa ve světě a končí plnohodnotným fungováním jednotlivce ve společnosti dospělých (Buriánek J., 2008).

V odborné veřejnosti zabývající se rizikovou mládeží je populární představa inspirovaná dílem psychoanalytika Erika Eriksona, že dospívající si svou osobní identitu musí během dospívání vytvořit v průběhu dramatických střetů s rodiči, případně s jinými představiteli „světa dospělých“. Hlavním prostředkem tohoto hledání vlastního já, má být vrstevnická skupina, jež se na prahu dospělosti stane nejvýznamnější referenční skupinou, zastiňující svým vlivem všechny ostatní skupiny, včetně původní rodiny (Matoušek O., Kroftová A., 2003).

Kromě tohoto psychologizujícího vysvětlení, jež počítá i se spontánním spuštěním biologického programu pro dospívání (tj. s příslušnými změnami hormonální rovnováhy), působí na odborníky i sociologické úvahy o formativním vlivu vrstevnických skupin na průběh dospívání, který v současných společnostech západního typu očividně stále sílí. Děti tráví čím dál tím více času ve formálních skupinách v kolektivních zázemích (ve škole, v zájmových organizacích) i v neformálních skupinách v místě bydliště. Tyto formální skupiny jsou mnohem větší než rodina a vliv učitelů, resp. vychovatelů na děti je v nich výrazně menší než v rodině. Díky tomu se dítě dostává dříve a na delší dobu než kdysi do intenzivní interakce s vrstevníky. Je však otázkou, zda tato interakce je demokratická, jak soudil J. Piaget, nebo zda jsou pro ni vhodným přirovnáním nemilosrdné „zákony džungle“, jak soudí konzervativní kritici soudobé civilizace. (Nepochybně přitom záleží i na druhu společnosti, na společenské vrstvě, k níž děti přísluší, na instituci, kterou navštěvují, atd.) (Matoušek O., Kroftová A., 2003).

1.1.4.1 Rozdělení socializace

Jandourek (2001) rozděluje socializaci na tzv. *primární socializaci*, která začíná již v raném dětství uvědoměním si svého místa ve světě (koncepte Já) a končí plnohodnotným fungováním ve společnosti dospělých. Po primární socializaci následuje (někdy se s ní i prolíná) tzv. *sekundární socializace*, která probíhá po zbytek života a souvisí zejména s rozvíjením schopnosti žít s lidmi a mezi lidmi (interakcemi), se začleněním do sociální skupiny a osvojením si norem, které ve skupině panují, s učením se sociálními rolím spojeným s určitými pozicemi a schopností najít si přiměřené místo ve složité soustavě sociálních vztahů. Z biologického tvora se stává socializací člověk společenský a kulturní, dochází nejen k sociální adaptaci, ale také k humanizaci člověka.

Zanden (1987) pak diferencuje socializaci na primární, sekundární a terciární. *Primární socializace* probíhá za normálních podmínek v samotné rodině a končí individualizací jednotlivce. Tato primární socializace trvá asi do třetího roku života jedince. *Sekundární socializace* připravuje individuuum na jeho roli ve společnosti. Sekundární socializace probíhá zejména v rodině, ve škole a také v kontaktu s vrstevníky. Zanden pak uvádí ještě *terciární socializaci*, která se uskutečňuje v dospělosti a představuje přejímání rolí v adolescenci a v dospělosti, které jedinec neustále uskutečňuje v interakci se svým sociálním okolím.

1.1.4.2 Socializace jako vznik delikventního chování

Novodobá kriminologie zdůrazňuje, že kriminalita mládeže je páchána skoro vždy v partách čili v neformálních vrstevnických skupinách. Neformální skupiny přitom u nás dozajista vznikají vydělením ze skupin formálních. Nejčastěji je tvoří spolužáci ze škol, učilišť, svěřenci stejných docházkových a pobytových zařízení pro rizikovou mládež (Matoušek O., Kroftová A., 2003).

Postavení rodičů při socializaci dítěte je zatlačováno do pozadí mocným vlivem vrstevnické skupiny, jejíž hodnoty jsou stále více určovány vlivem hromadných sdělovacích prostředků; autonomie rodičů je omezována všude pronikajícími veřejnými institucemi a pro teorii socializace se stává nesamozřejmou i socializace k mužské a ženské sociální roli (Možný I., 2006).

Dle Matouška a Kroftové (2003) je rodina tradičně považována za hlavního činitele, jenž svým selháváním dětem umožňuje kriminální chování.

1.2 Rodina a její současná podoba

Z hlediska celého vývoje rodiny až do dnešní podoby, měla po dlouhá předcházející staletí rodina stabilní, obvykle tři i vícegenerační podobu a byla především ekonomickou jednotkou. Rodinné chování bylo založeno na respektování křesťanské morálky a bylo chápáno jako nerozlučitelný svazek muže a ženy, jehož smyslem je plození dětí, které byly vnímány především pro přínos ekonomický (Krebs V., et al., 2005).

Česká společnost náležela i svým rodinným chováním k západnímu typu sociálního života i s jeho reprodukčními vzorci a strategiemi. Charakteristický byl pro ni pozdější věk sňatku (pro muže okolo třiceti a ženy okolo dvaceti pěti let), s tím spojený vyšší věk prvoroďček a vysoký podíl celoživotně svobodných (mezi deseti až patnácti procenty) (Možný I., 2002).

1.2.1 Charakteristika současné rodiny a její postupná přeměna

V moderní rodinné politice je za rodinu pokládán soubor společně bydlících a hospodařících manželů nebo partnerů s dítětem nebo dětmi, nebo jednoho rodičů s dítětem nebo dětmi. Protože s manželskými nebo partnerskými páry nebo jednotlivci

a dětmi často žijí i jiné osoby, lze užívat v tomto smyslu přesnějšího pojmu rodinná domácnost, jejímž jádrem je úplná nebo neúplná rodina (Krebs V., et al., 2005).

Tradiční pojítka rodiny ztrácejí na významu. Generace si stále méně předávají dědičné tituly a privilegia, pole, louky, domy a rodinné podniky, jako tomu bylo v době agrární a industriální. Nejcennějším vkladem rodičů do nové generace již není majetek, ani společenská privilegia, ale stává se jím vzdělání (Matoušek O., Kroftová A., 2003).

Svou výchovnou funkci si dnes rodina podržela jen vůči nejmenším dětem. V ní se zdá nezastupitelná. Jinak je rodina místem uspokojování (a frustrování) citových potřeb, místem přerozdělování ekonomických hodnot, místem konzumu a rekreace. Nová doba posílila význam rodiny jako útočiště před veřejným světem. Rodina je víc než kdy jindy protiváhou prostoru veřejného. Rodina dává možnost jiného než konzumního postoje. Rodinné vazby jsou v jistém slova smyslu nezrušitelné a nesměnitelné. Rodina je společenství, které dává příležitost k uplatnění trvalých hodnot (Krebs V., et al., 2005).

Téměř všechny současné trendy ukazují na sílící prosazování individuálních zájmů nad zájmy rodiny. Nikoho tak asi nepřekvapí, že většina prognóz dnes vyslovovaných vyznívá pro rodinu nepříznivě. Nejčastěji se v nich vyskytují dvě vize. První předpokládá slábnoucí rodinná pouta. Podle ní spolu manželé budou jen krátce, budou zcela rovnoprávní, budou si udržovat osobní zájmové sféry, jež nebudou sdílet s nikým z rodiny. Rodina se stane otevřenou sociální strukturou podobnou jiným „organizacím“. Lidé se budou stále více orientovat na svůj osobní blahobyť a sféra rodinných vztahů pro ně bude podružná. Stát bude přebírat stále více funkcí, které mívala tradiční rodina. Druhý typ vizí počítá s klesajícím významem mužské role. Předpokládá se, že ženy už nebudou chtít kopírovat muže, jak je k tomu feminismus ještě nedávno nabádal, ale budou se od mužů maximálně lišit a maximálně distancovat (Krebs V., et al., 2005).

Kraus (2008) uvádí, že se současná rodina zmenšuje a zvyšuje se počet osob, které žijí v jednočlenných domácnostech a zvyšuje se i počet osamělých žen žijících s dětmi. Tato skutečnost dle jeho názoru vede k menší stabilitě rodin.

Společenské problémy dnešní doby a současného světa se stále více odrážejí v samotných rodinách, které tímto problémům stále častěji podléhají. Za následek to má

nárůst rozvodovosti, neúplných rodin a rodin, kde na sebe členové rodiny nemají čas (Bartošíková I., Voříšek R., 1998).

1.2.2 Porucha rodičovské role

Rodina je nepostradatelnou a nenahraditelnou sociální institucí pro dospělé a hlavně pro děti. Protože se osobnost člověka utváří od raného dětství, je prostředí rodiny velice důležité pro její vývoj. Hraje nejdůležitější roli ve výchově dítěte. O to náročnější je rodičovská role, a ne každý rodič ji dokáže zvládnout (Fischer S., Škoda J., 2009).

Langmeier a Krejčířová (1998) popisují poruchy rodičovské role následujícím způsobem:

- Výchova rozmazlující – rodiče vyhovují každému přání dítěte a projevují mu až „opičí“ lásku.
- Výchova zavrhuje – rodiče dávají svým chováním dítěti najevo otevřeně nebo častěji nepřímou své city odmítání a nesouhlasu (navenek to ovšem nepřiznávají a své chování zdůvodňují nezbytností kázně).
- Výchova nadměrně ochraňující – ve snaze chránit dítě před každým rizikem mu rodiče brání v postupném získávání dovedností ke zvládnání rizikových situací.
- Výchova perfekcionistická – je spojena s přepjatou snahou po dokonalosti a perfektních výkonech, které dítě nemůže vzhledem ke svému věku nebo vlastnostem splnit.
- Výchova nedůsledná – charakterizovaná kolísáním mezi krajní přísností a povolností.
- Výchova zanedbávající, týrající, zneužívající, deprivující.

Podle Binarové (2000) ovlivňují výchovný styl rodičů jejich zážitky z dětství a zkušenosti, které si přinesli ze své nukleární rodiny, jejich vzdělání a inteligence, plánování a chtěnost dítěte a také pohlaví vychovávaného dítěte.

Marečková (2007) pak uvádí několik základních doporučení z hlediska rodičovských rolí, které by rodiče měli dodržovat, aby nedocházelo k poruchám rodičovské role.

- Své děti milujte a nebojte se jim to dávat najevo. Mějte je rádi, i když se jim občas nedaří – a tehdy obzvláště.
- Své děti respektujte takové, jaké jsou, nesnažte se jejich prostřednictvím naplňovat vlastní ambice.
- Pozorně svým dětem naslouchejte, važte si důvěry, kterou k vám chovají, a této důvěry nezneužívejte.
- Zajímejte se o to, co vám říkají, o jejich názory a mluvte s nimi o nich.
- Snažte se s dětmi trávit volný čas, ale nechte je, ať o tom, jak ho strávíte, mohou spolurozhodovat.
- Děti chvalte i za maličkosti, dejte najevo, že z jejich úspěchu máte skutečně radost.
- Ponechte dětem co nejvíce svobody k rozhodování, ale uče je, že za svá rozhodnutí také musí nést zodpovědnost.
- Vyhněte se direktivní výchově, která je založena pouze na příkazech, zákazech a trestech.
- Nezahlcujte zbytečně děti svou péčí a starostlivostí, ponechte jim vlastní životní prostor, respektujte jejich právo na soukromí.
- Vyvarujte se také přístupu přespříliš benevolentnímu, může být vnímán jako lhostejnost a nezáměr.
- Snažte se být příkladem dobrým, nikoliv však „nedostižným“.

1.2.2.1 Dysfunkce rodiny

Dysfunkční rodiny lze velmi obecně definovat jako rodiny, kde není plněna nebo je nedostatečně, případně nežádoucím způsobem plněna, některá (některé) z jejich

základních funkcí, a to v míře vážně ohrožující rodinu jako celek a především vývoj dětí. Většinou se přitom jedná o funkci socializačně výchovnou a funkci citového a sociálního zázemí jednotlivce (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2004).

Dle Dunovského (1986) je dysfunkční rodina chápána jako rodina, kde se vyskytují vážné poruchy některých nebo všech funkcí rodiny, které ohrožují nebo poškozují rodinu jako celek a zvláště vývoj a prospěch dítěte. Tyto poruchy již dle Dunovského není rodina schopna zvládnout sama, a je proto nutno učinit řadu opatření zvenčí, tzv. sanace rodiny.

U dysfunkčních rodin bývá typické, že se výchova dítěte nedaří. Tyto rodiče nejsou schopni zajistit sociální, někdy ani základní potřeby dítěte. Vývoj dítěte bývá narušen. Často se jedná o rodiny, kde došlo k narušení vzájemných vztahů mezi rodiči, kde dochází ke zneužívání drog, k nadměrné konzumaci alkoholu, o rodiny s nízkým příjmem a se špatnou úrovní bydlení. Rodiče často nebývají dost zodpovědní. Tato rodina potřebuje pomoc sociálních institucí (Rozsypalová M., Čechová V., Mellanová A., 2003).

Střelec (2007) uvádí, že dysfunkční rodina bývá provázena vážnějšími poruchami všech nebo některých rodinných funkcí. U této rodiny je zapotřebí soustavná pomoc. V ohrožení je nejen rodina jako celek, ale i dítě v celém jeho vývoji.

Disociace rodiny bývá častým faktorem vedoucím k scestnému vývoji dětské osobnosti, někdy i delikvenci. Až příliš často vrcholí disharmonie rodinných vztahů v disociaci rodiny a koneckonců pak i k formálnímu řešení – rozvodu (Matoušek O., 2003).

1.2.3 Závislost jako rizikový faktor rodiny

Vznik a vývoj drogové závislosti se pokouší vysvětlit řada teorií. Jde o komplexní problém, a proto je obtížné nalézt jeho univerzální vysvětlení (Presl J., 1995). Hajný et al. (2003) a Presl (1995) se pak shodují, že rodinné prostředí závislých nelze

jednoznačně charakterizovat a spíše než typickou rodinu závislého můžeme zobecňovat některé opakující se znaky, které se na rozvoji (spíše na vzniku) závislosti podílejí. Obecně se tak jedná o souhrn řady faktorů působících na daného jedince v určité době a prostředí.

Fischer a Škoda (2009) uvádí, že osobnost člověka se utváří již od raného dětství, proto je prostředí rodiny velice důležité a hraje nejdůležitější roli ve výchově dítěte. Poruchy rolí se pak projevují tím, že rodiče se o své dítě buďto nemohou starat, což je zapříčiněno fungováním celé společnosti (chudoba), nepříznivé podmínky (přírodní katastrofa), narušení rodiny jako celku (nemoc, úmrtí); nebo se rodiče o své dítě starat neumějí či nedovedou z důvodu nezralosti či neschopnosti vyrovnat se se zvláštními situacemi (postižení dítěte, adoptované dítě, mimomanželské dítě). Dalším projevem poruchy rodinných rolí je neochota rodičů starat se o své dítě. Sem pak řadíme nedostatečnou péči, zanedbávání péče i naopak péči nadměrnou a hyperprotektivní (nadměrná péče, rozmazlování).

Riesel (1999) uvádí, že závislost je výsledkem vzájemného působení vlivu drogy na osobnost v čase, za přispění zpomalovacích či urychlovacích prvků ze strany společnosti a prostředí, životních podmínek a spouštěcích mechanismů.

Hajný et al. (2003) pak ve své publikaci zobecňuje nejvýznamnější výzkumné závěry, které jsou pro rodiny závislých charakteristické následujícím způsobem, a to: problematickou reakcí ze strany rodičů na chování dítěte; narušenými či zatíženými vztahy mezi dítětem a rodičem; chaotickými či špatně vymezenými vztahy mezi generacemi; skrytými, nedostatečnými či naopak excesivními vyjádřeními hněvu v rodině; závislostí v roli prvku, který udržuje v rodině rovnováhu; jeden či více závislých členů rodiny; závislostí umožněnou ostatními členy rodiny; rodina zaujímá postoj shovívavý k závislému jedinci; nedůslednými a stále odpouštějícími postoji rodiny k závislému jedinci; rodiče berou zodpovědnost za dítě.

Hajný et al. (2003) uvádí Cancriniho klasifikaci, která dává do souvislosti typ závislosti a rodinnou strukturu. Závislosti rozděluje následovně:

1) závislost traumatického typu – zneužití, úmrtí, nezvládnutý odchod jednoho z rodičů, násilí, onemocnění;

2) neurotická závislost – nahromaděné napětí, neřešené vztahové problémy, rodiny s partnerskými obtížemi;

3) přechodová závislost – nestálost v osobních vztazích, psychiatrická zátěž nebo těžké trauma v rodině, podivné životní zájmy (sekty, egocentrické vědy);

4) sociopatická závislost – závislý vykazuje vysokou míru asociálního jednání, typické jsou projevy lhostejnosti, kriminalita, užívání drog není primární problém – spíše tvoří další část nebo je doplněk celkového problémového chování.

1.3 Drogy

Látky, které mění vědomí, jsou od nepaměti pro člověka přitažlivé, a pro mnohé vyzkoušet je, lákavé. Některé látky jsou ve společnosti legální, jejich užívání je relativně obvyklé, a pokud nepřekročí určitou mez, jsou společensky přijatelné, např. alkohol, nikotin nebo kofein. To ovšem neznamená, že nemají svá rizika (Orlíková B., 2007).

„Samotné užívání drog poškozuje zdraví a kvalitu života nejenom uživatelů drog a jejich blízkých, ale v důsledku negativních zdravotních, sociálních, ekonomických a bezpečnostních dopadů, které s užíváním drog souvisejí, ohrožuje i zdravý vývoj celé společnosti. Užívání drog představuje závažné riziko: změny základních životních hodnot, oslabování vůle, narušování mezilidských vztahů a rozklad rodin, ohrožení pořádku ve městech, veřejného zdraví a bezpečnosti, nárůst společenských nákladů obecně“ (Kalina K., et al., 2003, s. 25).

1.3.1 Definice pojmu droga

Zábranský (2003, s. 14) uvádí, že pojem droga se historicky vyvíjel. Původně toto slovo, pocházející z francouzštiny, znamenalo „*sušené nebo jinak konzervované orgány rostlin, živočichů, sloužící jako léčiva, léčivo obecně*“ a např. v angličtině si tento význam „drug“ podrželo v běžné řeči dodnes.

Pohled odborníků na výklad slova droga není jednotný. Světovou zdravotnickou organizací (WHO) je za drogu označována jakákoliv látka (substance), která, je – li vpravena do živého organismu, může pozměnit jednu nebo více jeho funkcí“ (Nožina M., 1997).

Trochu jinou definici drogy uvádí Presl (1995, s. 9), který říká, že jako „*drogu lze chápat každou látku, ať již přírodní nebo syntetickou, která splňuje dva základní požadavky: Má tzv. psychotropní účinek (ovlivňuje nějakým způsobem naše prožívání reality a působí na psychiku); může vyvolat závislost*“.

V posledních dvaceti letech slovo „droga“ (a „závislost“) prodělává mohutnou inflaci a je používáno jako synonymum pro jakékoliv silné zaujetí jak v kladném smyslu (zaujetí milovanou osobou, koníčkem, sportem), tak v pejorativním smyslu („moc jako droga, sex jako droga). Další výrazný a značně zavádějící trend představují snahy (především psychiatrů) mezi závislosti zařazovat stále další a další formy nutkavého chování (gamblerství a v posledních dvaceti letech např. závislost na internetu), tady jde ale spíše o výraz nejasnosti v nomenklatuře (Zábranský T., 2003).

Z hlediska České republiky a drogové problematiky je důležité zmínit platnou právní úpravu, zejména zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Tento zákon definuje drogy jako omamné a psychotropní látky a přípravky je obsahující.

1.3.2 Dělení drog

Zábranský (2003) uvádí, že společensky nejpoužívanější dělení drog je dělení na zákonné a nezákonné, přičemž v epidemiologii pokládá za nejčastější dělení do tří typů: Podle vzniku, podle typu působení a chemického složení, podle stupně společenské nebezpečnosti.

Presl (1995) rozlišuje drogy z hlediska jejich rizika užívání na drogy s akceptovatelným, tedy přijatelným rizikem a na drogy s rizikem nepřijatelným. Do první skupiny drog, tedy drog s přijatelným rizikem zahrnuje ty látky, které při přijatelném způsobu konzumace (množství, intervalu) nevyvolávají neúnosnou míru rizika závislosti, zdravotních a sociálních problémů. Společnost je většinou toleruje, ačkoliv mají pro člověka negativní zdravotní následky, patří mezi ně např. káva, konopí, alkohol, tabákové výrobky. U druhé skupiny, tj. skupiny s rizikem nepřijatelným má charakteristiky opačné.

Heller a Pecinová (1996) rozděluje drogy z hlediska jejich schopnosti vyvolávat závislost a toleranci:

a) látky vyvolávající především psychickou závislost (např. kokain, LSD, efedrinové a amfetaminové deriváty)

b) látky vyvolávající fyzickou i psychickou závislost (např. alkohol, opioidy, nikotin)

Kachlík (online, 2005) uvádí klasifikační systém WHO, který přesněji vypovídá o rizicích a rozděluje látky dle typu závislosti na alkoholovo – barbiturátový typ (alkohol, hypnotika); amfetaminový typ (antidepresiva, látky obsahující efedrin – diskotékové drogy, např. extáze); halucinogenový typ (LSD, halucinogenní houby); cannabisový typ (marihuana, hašiš); opiátový typ (morfin, kodein, heroin); inhalační typ (toluen, chlorované uhlovodíky); khatový typ (khat); kokainový typ (kokain, crack).

1.3.3 *Užívání drog*

Kalina (2003) rozčleňuje uživatele drog do několika skupin. Tyto skupiny rozděluje podle délky a četnosti užívání návykové látky, především však podle stupně závislosti, kterou si dítě v znevýhodněném prostředí vytvořilo. Rozlišujícím faktorem je pak i samotná míra, do které droga ovlivňuje běžné fungování a život dítěte.

Experimentátoři: nepřesné, ale v literatuře používané pojmenování pro dítě, které drogy tzv. „zkouší“: příležitostně a nepravidelně užívá různé drogy a typy drog a může, ale nemusí mít přitom problémy v jiných oblastech.

Příležitostní a rekreační uživatelé: užívání se u této cílové skupiny už stalo součástí životního stylu, ale obvykle se neopakuje vícekrát než jednou za týden a jeho důsledkem není, nebo zatím není vznik závislosti a dalších problémů. Tento typ užívání je charakteristický zvláště u marihuany, LSD či extáze na tzv. parties.

Pravidelní uživatelé: pravidelností se myslí užívání v prevalenci několikrát za týden, zpravidla v sobě zahrnuje již nejen životní styl, ale jistý škodlivý účinek ve stupni závislém na užívané látce. Zde můžeme hovořit o tzv. škodlivém užívání.

Závislí: uživatelé, kteří splňují diagnostická kritéria syndromu závislosti. Často, ale ne vždy jde zároveň o „problémové uživatele“.

Kalina (online, 2013) pak ještě doplňuje výčet další skupinou.

Problémoví uživatelé: užívání určité drogy vyvolává zřetelné problémy zdravotní, psychologické či sociální, přechází se na rizikovější, především injekční způsob aplikace, nejsou dosud splněna kritéria závislosti.

1.3.4 Vývoj situace v ČR

V období před rokem 1990 se na našem území objevovala zejména vlastní produkce. Hovoříme zde především o pěstování marihuany a výrobě pervitinu (metamfetamin). Dá se říci, že v tomto období neexistoval drogový trh. Šlo jen o jakési vzájemně propojené skupiny, které si různými protislužbami zajišťovali produkci, distribuci i spotřebu. Po roce 1989 došlo k ústupu komunismu a k počátku období uvolnění a snížení sociální kontroly, následkem čehož zaznamenáváme větší rozmanitost trhu na české drogové scéně. Český drogový trh začal být doplňován drogami dovezenými ze zahraničí. Zpočátku se jednalo o heroin. Tímto vlivem došlo ke změně postavení producentů a distributorů drog. Již se nejedná o vzájemně provázané skupiny a jejich protislužby, ale o začínající drogovou síť, kdy si producenti a distributoři obstarávají prodejem a distribucí drog svou denní obživu. Drogový trh se začíná rozrůstat (Kalina K., 2003).

„Všechny průzkumy realizované v posledních letech ukazují stejný vzorec užívání návykových látek v obecné populaci (15 – 64 let). Dlouhodobě stabilní je situace v oblasti užívání extáze a pervitinu; v r. 2011 lze však pozorovat mírný nárůst uváděného užití kokainu v horizontu posledních 12 měsíců (v obecné populaci i mezi mladými dospělými). Zatímco dosud se rozsah zkušeností s užitím kokainu v posledním roce pohyboval do 0,5 % dotázaných, v r. 2011 dosáhla roční prevalence užití kokainu mezi mladými dospělými 1,2 % a vyrovnala se tak prevalence užití pervitinu“ (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice za rok 2011, Úřad Vlády ČR [online], 2012, s. 24).

Dle výroční zprávy o stavu ve věcech drog v České republice za rok 2011 (Úřad Vlády ČR [online], 2012) je rozsah užívání drog v obecné populaci ČR dlouhodobě stabilní. Výsledky výzkumu provedeného v r. 2011 na kvazireprezentativním vzorku populace ČR se shodují s výsledky šetření realizovaných v posledních třech letech. Výsledky studie ESPAD potvrdily dlouhodobé trendy v poklesu prevalence užití pervitinu, heroinu, extáze i halucinogenních hub v populaci šestnáctiletých; v roce 2011 došlo poprvé k poklesu také v případě konopných látek.

1.4 Drogová závislost

1.4.1 Závislost

Prokeš (2005) charakterizuje závislost jako výraz, vystihující ztrátu volného rozhodování závislé osoby, která se dostává do područí příslušné drogy. Jako synonymum pro české slovo „závislost“ pak uvádí pojem toxikomanie, kterou definuje jako stav chorobného lpění na opakovaném kontinuálním přijímání centrálně působící euforizující látky. Nešpor (2011) pak doporučuje v návaznosti na definici Americké psychiatrické asociace, dále jen APA, hovořit o závislosti jedince v případě, že tento jedinec užíváním určité látky nebo skupiny látek dává přednost před jednáním, kterého si dříve cenil více.

Samotná diagnóza závislosti se stanovuje například podle Diagnostického a statistického manuálu APA, a to následujícím způsobem. Pro diagnózu závislosti by měl pacient vykazovat alespoň tři ze sedmi níže uvedených příznaků ve stejném období 12 měsíců. Jedná se o tyto příznaky: růst tolerance (zvyšování dávek, aby se dosáhlo stejného účinku, nebo pokles účinku návykové látky při stejném dávkování); odvykací příznaky po vysazení látky; přijímání látky ve větším množství nebo delší dobu, než měl člověk v úmyslu; dlouhodobá snaha nebo jeden či více pokusů omezit a ovládat přijímání látky; trávení velkého množství času užíváním a obstaráváním látky nebo zotavováním se z jejích účinků; zanechání sociálních, pracovních a rekreačních aktivit v důsledku užívání látky nebo jejich omezení; pokračující užívání látky navzdory dlouhodobým nebo opakujícím se sociálním, psychologickým nebo tělesným problémům, o nichž člověk ví a které jsou působeny nebo zhoršovány užíváním látky.

Tyto kritéria závislosti mají evidentně velmi blízko ke kritériím Světové zdravotnické organizace v Mezinárodní klasifikaci nemocí (Nešpor K., 2011).

Nešpor (2011) dále uvádí, že pojem „droga“ a „závislost“ mohou mít podle okolností různý význam. Veřejnost je často vnímá pejorativně, poněvadž jsou mnohdy

spojeny obrazem sociální a zdravotní devastace člověka. V odborném prostředí je ale patrná jejich souvislost zejména s medicínou, farmakologií a psychologií.

1.4.2 Definice závislosti dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí

Nešpor (2011) k této definici uvádí, že syndrom závislosti je skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol a 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 diagnózu závislosti lze stanovit pouze tehdy, pokud se prokáže výskyt tří nebo více následujících jevů během období jednoho roku. Patří sem silná touha nebo puzení látku užívat; potíže se sebeovládání při užívání látky, zde hovoříme o počátku či ukončení užívání a o množství užívané látky; tělesný odvykací stav, kdy je látka využívána pro zmenšení příznaků vyvolaných předchozím užíváním látky; případně tělesný odvykací stav, který je typický pro tu kterou látku a k jehož zmírnění je někdy využita příbuzná látka s podobnými účinky; průkaz tolerance k účinku látky formou vyžadování vyšších dávek látky, tak aby bylo dosaženo stejného účinku jako při původním užívání dávek nižších (jasné příklady lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo, nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance); postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku.

Syndrom závislosti může být přítomen pro určitou látku (např. tabák nebo diazepam), třídu látek (např. opioidy), nebo širší řadu různých látek (Nešpor K., 2011).

Nešpor a Csémy (1996) uvádí diagnostická kritéria podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí následující typy závislostí:

- F10. poruchy vyvolané požíváním alkoholu,
- F11. poruchy vyvolané požíváním opioidů,
- F12. poruchy vyvolané požíváním kanabinoidů,
- F13. poruchy vyvolané užíváním sedativ nebo hypnotik,
- F14. poruchy vyvolané požíváním kokainu,
- F15. poruchy vyvolané požíváním jiných stimulantů,
- F16. poruchy vyvolané požíváním halucinogenů,
- F17. poruchy vyvolané užíváním tabáku,
- F18. poruchy vyvolané užíváním organických rozpouštědel,
- F19. poruchy vyvolané požíváním několika látek a požíváním jiných psychoaktivních látek.

1.4.3 Členění drogové závislosti

Kalina (2001) uvádí 2 základní typy závislostí:

1) Psychická závislost – duševní stav vzniklý konzumací drogy, který se projevuje patologickým puzením drogu znovu požívat a to i s ohledem na to, že si jedinec uvědomuje nebezpečnost svého počínání a nechce jej uskutečnit.

2) Fyzická závislost – stav organismu vzniklý dlouhodobějším a častějším užíváním drogy. Organismus se droze přizpůsobí, zahrne ji do svého metabolismu a potlačí tak vlastní regulační mechanismy. Na odnětí drogy reaguje „výpadovými jevy“, které se následně projevují abstinenčními příznaky.

Prokeš (2005) pak rozlišuje u závislostí 3 charakteristické typy závislosti – psychická závislost, somatická závislost (fyzická závislost) a tolerance. Ve svém dělení tak na rozdíl od Kaliny (2001) bere v úvahu i skutečnost, že většina drog s sebou při opakované aplikaci přináší návyk neboli „toleranci“. Což je dle jeho názoru pomalé,

postupné snižování účinku stejně vysokých dávek drogy aplikovaných opakovaně. Pro dosažení účinků původní intenzity je tak nutno postupně dávky zvyšovat, resp. aplikovat drogu ve stále kratších intervalech.

Trochu odlišný pohled na rozdělení závislosti uvádí Hajný (2001), který kromě dvou výše uvedených typů závislostí, tj. závislosti psychické a závislosti fyzické jako třetí typ uvádí „závislost sociální“. Dle jeho názoru se jedná o závislost na skupině lidí, v níž se droga obstarává, šíří a užívá. Charakteristická je v tomto případě izolovanost od osob, které by mohli uživatelé drog pomoci, což samotné riziko závislosti jistě zvyšuje.

Určité vymezení drogové závislosti uvádí i Stone a Darlingtonová (2003), kteří charakterizují závislost pomocí třech základních kritérií:

- 1) nutkání drogu brát,
- 2) ztráta sebekontroly při užívání drogy,
- 3) abstinenční projevy po odebrání drogy – psychologická potřeba po droze, fyzické potíže – bolest hlavy, křeče, pocení.

1.4.4 Příčiny vzniku závislosti

Příčiny vzniku drogové závislosti je nutné chápat komplexně. Doposud nebyl potvrzen fakt, který by jasně ukazoval na predispozice pro vznik drogové závislosti. Jedná se tedy o onemocnění, na které je potřeba nahlížet v rovině bio – psycho – socio – spirituální. Důležitý je zde holistický přístup, kdy osobnost je vnímána jako celek, který tvoří dynamickou jednotu. Z velké části jde především o kombinaci řady faktorů, které se vzájemně prolínají (Kudrle S., 2003).

Kalina (2003) uvádí, že neexistuje jednoznačná odpověď na otázku, proč lidé berou drogy. Jedná se tedy vždy o kombinaci řady faktorů, které působí na osobnost jedince.

Struktura osobnosti

Sama přítomnost drogy ještě neznamená vznik závislosti. Dalším faktorem vzniku závislosti může být struktura osobnosti. Na základě dosud získaných poznatků můžeme předpokládat, že žádný jedinec není stoprocentně chráněný proti vzniku závislosti. Neexistuje jednoznačná kombinace osobnostních charakteristik, které by jedince predestinovali ke vzniku závislosti na drogách. Závislost lze tedy za jistých podmínek vypěstovat u každého. Na druhou stranu nelze označit jediný typ osobnosti, který by k vytvoření závislosti měl sklony, můžeme pouze uvažovat, že existují jedinci, kteří mají k vytvoření závislosti blíže než ostatní. Obvykle to bývají osoby úzkostné, zranitelné, citlivé a citově nezralé, které neumějí své emoce uvolnit a přiměřeným způsobem na ně reagovat. Dále se uvádí, že předpoklad pro vytvoření závislosti mají lidé trpící poruchou osobnosti, která se projevuje sebepodceňováním, nízkým sebevědomím, narušením identity, strachem z neúspěchu a neschopností navázat partnerské vztahy. Závislosti si naopak mohou snadno vytvořit také extroverti, kteří mají rádi společnost, zábavu a nečiní jim problém komunikovat. U těchto osob se může časem objevit snížená schopnost koncentrace, zvýšená dráždivost, hyperaktivita. Sporné stále zůstávají genetické vlivy na vznik drogové závislosti, které se občas přeceňují. Zvláštnosti v temperamentu řadíme mezi vrozené dispozice (rozdíl v reakci na změnu, v aktivitě, ve vzrušivosti). Všechny tyto uvedené rozdíly utvářejí základ budoucí osobnosti jedince (Kalina K., et al., 2008).

Sociální prostředí

Sociální prostředí se pokládá za jeden z nejdůležitějších faktorů, který má vliv na vznik drogové závislosti. „*Do této široké skupiny lze vlastně zařadit působení všeho, co nás obklopuje*“ (Presl J., 1995, s. 51).

Každý z nás je vyhraněná osobnost, která se vyrovnává se svým prostředím a podmínkami, které jej obklopují různou mírou úspěšnosti. Ať už chceme, či ne, prostředí do jisté míry ovlivňuje osobnost člověka a má manipulační účinek. Ve výchovném procesu sehrává prostředí významnou roli. Zjištěná skutečnost, že konkrétní prostředí se výraznou měrou podílí na rozvoji osobnosti a plní výchovnou funkci, není

stále doceněna. Své jednání děti i dospělí mění podle toho, jak obměňují prostředí (Kraus B., 2008).

K důležitým sociálním faktorům, které bývají označovány, jako jedny z nejpodstatnějších patří především vliv rodiny, která hraje zásadní roli. Dále je to vliv party, vrstevníků, škola, zaměstnání. Jedná se i o vliv společnosti, která na nás působí prostřednictvím médií a veřejného mínění. Tyto faktory utvářejí náš postoj k životu, ke světu a tudíž i k drogám (Fischer S., Škoda J., 2009).

Podnět

Mezi další faktor vzniku závislosti řadíme provokující nebo traumatizující podnět. Je individuální a velmi záleží na psychickém a fyzickém stavu jedince, dále pak na prostředí a přístupnosti k droze. Častým podnětem může být zbavení se zábran, zvědavost, zvýšení sebevědomí, či snaha dosáhnout příjemných pocitů. Vývoj závislosti nevzniká hned, může trvat měsíce, roky, a někdy i déle. V první řadě záleží na věku, kdy jedinec se zneužíváním návykových látek začne (Fischer S., Škoda J., 2009).

Podnět lze chápat jako určitou kombinaci aktuálního stavu dítěte. Mohou se na něm účastnit různé vlivy. Jedním z nich může být zvědavost, touha po příjemných euforických pocitech, snaha uniknout z nepříjemných životních situací. Často to bývá také tlak skupiny (party) na dítě (Mühlpachr P., 2001).

1.4.5 Léčba závislosti

Závislost může být léčena několika způsoby. Dle způsobu poskytování pomoci rozlišujeme ambulantní, ústavní a rezidenční léčbu. Léčba závislosti se skládá z několika přístupů. Mezi základní přístupy řadíme psychoterapii, arteterapii, rodinnou (párovou terapii) či pracovní terapii (Kalina K., 2008).

Léčba drogové závislosti čili závislosti na nealkoholových drogách má svá specifika. Začíná detoxifikací, pokračuje režimovou léčbou (součástí je psychoterapie)

a v neposlední řadě pak doléčováním, bez jehož účasti nemá léčba význam (Kalina K., 2008).

„Terapie drogových závislostí je obtížná, dlouhodobá, výsledky nejsou příliš dobré. Je založena především na psychoterapeutickém působení, které probíhá v komunitách a na speciálních odděleních psychiatrických zařízení pod dohledem zkušených psychoterapeutů“ (Malá E., 2008, s. 56).

Prostřednictvím rodinné terapie lze provádět terapeutickou činnost, při které dochází k střetu terapeuta a rodiny klienta. V praxi se setkáváme s názorem, že v rámci rodinné terapie je na klienta nahlíženo jako na vztahový rodinný systém (Andrlová M., 2005).

V rámci rodinné terapie je důraz kladen na zastoupení obou pohlaví. Nejen z důvodu vyrovnanosti sil, ale také z důvodu objektivního náhledu na rodinu. Nástroji rodinné terapie rozumíme rozhovor, pozorování, terapeutickou intervenci, introspekci a reflexi (Trapková L., 2004).

Jedním z hlavních aspektů terapie jako takové je navození příjemné a důvěrné atmosféry. Navození takové atmosféry je dle Shulmanna určující pro celý proces práce s klientem. Tuto atmosféru lze přivodit profesionálním jednáním a vstřícností ke klientovi (Shulman L., 1991).

Hlavním problémem rodinné terapie je počáteční odpor vůči zapojení se do rodinné terapie. Je – li tento odpor překonán, může být rodinná terapie velmi přínosnou. Mezi stěžejní nástroje rodinné terapie patří nácvik rodičovských dovedností, znalost a prohloubení rodinných faktorů, posílení vazby mezi dítětem a rodinou, zesílení empatie (Nešpor K., 2007).

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

1. Zjistit názory odborníků na souvislosti drogové závislosti a rodinného prostředí.
2. Do jaké míry mají možnost odborníci ovlivnit rodinné prostředí.

2.2 Výzkumné otázky

1. Je dle odborníků rodinné prostředí klíčovým faktorem ve vztahu k drogové závislosti?
2. Jak ovlivňují odborníci rodinné prostředí drogově závislých?

3 METODIKA

3.1 Použité metody a techniky

K naplnění cílů a získání odpovědí na výzkumné otázky bylo zvoleno kvalitativní šetření. Kvalitativním výzkumem můžeme chápat jakýkoliv výzkum, pomocí kterého neaplikujeme statistické metody či jiné způsoby kvantifikace. Badatel vytváří souhrnný holistický obraz a analyzuje různé typy textů. Informuje nás o názorech účastníků a realizuje zkoumání v přirozených podmínkách (Hendl J., 2008).

Ke sběru dat byla zvolena metoda dotazování, technika polostrukturovaného rozhovoru. Polostrukturovaný rozhovor patří mezi druhy hloubkového rozhovoru, který vychází z předem připravených otázek a témat (Švaříček R., Šedřová K., 2007).

Rozhovor je technika terénního sběru informací, kterou lze získat potřebné informace prostřednictvím záměrně cílených otázek, jež jsou při něm kladeny respondentovi. Lze takovéto otázky klást tváří v tvář nebo telefonicky. Rozhovor je možné dále dělit například dle počtu účastníků, typu otázek nebo míry zásahu do rozhovoru (Kozlová L., 2012).

Rozhovory byly vedeny dle předem připravených otázek, které byly rozděleny do třech tematických okruhů. První podskupina byla tvořena otázkami týkajícími se profesního zaměření respondentů, druhá byla tvořena otázkami, jež měly za cíl charakterizovat drogově závislé klienty, poslední skupina otázek byla zaměřena na rodinné zázemí drogově závislých klientů. Jednotlivé hloubkové rozhovory s respondenty byly uskutečněny v období ledna až března 2013. Rozhovory vždy probíhaly v kancelářích sociálních pracovníků.

Vzhledem ke skutečnosti, že rodina a blízké vztahy zvyšují riziko, že se jedinec v případě nežádoucích vlivů dostane do potíží, které bude chtít řešit drogou, byly v rámci výzkumného šetření zpracovány dvě kazuistiky s cílem dokreslit roli prostředí ke vztahu k drogové závislosti. Kazuistiky jsou zpracované na základě rodinné, osobní a sociální anamnézy.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen sociálními pracovníky z Psychiatrické léčebny Červený Dvůr, Občanského sdružení Prevent České Budějovice a Magistrátu města České Budějovice Odbor sociálně právní ochrany dětí. Respondenti byli vybráni záměrně na základě jejich znalostí a zkušeností s drogově závislými. Určujícím kritériem bylo profesní zaměření sociálních pracovníků (práce s drogově závislými klienty).

Celkem bylo osloveno pět respondentů, dva pracovníci Psychiatrické léčebny Červený Dvůr, dva zaměstnanci Magistrátu města České Budějovice Odboru sociálně právní ochrany dětí a jeden respondent z Občanského sdružení Prevent. V rámci vedení rozhovorů byla uskutečněna individuální schůzka s jedním z respondentů, při které byly poskytnuty podrobné informace, potřebné pro sestavení obou zmíněných kazuistik.

3.3 Průběh výzkumu

Výzkumné šetření proběhlo v zařízeních, jejichž zástupci byli osloveni nejprve prostřednictvím elektronické pošty a posléze telefonicky. Respondenti byli seznámeni s názvem práce a s okruhy otázek, na které byli poté dotazováni. Rozhovory byly vedeny dle předem připravených otázek, jak již bylo výše zmíněno ve třech tematických okruzích. Před vlastním začátkem výzkumného šetření byli vybraní respondenti poučeni, že získaná data budou využita pouze pro účely tohoto soukromého výzkumu v rámci zpracování této bakalářské práce a anonymita respondentů bude zaručena. Se souhlasem respondentů byl k získání záznamu dat využit diktafon. Rozhovory dosahovaly v průměru 30 – 45 minut. Při pokládání otázek respondentům byl kladen důraz na srozumitelnost a jednoznačnost tak, aby nedošlo k desinterpretaci jednotlivých otázek. Jednotliví respondenti se k otázkám vyjadřovali otevřeně a při rozhovorech vždy panovala příjemná atmosféra. Získané rozhovory byly následně přepsány a dále zpracovány.

4 VÝSLEDKY

Následující část bakalářské práce uvádí výsledky získané prostřednictvím výše zmíněného kvalitativního výzkumu. Úvodní část hloubkového rozhovoru poskytla odpovědi na otázky týkající se základních informací o jednotlivých respondentech následovně:

Respondent číslo 1 (R1):

Muž, 35 let, kontaktní pracovník. Náplní práce je přímá práce s klienty, individuální, skupinové a rodinné poradenství. V zařízení pracuje 6 let, má vysokoškolské vzdělání (bakalářské). V oblasti pomáhajících profesí pracuje 13 let. Dříve pracoval 7 let jako vedoucí terénního programu.

Respondent číslo 2 (R2):

Žena, 42 let, kurátorka pro mládež. Náplní práce je kontaktní práce s klienty, jejich rodinami, administrativa. V této funkci pracuje 10 let, má vysokoškolské vzdělání (magisterské). V oblasti pomáhajících profesí pracuje 17 let. Před tímto zaměstnáním pracovala 8 let jako sociální pracovníce v nízkoprahovém zařízení pro děti a mládež.

Respondent číslo 3 (R3):

Žena, 39 let, kurátorka pro mládež. Náplní práce je kontaktní práce s klienty, jejich rodinami, administrativa. V této funkci pracuje 18 let, má vysokoškolské vzdělání (bakalářské), v současnosti formou dálkového studia doplňuje své vzdělání na magisterské. V sociální oblasti (oddělení sociální pomoci, oddělení sociální prevence a oddělení sociálně právní ochrany dětí) pracuje 19 let.

Respondent číslo 4 (R4):

Muž, 60 let, vedoucí oddělení a terapeut zároveň. Náplní práce je přímá práce s pacienty, jejich rodinami, partnery v rámci terapií. V této funkci pracuje 17 let, má

vysokoškolské vzdělání (PhDr.). V oblasti pomáhajících profesí pracuje 35 let. Dříve pracoval jako voják z povolání.

Respondent číslo (R5):

Muž, 42 let. Částečnou pracovní náplní je řízení zdravotnického zařízení, zodpovědnost za terapeutické programy a vedení celého zdravotnického týmu. Druhá část pracovní náplně je práce lékaře (psychiatr), která zahrnuje přímou práci s pacienty, jež vyžadují odlišný přístup od nekomplikovaného odvykacího programu. V této funkci pracuje 16 let, má vysokoškolské vzdělání. V oblasti pomáhajících profesí pracuje 17 let. Dříve pracoval 1 rok v terapeutické komunitě Němčice.

První okruh výzkumných otázek se týkal charakteristiky cílové skupiny.

1. Můžete mi popsat typ klientů, s kterými pracujete?

R1: *„Osoby závislé na návykových látkách, gambleři, poruchy příjmu potravy ve věkovém rozmezí od 14 – 60 let.“*

R3: *„Klienti, kteří se dopustí trestného činu (mladistvý / nezletilý), přestupku nebo klienti, u kterých přijdou sami rodiče, kteří si nevědí rady s výchovou svého dítěte (dítě neposlechne, nerespektuje rodičovskou autoritu, utíká z domova).“*

R4: *„V podstatě tady je jeden typ pacientů. Nebo když připustím, že gambleři jsou podle MKN- 10 postavení trošku jinak, tak převážně dva typy závislých a gambleři. A to pacienti, kteří užívají návykové látky, ať už alkoholu či jiné drogy. Podmínkou je, že zde bereme pacienty od 18 let.“*

R5: *„Všichni, kteří mají závislost a mají ještě mozek dostatečně zdravý na to, aby si to ještě uvědomil.“*

2. Na jaké droze jsou Vaši klienti nejčastěji závislí?

R1: „*U nás se setkáváme nejčastěji s klienty, kteří užívají pervitin.*“

R2: „*Nelze to říci přesně. Tyto děti určitě experimentují s alkoholem a marihuanou, z tvrdých drog se setkáváme zejména s pervitinem.*“

R4: „*Když jsem nastoupil do tohoto zařízení, tak tu bylo daleko více heroinu, ale teď je to opravdu pervitin. A samozřejmě také marihuana. Není tu čistě samotná marihuana, nebo se tu jen občas vyskytne, ale dost často kombinují pervitin s kouřením marihuany.*“

R5: „*Z 65% jsou závislí na nealkoholových drogách. Tam je to půl na půl heroin a pervitin. Ostatní drogy jsou jen procentní záležitosti, nevýznamné.*“

Kazuistika č. 1 prokazuje, že klientka byla závislá na THC a pervitinu. Kazuistika č. 2, toto tvrzení potvrzuje.

3. Co považujete za hlavní problém, že se klienti uchylují k drogám?

R1: „*Každá osoba je bio – psycho – socio – spirituální bytost. Dalo by se říci, že rozhodující problém je oblast psychosociální.*“

R2: „*Z velké části je to určitá forma úniku, snaha někam patřit. Například introvertní děti, které nezapadají do školního kolektivu, nějak se liší od vrstevníků. Zásadní je také vliv kamarádů, kteří v období dospívání hrají důležitou roli. Často se u nás vyskytují případy, kdy je závislost přenesená z rodiny. Vzor v rodině je velmi důležitý. Při řešení problémových situací jako je rozvod, se také setkáváme s typy dětí, které se díky takovéto události uchýlí k droze. U dívek je to často snaha po zhubnutí. Kombinace drogové závislosti spolu s poruchami příjmu potravy.*“

R3: „*Nedovedu na tuto otázku jednoznačně odpovědět. Ale z mé praxe vím, že klienti uvádí nejčastěji neshody s rodiči, zvědavost, vliv party, kamarádů, kteří též berou, chodí s někým, kdo bere, nebo je dealerem.*“

R4: „Vyloženě vytipovat hlavní problém to nelze, ale rozhodně tyto tři oblasti jako je nuda, neschopnost nějak trávit čas a potom také snaha někam patřit jsou rozhodující.“

R5: „Bude to znít divně, ale zejména taková ta touha, že to zkusí. Může to být nahodilé, ale zejména je to snaha kompenzovat něco, co v životě chybí. Těch důvodů, proč to zkusí, může být více. Ale hlavní problém je, že to ten člověk zkusí. Drogy mají libostní potenciál, takže když člověk opustí drogu, tak mozek nebo ten libostní systém na to reaguje.“

Kazuistika č. 1 uvádí jako hlavní motiv klientky pro nadměrnou konzumaci alkoholu a drog potřebu začlenit se do party a získání vyššího respektu jejích členů. V případě kazuistiky č. 2 se jedná zejména o uspokojení, které po požití drogy chlapec prožívá. Uniká tak od problémů v rodině.

Druhý okruh výzkumných otázek byl zaměřen na rodinné prostředí drogově závislých.

1. Dovedl byste stručně charakterizovat rodiny klientů, kteří k Vám přicházejí?

(styly rodinné výchovy – rozmazlující, zavrhuující, nadměrně ochraňující, perfekcionistická, nedůsledná, zanedbávající)

R1: „Klienti pocházejí z různorodých rodin. Častým prvkem bývá to, že rodiny jsou rozvedené. Otcové v těch rodinách moc nefungují. Někdy, když jsou přítomni v té rodině, tak nemusí úplně tak fungovat. Občas se v rodině vyskytuje patologie, ale není to žádným pravidlem. V podstatě rodiny jdou napříč různým sociálním spektrem. Od nefunkčních rodin přes naprosto bezproblémové, vzdělání také nehraje zásadní roli.“

R2: „Tato otázka je velmi individuální. V mé praxi jsem se setkala se všemi Vámi uvedenými typy rodinného prostředí. Každá rodina je jiná, setkala jsem se s rodinou, kde byla ochraňující matka, autoritativní otčím, otec biologický nefungoval, s rodinou, kde otec byl ochraňující, matka důsledná, mladistvý byl velmi dobře výchovně veden.“

R3: „Na tuto otázku nelze ve stručnosti odpovědět. Každá rodina je jiná a v každé rodině je jiný výchovný přístup a jiné rodinné klima. Nerada bych proto paušalizovala a hodnotila jakýkoli styl rodinné výchovy a už vůbec ne ve smyslu, zda byl „dobrý nebo špatný“. Setkala jsem se s rodinami, které byly rozvedené, ale i úplné, rodiny z pohledu z venku naprosto funkční a vyrovnané. Zde je ale otázkou, do jaké míry nás nechali rodiče nahlédnout „pod svou pokličku“. Setkala jsem se i s rodinami, kde např. jeden z rodičů měl sám problém s užíváním léků nebo pervitinu a s rodiči, kteří sami žili na hraně zákona a byli opakovaně soudně trestáni i např. nepodmíněnými tresty odnětí svobody.“

R4: „Na toto nelze jednoznačně odpovědět. Přicházejí sem pacienti, kde byla naprosto volná výchova, že si opravdu dělali to, co chtěli a nemuseli doma pomáhat. Jsou tu opravdu pacienti, kteří dostali od rodičů úplně všechno. Jsou tady také ti, kteří měli výchovu důslednou. Opravdu jsou tu pacienti z rodin rozvrácených. Také se nedá říci, že by rozvod rodičů měl nějaký význam. Význam na to nemá ani to, zda rodiče mají před jménem, za jménem titul, zda jsou vysoce postavení či nikoliv. Toto všechno podle mého názoru funguje do věku, než nastoupí puberta. V té době přestane být rodina autoritou a autoritou se stávají kamarádi, parta, snaha nějak se odlišit.“

R5: „Tam jde o to, že rodina je jednoznačně jedním z nejvýznamnějších faktorů, které to zapříčiní. Ono u každého se to namíchá jinak. U někoho je to rodinné prostředí, u dalšího osobností vlivy plus ten farmakologický vliv drogy. Ale ze samotné rodiny je nejpodstatnější to, jak rodiče naučí dítě dosahovat libosti. Všichni když vyrůstáme, tak nás ve výchově učí, že když něco chceme, tak pro to musíme něco udělat. A až to uděláme, pak přijde nějaká satisfakce, odměna, radost, libost, uspokojení. To je jeden z hlavních rysů výchovy, jak by to mělo probíhat. Všechny ostatní věci, jako by byly z toho hlediska lhostejné, ať už výchova probíhá v bohatství, v chudobě to už je vedlejší. Droga, jako umělá odměna a umělá libost, tak je hrozně riziková pro každý náš mozek, tím že je opravdu hodně jednoduchá a rychlá. Když takhle rychlou a jednoduchou libost pozná nepřipravený člověk, člověk, který nemá vytvořený libostní systém s parametry, tak je chycený. Je tam ta pravděpodobnost ohromná. A jaké jsou ty rodiny, které

nevytvoří parametry zdravého libostního systému? Těmi zdravými parametry myslím to, že když chceme, aby nám bylo dobře, tak víme, že pro to musíme něco udělat. To je jeden parametr. Další, že na to musíme chvíli počkat a ta libost v životě není extra silná. Jeden typ rodiny je takový, že dítě se nenaučí vyvíjet strategii pro dosahování libosti. Že nemusí nic dělat a dostane hned všechno. Máte to zde zmíněné, je to výchova rozmazlující. To je jeden prototyp. Opravdu je to vidět v rodinách, které jsou bohaté, že si děti kupují drahými věcmi. Dále se nenaučí na to čekat. Zcela legálně si to dítě rozmazlí. Také to vede k tomu, že libostní hodnota běžných věcí potom klesne. Když jsme zahrnutý vším, nemáme radost z ničeho. Druhý typ výchovy je úplně opačný extrém. Že to dítě, i kdyby se rozkrájelo, tak nedostane libost žádnou. Takže ono sice začne nějaké strategie vyvíjet, ale rodiče na něj kašlou, takže libost nedostane. Zdravé parametry si toto dítě nevytvoří. Dalo by se říci, že je to výchova zanedbávající, nedůsledná. Tak toto jsou takové dvě polohy rodin. Mezi tím je jinak velká škála, kde se můžou vložit i jiné patologické vlivy jako závislost v rodině, dítě se to naučí. Zneužívání, trestání, ponižování, že si nevytvoří zdravé sebevědomí.“

V kazuistice č. 2, se setkáváme s tím, že chlapec vyrůstal v rodině, která byla nepodnětná a naprosto nestabilní. Byl často otcem bit, u matky útěchu taktéž nenalezl.

2. Co považujete za nejčastější rizikový faktor vyskytující se v rodině?

(absence jednoty z rodičů, citová deprivace, nezaměstnanost, vzdělání rodičů, ekonomická úroveň, záporné vzory rodičů – alkoholismus, drogy, trestná činnost)

R2: „*Takto to nelze paušalizovat. V každé rodině je to jiné, vždy se zde objevuje v dětství nebo v dospívání faktor, který může, ale nemusí ovlivnit dítě, aby užívalo drogy. Například rozvod rodičů, nefungující biologický otec, náhradní rodina atd. Myslím si, že mám značnou praxi, ale na tuto otázku podle mého názoru není jasná odpověď.*“

R3: „*Snad jen, že možná zvýšené riziko bych viděla v rodinách, které jsou ekonomicky slabé a kde i sami rodiče mají problém s užíváním drog, léků a alkoholu.*

Dalším faktorem může být bydliště rodiny. Zde mám na mysli takzvané sociálně vyloučené lokality, nebo bydliště v rizikové oblasti některého ze sídlišť.“

R4: „Určitou roli tam určitě může hrát citová deprivace. Může to znít krásně, ale to, že pustím dítěte televizi, dám mu počítač, peníze ať se jde bavit a podobně. Nemůžu pak vykládat, že je to dítě nějak spokojené, že citově nestrádá. Určitě je zde podstatné, zda máma a táta mají na dítě čas či nikoliv. Pokud se týče záporných vzorů rodičů, určitě to také sehrává roli.“

R5: „V podstatě platí všechno, co zde máte uvedené. Ale platí to nepřímě. Znamená to, že to samo o sobě ještě nemusí být průšvih, když abstinuje jeden s rodičů nebo jsou nezaměstnaní. Ale jsou to prostředí, kde snáze nastane ta situace, že si nevytvoří ten zdravý způsob dosahování libosti.“

Kazuistika č. 1 je klasickým příkladem absence otce v rodině a tím pádem ztrátou autority. Z kazuistiky č. 2 jasně vyplývá, že rodina žije na pokraji životního minima a v rodině se objevuje patologie v podobě alkoholu. Důležitým momentem je i zneužití chlapce příbuzným a lhostejným postojem k takto vzniklé situaci vlastní rodinou.

3. Jsou rodiny nápomocné v řešení problému, jaké postoje zaujímají?

R1: „Rodiny často neví, jak se k tomu postavit nebo co dělat. Většinou ta pomoc bývá neefektivní, protože rodiče při své snaze dítěte pomoci mu naopak škodí.“

R2: „Je to velmi individuální. Máme rodiny, které nás samy osloví. Ty pak s námi spolupracují a snaží se řešit všechny vzniklé problémy. Na druhé straně pak máme rodiny, které řešíme na základě oznámení Policie ČR nebo jiných institucí.“

R4: „Není tomu tak všude, je to přibližně půl na půl. Ano, jsou tu rodiče, kteří mají tu snahu. Jsou ochotní přijet na rodinnou terapii.“

R5: „Je třeba vědět, že vývoj závislosti má určitou dynamiku. Od nevinných experimentů po objevení se problémů v rodině, kde ví, že tam ten problém je. Až po snahy, jak tu drogu nebo alkohol u svého člena zvládnout, po selhávání těch pokusů až po léčbu. Chci tím, říci, že závislost nastupuje až v nějakém vývoji. To už ta rodina má

špatné zkušenosti. Mají za sebou deset pokusů, kdy dítě někam tlačili a zklamali se, vykupovali prodané věci ze zastavárny. Mají za sebou nějakou etapu, od zoufalých a neúspěšných pokusů, kdy jim důvěřovali a už jsou ve stádiu, kdy si netroufnou jim věřit. To lze říci obecně. V 80% to tak rodiče mají. Nevěří, že to dobře dopadne. Jejich závislé děti sem přijdou, nějak na sobě pracují a chvíli trvá, tak měsíc až tři než svoji rodinu přesvědčí, že to myslí vážně. Takže ta spolupráce na začátku není dobrá, protože si nikdo netroufá věřit. Rodina nevidí změny, které ten pacient dělá, protože tam nejsou vidět. Co v sobě sám pacient zakouší a prožívá. Rodina by i spolupracovala, kdyby se opovážila v sobě zase probudit důvěru, že to konečně možná vyjde. Je nutné říci, že v rodinách je velmi odlišný postoj mužů a žen. V naprosté většině tu důvěru mnohem rychleji najdou ženy a mužové se to snaží potlačit. V první fázi je to na matkách a na manželkách.“

Kazuistika č. 1 poukazuje na velmi přívětivé rodinné vztahy a podporu právě ze strany rodiny. Naproti tomu v případě kazuistiky č. 2 klientovi rodiče nevěnují žádnou pozornost a neposkytují podporu.

4. Je podle Vás rodinné prostředí rozhodujícím faktorem, že se dítě uchýlí k droze?

R1: „Nevím, jestli rozhodujícím, nicméně k tomu může dost přispět. Hrají v tom roli další aspekty, jako jsou vrstevníci, genetické dispozice, osobnostní předpoklady.“

R3: „Když je dítě doma spokojené, cítí zájem rodičů a je doma uznáváno, očekáváno a chtěno, je to jistě jiné, než když to tak není. Myslím, že rodinné zázemí je pro dítě velmi důležité a má samozřejmě vliv na celý jeho život a na rozhodování, jeho směřování.“

R4: „Nemusí. Možná řada s těchto lidí má k tomu blíž, ale není to rozhodující faktor. Já osobně si to nemyslím.“

R5: „Já si myslím, že ano. Beze sporu, já jsem před chvílkou říkal, že samotný libostní potenciál drog je dostatečný k tomu, aby se k tomu člověk dostal, když to okusí.“

Kazuistika č. 2 vede k názoru, že v tomto případě došlo k selhání rodiny jako hlavního socializačního činitele.

5. Jaká je komunikace mezi rodinnou a klientem?

R1: „Když klient užívá drogy, tak velmi problematická. Pokud, je rodina ochotna spolupracovat, snažím se tyto vztahy zlepšit. Možná je také dobré říci, že často představy rodičů a dětí se rozcházejí v tom, co je pro koho dobrý. Zároveň rodiče často sehrávají roli ve vývojovém procesu separace. Když ty rodiče nejsou schopní, být přirozeným separačním mechanismem, zapříčiní to, že v té rodině chybí nějaký článek. Pak je to složité v tom procesu samotné separace. Život v rodině má určitý vývoj, je nějakým způsobem daný.“

R2: „Komunikace bývá velmi různá. Opět záleží, zda s námi rodina spolupracuje, či ne. Také na postoji daného klienta. V období, kdy je klient závislý na tvrdé droze, je to ale velmi problematické a složité.“

R4: „Je nutné si to rozčlenit. Pokud toho pacienta přivezou na první léčbu, tak je to téměř ideální. V podstatě, rodina si oddechne, když ten člověk tady je. Ví, že je o něj postaráno, jsou stále v naději, že se sebou něco dělá. V tom případě komunikace funguje. Skála uvádí, že tím, že jeden člověk onemocní, tak se změní vztahy celé rodiny. Průšvih je, že si myslí, že ten člověk bude vyléčen, což není. Je pouze stabilizovaný. Ten problém tam přetrvává a má ho nadosmrti. Při recidivách v podstatě to prvotní nadšení, které bylo při té první léčbě, upadá. Rodiče si uvědomují, že záleží na tom, co to jejich dítě bude dělat, jak se bude chovat. Stahují se do ústraní. Někde jsou vtaženi až na bodu mrazu. To znamená rozvody, děti k sobě nepustí, říkají jim, ke mně budeš moci, až něco dokážeš. Tolikrát si mě podvedl, vybilil si mi byt. Tam je to horší. Řekl bych, že je to úměrně počtu recidiv.“

R5: „Na začátku je to obnovení důvěry. Pro rodinu je to velmi bolestné a oni aby je to stále nebolelo a netrhalo srdce, tak musí zkamenět. Musí to v sobě zavřít a říci, že se o něj nebudou starat. Nalezení důvěry v sobě. Nalezení odvahy změknout. Začít prožívat

a pustit k sobě ten problém. Ta komunikace se prostě vyvíjí. Od sebeobranné nedůvěry, přes hledání viny po nějakou konstruktivní debatu.“

Pro ilustraci kazuistika č. 2 uvádí případ, kdy rodina klienta nepodporuje a dokonce s ním ani nekomunikuje.

6. Jaké nástroje používáte v rámci rehabilitace rodinných vztahů?

(rodinná terapie, posilování motivace, relaxační techniky, výměnné programy, hygienický servis, sociální práce)

R1: *„Hlavní je práce s rodinou a individuální práce. U nás probíhá individuální, skupinová, rodinná terapie, také rodičovská, sociální práce, mediace vztahů v rodině. Záleží vždy na domluvě, zda rodina je ochotna spolupracovat nebo ne.“*

R3: *„Opět musím odpovědět, že jak v které rodině a jak v které situaci.“*

R4: *„Máme zde takzvanou rodinnou nebo partnerskou terapii. Vše se řeší ve skupině, kde je kolem třiceti pacientů. Je to jedna z našich nejsilnějších terapií, podle mého názoru působící na všechny. Pro pacienty jsou to silné citové zážitky. Je to velmi náročné na psychiku pacientů, ale také terapeuta, který to vede. Skupina je vedena dvěma terapeuty. Dále zde uplatňujeme individuální rozhovory, klasickou skupinovou terapii, arteterapii. Probíhá zde samozřejmě sociální práce a relaxační techniky se také občas dělají.“*

R5: *„Máme zvací dopis, kde motivujeme našeho pacienta, aby on učinil krok a pozval rodinu. Neděláme to za něj. Chceme, aby on byl, ten který to organizuje. Pak přijde na řadu samotná týdenní rodinná terapie, kde jsou společně v programu. Má to dvě části. Jedna je, že jsou to takové ty terapeutické aktivity, je pravda že to efekt má. Druhá věc jsou ty mimo terapeutické aktivity. To, že po letech sedí vedle sebe a mají konečně o čem si popovídat.“*

5 DISKUZE

Cílem této bakalářské práce je zmapování názorů odborníků na souvislost drogové závislosti s rodinným prostředím a dále již zjištění, do jaké míry mají odborníci možnost rodinné prostředí drogově závislých ovlivňovat.

Praktická část bakalářské práce je tedy pro naplnění výše zmíněných cílů založena na kvalitativním výzkumu, konkrétně pak na metodě vedení hloubkového rozhovoru a zpracování kazuistik. Místem uskutečnění vlastního výzkumu je Občanské sdružení Prevent, Orgán sociálně právní ochrany dětí (Magistrát města České Budějovice) a Psychiatrická léčebna Červený Dvůr.

Výzkumný soubor je tvořen pěti respondenty, z toho dva zastupují Orgán sociálně právní ochrany dětí (Magistrát města České Budějovice), v dalších dvou případech se jedná o zaměstnance Psychiatrické léčebny Červený Dvůr a poslední respondent patří k Občanskému sdružení Prevent. Výběr respondentů navazuje na jejich osobní zkušenosti a znalosti práce s drogově závislými.

V rámci vedení rozhovorů probíhá taktéž individuální schůzka s jedním z respondentů, který poskytuje podrobné informace, potřebné pro sestavení obou kazuistik, uvedených v závěrečné části bakalářské práce.

Kladené otázky jsou rozděleny do třech základních okruhů. Prvním okruhem jsou otázky věnující se respondentovi a jeho současnému zaměstnání. Jedná se o otázky týkající se věku, dosaženého vzdělání, aktuálního pracovního zaměření a také doby, po kterou v dané instituci respondenti pracují.

Výzkumný vzorek zde tvořen třemi muži a dvěma ženami. Průměrný věk všech zúčastněných je 44 let, přičemž nejmladšímu respondentovi je 35 let a nejstaršímu 60 let. Všichni z řad respondentů jsou absolventy oborů týkajících se pomáhajících profesí – sociální práce, poradenství, psychologie či psychiatrie. Průměrná doba, po kterou takto profesně pracují, je 20 let. Jako nejkratší odpracovanou dobu v rámci pomáhajících profesí uvádí jeden z respondentů 13 let, nejdelší pak 35 let.

Druhý okruh otázek se zaměřuje na samotné klienty trpící drogovou závislostí.

Prokeš (2005) chápe závislost jako stav, kdy jedinec není schopen o svém osudu rozhodovat sám, ale je uvězněn v područí užívané látky. S tímto tvrzení souhlasí všichni dotazovaní respondenti. R5 dodává, že v rámci svého zaměstnání spolupracuje pouze s osobami trpícími závislostí, které mají dle jeho slov ještě mozek dostatečně zralý na to, aby si to uvědomil.

Je nutno poznamenat, že dotazovaní respondenti nepracují pouze s klientelou drogově závislých, ale například R2 a R3 pracují s mladistvými, kteří mají výchovné problémy či s klienty (dospělými), kteří se dopustí přestupku.

Z rozhovorů se ukazuje, že nejčastější závislostí je závislost na pervitinu. Na tomto faktu se jednoznačně shodli všichni respondenti, a zároveň tuto skutečnost doplňují výsledky zpracovaných kazuistik. Respondenti R4 a R5 pak vedle klientů závislých na pervitinu spolupracují s klienty závislými na nealkoholových drogách. R5 zahrnuje do svého profesního okruhu i klienty závislé na heroinu. Respondenti R2 a R3 uvádějí vedle pervitinu, jako velmi užívanou drogu, marihuanu. S výše uvedenými fakty pak korespondují údaje zveřejněné ve Výroční zprávě o stavu ve věcech drog v České republice z roku 2011. Podle tohoto dokumentu mezi stabilně zneužívané drogy patří právě pervitin a marihuana. (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice za rok 2011, Úřad vlády ČR [online], 2012, s. 24).

S problematikou závislosti na alkoholových a nealkoholových drogách také souvisí otázka, co jednotlivé osoby podněcuje k užívání, zneužívání a následné závislosti na omamných a psychotropních látkách. Teoretická část bakalářské práce odkazuje na to, že na příčiny vzniku závislosti drogové či závislosti jako obecného fenoménu je nutné nahlížet komplexně. Komplexním hlediskem rozumíme bio – psycho – socio – spirituální kontinuitu každého z nás (Kudrle S., 2003). S tímto názorem se ztotožňují všichni dotazovaní respondenti. Respondenti R2 a R3 spatřují možný vliv na jedince zejména v okruhu kamarádů a přátel, se kterými se stýká. To potvrzuje i kazuistika č. 1, kdy klientka začíná zneužívat omamné a psychotropní látky právě pod vlivem svých kamarádů a přátel. R4 k okruhu přátel a kamarádů přidává další faktor, kterým je rodina konkrétního jedince. Respondent R1 výše zmíněné svým výrokem potvrzuje. Hlavní podnět závislosti tedy vidí v oblasti psychosociální. Respondent R5 zásadní důvod

vzniku závislosti spatřuje v touze vyzkoušet drogu a uspokojit tím libostní systém. Respondent R5 pak ale dále doplňuje, že na neschopnost uspokojit libostní systém nepatologickou formou je ukotven právě v rodinném prostředí drogově závislých. Závislost jako bio – psycho – socio – spirituální problém chápe i Kalina (2003).

Poslední okruh výzkumných otázek je pak směřován k rodinnému prostředí drogově závislých a je vzhledem k danému tématu poměrně zásadní skupinou otázek.

První dotaz je věnován stylům rodinné výchovy, respektive tomu, z jakých rodin drogově závislí pocházejí. Teoretická část bakalářské práce uvádí typologii rodiny (ve významu patologickém). Dle Langmeiera a Krejčířové (1998) se jedná zejména o tyto druhy výchovy – rozmazlující, zavrhuující, nadměrně ochraňující, perfekcionistická, nedůsledná či výchova zanedbávající. Respondent R1 například uvádí jako hlavní rizikový faktor vzniku závislostí vysokou rozvodovost ve společnosti a s tím spojenou problematiku absence otce v rodině. Oproti tomu respondenti R2 a R4 se domnívají, že skutečnost, zda je rodina rozvedená či nikoli není stěžejní. Respondenti R3 a R5 se k tomuto tématu primárně nevyjadřují. Patologičnost rodiny (drogová či alkoholová závislost, domácí násilí, dlouhodobá nezaměstnanost) je dle všech respondentů vlivným prostředkem vzniku závislosti. Respondenti R3 a R4 dále upozorňují na zanedbávající styl výchovy. Stejně jako Langmeier a Krejčířová (1998) pod pojem zanedbávající výchova zahrnují týrání, zneužívání či deprivaci. Respondent R4 zásadně upozorňuje na deprivaci citovou, pramenící z nedostatku času rodičů na vlastní děti. Respondenti R2 a R3 se věnují otázce autoritativní a ochranné rodiny. Oba dva respondenti přiznávají, že právě s těmito typy rodin se v rámci svého zaměstnání velmi často setkávají. Z dané problematiky se svým ojedinělým názorem vymezuje respondent R5, který opět upozorňuje na návaznost libosti a vzniku závislosti. Respondent R5 se domnívá, že právě v rodině dochází k patologii ve smyslu neschopnosti rodičů naučit děti dosahovat libosti vhodnou formou. V kazuistice č. 1 a č. 2 se setkáváme s patologickými výchovnými styly. Prvním z nich je neúplná rodina s absencí otcovské role. Druhá kazuistika přibližuje výchovu zanedbávající.

Následující otázka zjišťuje, co jednotliví respondenti spatřují jako hlavní rizikový faktor patologie výchovných stylů. Autoři Fischer a Škoda (2009) řadí mezi základní rizikové faktory vyskytující se v rodině, následující fenomény – neschopnost starat se o své dítě (chudoba, přírodní katastrofa, nemoc, úmrtí), nedostatečné rodičovské kompetence (nezralost, komplikace – postižení), situaci kdy, rodiče se o dítě starat nechtějí či naopak se o dítě starají nadměrně. Všichni z dotazovaných respondentů se domnívají, že nelze jednoznačně určit jeden konkrétní faktor, který by přímo podmiňoval vznik závislosti. Respondent R4 opět zmiňuje citovou deprivaci. R1, R2, R3 a R5 se domnívají, že výše uvedené faktory fungují dohromady, i přesto však ovlivňují vznik závislosti na drogách nepřímo. Respondenti R2, R3 a R5 se opět shodují na vlivu patologických jevů, které se v rodině objevují. Respondent R5 ještě dodává, že pozornost je nutno převést i na ekonomický faktor rodiny. Zde respondent R5 uvádí, že v praxi se setkává s dětmi pocházejícími z rodin velmi ekonomicky slabých nebo naopak velmi ekonomicky silných. Rodiče, kteří jsou velmi dobře zabezpečeni, se většinou snaží si své děti koupit. Dělají to zejména proto, že na své potomky nemají dostatek času. Respondent R3 podotýká, že jedním z možných faktorů je také lokalita, ve které dotyčný pobývá. Za velmi rizikové oblasti považuje takzvané sociálně vyloučené lokality. Výše zmíněné potvrzuje také Hajný et al. (2003) svou charakteristikou stylů rodinné výchovy, které se velmi často v rodinách drogově závislých vyskytují. Autor je ve své publikaci shrnuje na nestálé vztahy v rodině (nukleární či rozšířené), nedůslednou výchovu, patologii v rodině a přebírání odpovědnosti za dítě.

Další dotazování je zaměřeno na vzájemnou komunikaci a spolupráci mezi rodinou a drogově závislými. Všichni respondenti uvádějí skutečnost, že participace rodičů při léčbě jejich drogově závislých potomků je zcela individuální.

Respondent R5 dodává, že motivace rodinných příslušníků ke spolupráci vzhledem k času klesá. Jinými slovy čím více si rodina s drogově závislým protřpěla, tím méně je náchylná ke vzájemné spolupráci. Toto tvrzení koresponduje s Nešporem, který dodává, že právě počáteční nejistota či neochota ke spolupráci v rámci rodinné terapie je zásadní komplikací této terapie.

Překvapivé výsledky přináší následující otázka, zda rodina je základním vlivným faktorem pro vznik závislosti. Všichni respondenti odpověděli záporně. Vnímají rodinu jako jeden z faktorů, který v kombinaci s ostatními vlivy (parta, chudoba, bydliště, patologické chování) predisponuje jedince ke vzniku závislosti. Výše zmíněné potvrzuje i Kalina (2003), který se domnívá, že neexistuje jeden faktor, který by podmiňoval vznik závislosti, nicméně se jedná o komplexní působení několika faktorů.

Otázku komunikace drogově závislých s rodinnými příslušníky, respondenti R2 a R3 hodnotí jako velmi individuální. Naproti tomu R1, R4 a R5 se domnívají, že takováto komunikace se odvíjí od délky poskytování zdravotní či psychosociální péče drogově závislým. Respondent R5 je přesvědčen, že nejproblematictější se stává komunikace mezi drogově závislým a rodinnými příslušníky v momentě propadnutí závislosti, kdy závislí své rodinné příslušníky finančně využívají. Poté jak uvádí R4 a R5 nastává v celku příjemná komunikace. Rodiče či rodinní příslušníci se domnívají, že vše bude dobré a jejich dítě bude vyléčeno. Nešpor považuje komunikaci mezi dětmi a rodinou či rodinnými příslušníky za zásadní, zejména v rámci rodinné terapie, která je při léčbě závislosti jednou z forem psychoterapie. V kazuistice č. 1 se setkáváme s přívětivým postojem ke klientce, v kazuistice č. 2 se naopak vyskytuje odmítavý postoj rodiny a neschopnost poskytnout klientovi pomoc a podporu.

Analýza výsledků jednotlivých rozhovorů s respondenty vede k zodpovězení první výzkumné otázky praktické části bakalářské práce. 1. Je dle odborníků rodinné prostředí klíčovým faktorem ve vztahu k drogové závislosti? *Odborníci vnímají, že rodinné prostředí ovlivňuje vztah drogové závislosti, konkrétně prostřednictvím genetických dispozic, osobnostních předpokladů, vrstevníků, rodinného prostředí a problematické komunikace, taktéž je důležitá role rodičů a vztahy v rodině, není klíčovým faktorem, ale pouze jedním z faktorů, který ovlivňuje vznik drogové závislosti.*

Vedle již zmíněných okruhů otázek, jsou respondenti v průběhu rozhovoru dotazováni na nástroje, které využívají v rámci rehabilitace ve své praxi s drogově závislými. Nešpor uvádí v rámci rodinné terapie následující nástroje: nácvik rodičovských dovedností, znalost a zesílení rodinných faktorů, posílení vazeb mezi dítětem a rodinou a také zesílení empatie. S Nešporem se ztotožňují respondenti R1, R4

a R5. Pracují v zařízeních, kde součástí programu je i rodinná či partnerská terapie. V těchto terapiích se dle autorky (Trapková L., 2004) praktikuje pozorování, rozhovor, terapeutická intervence, introspekce a reflexe. R2 a R3 ve své praxi uplatňují především sociální poradenství. Klientka uvedené kazuistiky uvádí, že rodinná terapie jí ve vztahu k léčbě závislosti velmi pomohla.

Analýza jednotlivých rozhovorů poskytuje odpověď i na druhou výzkumnou otázku. 2. Jak ovlivňují odborníci rodinné prostředí drogově závislých? *Odborníci mají možnost ovlivnit prostředí drogově závislých prostřednictvím individuální, skupinové, rodinné či partnerské terapie; rodičovské a sociální práce; mediace vztahů v rodině, spoluprací, arteterapií a pomocí relaxačních technik.*

6 ZÁVĚR

Důležitou úlohu v boji proti drogám a závislosti na nich sehraává rodina. Velký vliv na to mají ať už vrozené, tak vnější činitelé. Za důležité považují klást si otázku, proč a z jakého důvodu člověk začne brát drogy. Žádná prevence ani sebelepší výchova výskyt tohoto jevu nevytloučí, ale může alespoň snížit riziko. Ukázalo se, že počátky klientovi závislosti souvisí se všemi v literatuře uváděnými faktory jak už z oblasti, biologické, psychologické, sociální či spirituální. Jako hlavní příčinu vzniku závislosti na drogách lze vyzpozorovat multifaktoriální podmíněnost.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zmapovat názory odborníků na souvislosti drogové závislosti a rodinného prostředí. Dílčím cílem poté bylo zjistit, do jaké míry mají odborníci možnost ovlivnit rodinné prostředí. Byly stanoveny dvě výzkumné otázky. 1. Je dle odborníků rodinné prostředí klíčovým faktorem ve vztahu k drogové závislosti? 2. Jak ovlivňují odborníci rodinné prostředí drogově závislých? Ke sběru dat byla použita metoda dotazování, technika polostrukturovaného rozhovoru. Sledovaným souborem byli odborníci z Občanského sdružení Prevent, Orgánu sociálně právní ochrany dětí (Magistrát města České Budějovice) a Psychiatrické léčebny Červený Dvůr.

Ve výzkumné části bakalářské práce byly prostřednictvím kvalitativního výzkumného šetření, metodou polostrukturovaného rozhovoru zmapovány názory odborníků na souvislosti drogové závislosti a rodinného prostředí. Výzkumný soubor respondentů byl rozdělen dle profesionálního zaměření jednotlivých respondentů.

Na základě analýzy výsledků výzkumného šetření byly vytvořeny odpovědi na výzkumné otázky. 1. Odborníci vnímají, že rodinné prostředí ovlivňuje vztah drogové závislosti, konkrétně prostřednictvím genetických dispozic, osobnostních předpokladů, vrstevníků a problematické komunikace, vedle toho je důležitá role rodičů a vzájemné vztahy v rodině, není klíčovým faktorem, ale pouze jedním z faktorů, který ovlivňuje vznik drogové závislosti. 2. Odborníci mají možnost ovlivnit prostředí drogově závislých prostřednictvím individuální, skupinové, rodinné či partnerské terapie;

rodičovské a sociální práce; mediace vztahů v rodině, spoluprací, arteterapií a pomocí relaxačních technik.

Tuto bakalářskou práci lze využít jako teoretický podklad při výuce problematiky léčby závislostí v návaznosti na rodinné prostředí drogově závislých a jako vodítko pro další výzkumné šetření na toto aktuální téma. Výsledky výzkumného šetření by dále mohly posloužit i respondentům, jako zpětná vazba na jejich práci s drogově závislými.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- 1) ANDRLOVÁ, Michaela. *Současné směry v české psychoterapii*. Praha: Triton, 2005, 222 s. ISBN 80-7254-603-1.
- 2) BARTOŠÍKOVÁ, Ivana a Radovan VOŘÍŠEK. *Příručka pro nízkoprahové terapeuty*. 1. vyd. Boskovice: Albert, 1998, 78 s. SCAN, sv. 1. ISBN 80-858-3457-X.
- 3) BINAROVÁ, Ivana. *Partnerství, sexualita a rodina*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2000, 43 s. Texty k otevřenému a distančnímu vzdělávání. ISBN 80-244-0138-X.
- 4) BURIÁNEK, Jiří. *Sociologie: uvedení do základů sociologie pro gymnázia, vyšší odborné školy a neoborové vysokoškolské studium*. 3. vyd. Praha: Fortuna, 2008, 144 s. ISBN 978-80-7373-028-4.
- 5) DUNOVSKÝ, Jiří. *Dítě a poruchy rodiny*. Praha: Avicenum, 1986, 139s. ISBN 08-040-86.
- 6) FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 218 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4727-813.
- 7) HAJNÝ, Martin. *O rodičích, dětech a drogách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001, 133 s. Pro rodiče. ISBN 80-247-0135-9.
- 8) HAJNÝ, Martin et al. *Bio-psychotický model: Rodinné faktory vzniku a rozvoje závislostí*. KALINA, Kamil et al. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 140-144. ISBN 80-86734-05-6.
- 9) HELLER, J., PECINOVSKÁ, O. et al. *Závislost známá neznámá*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1996, 168 s. ISBN 80-169-277-8.

- 10) HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008, 407 s. ISBN 978-80-7367-485-4.
- 11) JANDOUREK, Jan. *Sociologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001, 285 s. ISBN 80-717-8535-0.
- 12) KALINA, Kamil. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia nova, 2001, 118 s. ISBN 80-238-8014-4.
- 13) KALINA, Kamil et al. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 319 s. ISBN 80-86734-05-61.
- 14) KALINA, Kamil et al. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008, 388 s. ISBN 978-80-247-1411-0.
- 15) KRAUS, Blahoslav. *Základy sociální pedagogiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008, 215 s. ISBN 978-807-3673-833.
- 16) KRAUS, Blahoslav a Věra POLÁČKOVÁ. *Člověk – prostředí – výchova: k otázkám sociální pedagogiky*. Brno: Paido, 2001, 199 s. ISBN 80-7315-004-2.
- 17) KREBS, Vojtěch et al. *Sociální politika*. 3. vyd. Praha: ASPI, a.s., 2005, 502 s. ISBN 80-735-7050-5.
- 18) KUDRLE, S. *Úvod do bio – psycho – socio – spirituálního modelu závislosti*. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1, Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003, 319 s. ISBN 80-86734-05-6.
- 19) LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 3. vyd. Praha: Grada, 1998, 343 s., obr. ISBN 80-716-9195-X.
- 20) MALÁ, Eva. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 144 s. ISBN 80-7178-700-0.

- 21) MAREČKOVÁ, Jana et al. *Drogy: otázky a odpovědi: příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, 198 s. Rádci pro zdraví. ISBN 978-807-3672-232.
- 22) MATĚJČEK, Zdeněk. *Rodiče a děti*. Praha: Avicenum, 1986, 335 s. ISBN 08-056-89.
- 23) MATOUŠEK, Oldřich. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 3. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003, 161 s. Studijní texty, 3. ISBN 80-864-2919-9.
- 24) MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, 379 s. ISBN 80-717-8548-2.
- 25) MATOUŠEK, Oldřich a Andrea KROFTOVÁ. *Mládež a delikvence*. 2. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2003, 340 s. ISBN 80-717-8771-X.
- 26) MOŽNÝ, Ivo. *Rodina a společnost*. Ilustrace Vladimír Jiránek. Praha: Sociologické nakladatelství, 2006, 311 s. Studijní texty (Sociologické nakladatelství), 38. sv. ISBN 80-864-2958-X.
- 27) MOŽNÝ, Ivo. *Moderní rodina: (mýty a skutečnosti)*. 1. vyd. Brno: Blok, 1990, 184 s. ISBN 80-702-9018-8.
- 28) MOŽNÝ, Ivo. *Česká společnost: nejdůležitější fakta o kvalitě našeho života*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002, 207 s. ISBN 80-717-8624-1.
- 29) MÜHLPACHR, Pavel. *Sociální patologie*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2001. 104 s. ISBN 80-210-2511-5.
- 30) MYSLIKOVJANOVÁ, Ida. *Astropsychologie a rodina*. Olomouc: ANAG, 2009, 241 s. ISBN 978-80-7263-557-3.
- 31) NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 4. vyd. Praha: Portál, 2011, 173 s. ISBN 978-807-3679-088.

- 32) NEŠPOR, Karel a Ladislav, CSÉMY. *Léčba a prevence drogových závislostí. Příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1996, 199 s. ISBN 80-85121-52-2.
- 33) NOSÁL, Igor et al. *Obrazy dětství v dnešní české společnosti: Studie ze sociologie dětství*. 1. vyd. Brno: Barrister & Principal, 2004, 203 s. ISBN 80-865-9880-2.
- 34) NOŽINA, Miroslav. *Svět drog v Čechách*. 1. vyd. Praha: KLP-Koniasch Latin Press, 1997, 347 s., obr. ISBN 80-859-1736-X.
- 35) ORLÍKOVÁ, Bára. *Od experimentu k užívání. KOLEKTIV AUTORŮ SDRUŽENÍ SANANIM. Drogeny: otázky a odpovědi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, s. 15-22. ISBN 978-80-7367-223-2.
- 36) PRESL, Jiří. *Drogová závislost: může být ohroženo i Vaše dítě?*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 1995, 88 s. MEDICA - Praktické rady lékaře, Sv. 9. ISBN 80-858-0025-X.
- 37) PROKEŠ, Jaroslav. *Základy toxikologie: obecná toxikologie a ekotoxikologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, 248 s. ISBN 80-726-2301-X.
- 38) RIESEL, Petr. *Lesk a bída drog: praktická příručka pro mládež, rodiče a pedagogy*. V Olomouci: Votobia, 1999, 87 s. ISBN 80-719-8348-9.
- 39) ROZSYPALOVÁ, Marie, Věra ČECHOVÁ a Alena MELLANOVÁ. *Psychologie a pedagogika I: pro střední zdravotnické školy*. Praha: Informatorium, 2003, 186 s. ISBN 80-7333-014-8.
- 40) SHULMAN, Lawrence. *Interanation social work practise*, F. E. Peacock Publisher, 1991, 338 s. ISBN 0-87581-3550.
- 41) SCHAEFFEROVÁ, Edith. *Co je rodina?*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 1995, 178 s. ISBN 80-854-9541-4.

- 42) STONE, Trevor a Gail DARLINGTONOVÁ. *Léky, drogy, jedy*. 1. vyd. Překlad Vratislav Schreiber. Praha: Academia, 2003, 440 s. ISBN 80-200-1065-3.
- 43) STŘELEČEK, Stanislav, 2007. *Studie z teorie a metodiky výchovy II*. Brno: Masarykova univerzita: MSD, 2007, 214 s. ISBN 80-210-3687-7.
- 44) ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
- 45) TRAPKOVÁ, Ludmila. CHVÁLA Vladislav. *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004, 224 s. ISBN 80-7178-889-9.
- 46) ZÁBRANSKÝ, Tomáš. *Drogová epidemiologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003, 95 s. ISBN 80-244-0709-4.
- 47) ZÁKON č. 167 ze dne 11. června 1998 o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1998.
- 48) VANDEN ZANDEN, J. W. *Social psychology*. 4th ed. New York: Random House 1987, 646 s. ISBN 03-943-5810-4.

Internetové zdroje

EVROPSKÉ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVOU ZÁVISLOST (EMDCDDA). Výroční zpráva za rok 2010: Stav drogové problematiky v Evropě [online]. 1. vyd.. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie, 2012. 102 s. ISBN 978-92-9168-427-7 [cit. 2013-03-03]. Dostupné z:
<http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2010>

KACHLÍK, Petr. *Návykové látky, rizika jejich zneužívání a možná prevence*. [online]. [cit. 2013-01-27]. Dostupné z:
<http://www.zkola.cz/zkedu/rodiceaverejnost/socialnepatologickejevyajejichprevence/zavislosti/zavislostobecne/15020.aspx>

KALINA, Kamil. *Léčba drogově závislých*. [online]. [cit. 2013-01-27]. Dostupné z:
<http://www.lf3.cuni.cz/drogy/articles/lecba.html>

KOZLOVÁ, L. *Výzkumné přístupy*. [online]. [cit. 2012-04-09]. Dostupné z:
http://www.eamos.cz/amos/ksb/externi/ksb_305/2.htm.

KOZLOVÁ, Lucie a Nicola TOMANOVÁ. *Dobrovolné mateřství bez partnera*. Gender, rovné příležitosti, výzkum. 2005, roč. 2005, č. 6, s. 31-33. Dostupné z:
http://www.genderonline.cz/uploads/6ceebe023e7674dccb3431a0565d97230f5b380b_dobrovolne-materstvi-bez-partnera.pdf

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Národní zpráva o rodině*. Praha: MPSV, 2004, 226 s. Dostupné z:
http://www.mpsv.cz/files/clanky/899/zprava_b.pdf

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011. Praha: Úřad vlády ČR, 2012. ISBN 978-80-7440-067-4. Dostupné z:

[http://www.drogy-
info.cz/index.php/publikace/vyrocni_zpravy/vyrocni_zprava_o_stavu_ve_vecech_drog_
v_ceske_republice_v_roce_2011](http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/vyrocni_zpravy/vyrocni_zprava_o_stavu_ve_vecech_drog_v_ceske_republice_v_roce_2011)

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Droga

Klient

Léčba

Prostředí

Rodina

Závislost

9 PŘÍLOHY

Kazuistika č. 1 - „Zuzana 18 let“

Rodinná anamnéza:

Dívka vyrůstá v úplné a bezproblémové rodině. Zuzana se narodila do rodiny, která je finančně zabezpečena a žije ve vlastním domě v centru města. Oba rodiče jsou středoškolsky vzdělání. Mezi známými je její rodina uznávaná.

Matka se narodila roku 1964 a je zaměstnána na úřadě jako sekretářka. O Zuzanu se stará a poskytuje ji veškerou podporu a zázemí. Otec se narodil roku 1965 a pracuje jako soukromý stavební podnikatel v oboru stavebnictví. Stará se o Zuzanu stejným dílem jako její matka. Jelikož je pracovně vytížený, tak často není doma a výchova zůstává především na matce. Jelikož Zuzana neplní otcovo očekávání, je jím vysunuta na okraj. Často proto dochází k rozporům mezi výchovou matky a výchovou otce. Otec se snaží vychovávat autoritativně. Matka je naopak k Zuzaně shovívavá a téměř vše jí dovolí.

Významné místo v této rodině zastává o tři roky starší sestra Klára, která v současné době studuje vysokou školu a žije se svým přítelem. Klára se vždy lépe učila a neměla žádné výchovné problémy. Byla vždy preferovanější a rodiče ji Zuzaně dávali jako vzor. V rodině měla více výhod. Mezi sourozenci byly odmalička napjaté vztahy a Zuzana se snažila Kláře vyrovnat. Dodnes spolu nemají dobrý vztah, ale snaží se spolu alespoň nějak vyjít.

Vztah rodičů je bezkonfliktní a v manželství neměli žádné větší problémy. Oba rodiče spolu doposud žijí a oba mají o Zuzanu zájem. Rovněž Zuzana s nimi v dnešní době žije. Je mnohem více vázaná na matku, u které cítí větší pochopení. Otce však bere jako autoritu a jejich vztah se značně změnil k lepšímu.

Osobní anamnéza:

V osobní anamnéze nebyly nalezeny žádné výrazné momenty. Zuzana se narodila v roce 1995 v Českých Budějovicích. Prodělala běžné dětské nemoci, žádné úrazy ani operace. Problémy u ní začínají až s prvními příznaky puberty. Zuzana využívá toho, že otec často není doma a matka není tak důsledná. Svůj volný čas tráví v partě kamarádů, kteří ji svým vlivem strhnou a značně ovlivní celý její dosavadní průběh. Objevují se problémy ve škole, následně alkohol a drogy. Při zvýšeném dozoru rodičů a sociálních pracovníků se vždy situace velmi výrazně zlepšila.

Sociální anamnéza:

Zuzana navazuje vztahy se svým okolím bez větších problémů a je až přehnaně důvěřivá. Je cholerická a značně impulzivní. Má celkem nízké sebevědomí a není tak průbojná. Vzhledem k tomu, že se velmi často snaží zapadnout do party a vyrovnat se všem jejím členům, dělá věci, které by normálně neudělala. V kolektivu je spíše využívaná a dělá vše, co jí kdo řekne. Drogy užívá nejčastěji v partě svých kamarádů. Rodina ji hodně pomohla při zdolávání problému a byla jí oporou.

Vývoj problému a léčba:

V Českých Budějovicích chodila do mateřské i základní školy. Odmala byla živé dítě a věnovala se spoustě činností. Na základní škole byla průměrná žačka. V kolektivu spolužáků byla oblíbená a měla i přátele, se kterými trávila volný čas. Na základní škole se poprvé setkala s cigaretami, které prakticky kouří do dnešní doby.

V sedmé třídě začala chodit do dětského domu mládeže a s tamější partou začala kouřit marihuanu a pít alkohol. Parta ji přijala a ona se v ní cítila uznávaná. V deváté třídě to přerostlo v neúnosnou situaci. Zuzaně v té době bylo čerstvých 14 let, kdy byla převezena na záchytnou stanici po požití alkoholických nápojů. Uvedla, že to udělala z důvodu, že ji zemřela babička a měla smutek. Matka i dcera uvádí, že to byla výjimečná situace.

Po měsíci matka volá na OSPOD a sděluje, že situace s dcerou se opět zhoršila. Uvádí, že má se Zuzanou výchovné problémy, že se chytla party, s kterou tráví svůj

veškerý volný čas. Dcera často nechodí do školy, matka jí zatím absence omlouvala, ale má toho dost. Zuzana je v deváté třídě a rozhoduje se o její další budoucnosti, jí je to ovšem jedno. Do školy nechce a stává se z ní záškolák. Je pod vlivem kamarádky, která také chodí za školu. Stále se opakuje situace, kdy se Zuzana zklidní a chodí do školy, pak se opět chytne party, kterou je strhnuta. Když už do školy přišla, tak ji zanedbávala. Povinnou školní docházku ukončuje se značnými problémy.

Nastupuje do prvního ročníku Střední školy obchodní, obor prodavačka textilu, obuvi a oděvů. Ze začátku se ve škole nedopouští žádných přestupků. V červnu 2010 dochází před areálem školy ke vzájemnému napadení (tahání za vlasy, údery do obličeje). Za to Zuzana dostala napomenutí s výstrahou a později byla předvolána soudem. Dostala předběžné opatření. Ze školy ji podmíněčně vyloučili. Matka usoudila, že by bylo lepší přestoupit na jinou školu a začít znovu.

O rok později se vyučuje v oboru drogistika. Zuzana nechodí domů a nedodrжуje matkou stanovené vycházky. Školu opět sabotuje, a pokud nezačne chodit, bude vyloučena. Díky množství zameškaných hodin školu nezvládá a nastupuje na stejnou školu, ale opět do prvního ročníku. Situace v rodině je neúnosná. Matka se snaží dceři pomoci, otec se k dané situaci pokaždé staví jinak. Rodiče se domnívají, že jejich dcera užívá drogy. Domu chodí nad ránem nebo vůbec. Prokazuje se, že Zuzana užívá pervitin, příležitostně THC. Zprvu ho šňupala, poté přešla na nitrožilní aplikaci.

V září 2011 po dohodě s OSPOD rodiče usuzují, že je nutné vyhledat odbornou pomoc a umístit Zuzanu do zařízení. Nastupuje do diagnostického ústavu a střediska výchovné péče Praha Hodkovičky. Pobyt tam probíhal vcelku bez problémů a řadili ji mezi ty lepší. Za dobu jejího pobytu byl pouze jeden výchovný problém, kdy Zuzana měla být zaangažována do pokusu krádeže klíčů vychovatelky. Nebyl to její nápad, spíše se jen vezla. Vše se vyřešilo. Zuzany hlavní problém je, že je velmi snadno ovlivnitelná. Rodina s DÚ spolupracovala a jezdila na návštěvy. Otec se držel poněkud v ústraní. Zuzana o otce stojí a je zjevné, jak chce, aby jí otec pochválil. V Praze Zuzana setrvává necelé dva měsíce.

V listopadu 2011 rodiče Zuzaně nabízejí pobyt v terapeutické komunitě v CESTA Řevnice. Je to oddělení s výchovně léčebným režimem pro mládež ohroženou drogovou

závislostí. Zuzana souhlasí s tím, že domů se jí zatím nechce, jelikož si je vědoma toho, že by to nyní ještě nezvládla. Drogy už brát nechce a stojí o to, aby se vše spravilo. Uvědomuje si, že má oproti jejím kamarádkám doma zázemí. Zuzana považuje Řevnice za výhru a tvrdí, že jí to dalo doopravdy hodně. Důvodem nástupu bylo déletrvající užívání návykových látek a s tím spojené výchovné problémy. Rodina opět spolupracovala a přijela i na rodinné setkání, při kterém byla přítomna psychologka a osobní terapeut Zuzany. Z psychologického vyšetření se ukázalo, že Zuzana je průměrně inteligentní, optimistická, impulzivní, bez neurotických tendencí, oslovují ji stále nové věci. Je roztěkaná a má sníženou schopnost zvládat stres. Zdůrazňuje svobodné rozhodování a neomezovaný život. Intenzivní vnitřní prožívání u ní vede k výraznějším extravertním projevům. V průběhu léčebného programu projevovala prokazatelně svědomitost a velkou míru odhodlání. Klíčovým momentem byla u ní rodinná terapie. S otcem měli možnost si vše vyříkat a opět k sobě našli cestu. Celá rodina si po této skutečnosti byla skutečně blíže.

V polovině prosince 2011 je její pobyt ukončen a rodiče si Zuzanu odvázejí domů. Předběžné opatření bylo zrušeno, nyní má soudní dohled. Je domluveno, že bude navštěvovat Prevent v Českých Budějovicích. Vánoce proběhly v klidu a pohodě domova. Vrátila se zpět do školy a plní si své povinnosti. Společně s rodiči navštěvuje Prevent a účastní se rodinné terapie.

Současný stav:

V současné době je Zuzaně 18 let a je zletilá. Našla si přítele, který na ni má dobrý vliv. Neužívá pervitin. Stále žije u rodičů a jejich vztahy se zlepšili. Oba rodiče mají o Zuzanu zájem a snaží se jí být oporou. Vztah se svojí sestrou má lepší, než kdykoliv předtím. Vrátila se do školy a chce se alespoň vyučit. Našla si nové zájmy a jiný okruh přátel. Svým rodičům i své sestře je vděčná za jejich pomoc a podporu. V životě si vytyčila cíle, kterých by jednou chtěla dosáhnout.

Shrnutí:

V životě Zuzany vidím dva základní problémy. První problém je její nejbližší rodina. Respektive neshody ohledně Zuzančiny výchovy mezi matkou a otcem. Otec chtěl Zuzanu vychovávat autoritářským způsobem. Naproti tomu její matka ji spíše rozmazlovala a vše jí dovolila. Značnou roli v tom rozhodně sehrál fakt, že otec byl doma jen zřídka a matka byla na dceru téměř sama. Rovněž otcovo upřednostňování starší sestry a dávání jí jako vzoru není zrovna vhodný výchovný prostředek.

Další problém vidím v tom, že se Zuzana nechávala využívat od svých kamarádů, kteří ji vždy snadno strhli na svou stranu. Snažila se jim vyrovnat a zapadnout do party, proto začala s konzumací alkoholu a užíváním drog.

Motivace Zuzany byla poměrně velká a podpora ze strany rodiny taktéž, proto dosáhli značného pokroku. Rodinná terapie pomohla posílit vztahy uvnitř jejich rodiny. Vše společně zhodnotili a vyříkali si.

Kazuistika č. 2 - „Lukáš 25 let“

Rodinná anamnéza:

Lukáš se narodil do rodiny, která je spíše chudší a žije na pokraji životního minima. Žil na vesnici v rodinném domě. Matka i otec ukončili základní vzdělání.

Matka se narodila roku 1959 má základní vzdělání. Celý život byla ženou v domácnosti. Chodila jen na občasné brigády. Otec se narodil v roce 1958 a vyučil se jako zedník. Je bývalý horník v dole. Tuto práci vykonával do svých 45 let. Měl velmi pozitivní vztah k alkoholu. Jako horník v uranových dolech si otec Lukáše vydělával slušné peníze, ty ale z větší části propil. Na domácnost jim zbylo jen naprosté minimum. Nyní je v invalidním důchodu a jejich situace se nezlepšila. Lukáš má dva sourozence. Starší sestru, která už má vlastní rodinu a s původní přetrhala vazby. Také má o pět let mladšího bratra, který z domova taktéž odešel a nyní žije se svou přítelkyní.

V rodině byly patrné známky domácího násilí. Otec jeho i sourozence velmi často bil. Matku taktéž fyzicky napadal. Lukášova matka se nikdy neobrátila na příslušné úřady a nepožádala je o pomoc. S manželem žije doposud.

Osobní anamnéza:

Narodil se v roce 1988v Příbrami. Již od útlého věku vnímal, že mezi rodiči něco není v pořádku. Do školky nikdy nechodil, byl doma s matkou. Otec jeho i sourozence velmi nepřiměřeně trestal. Nechával je klečet v rohu místnosti i několik hodin. V pěti letech byl Lukáš zneužit svým příbuzným. Rodina k tomu zaujala negativistický postoj a situaci nějak neřešila. V současné době se s rodiči nestýká a přestěhoval se na jih Čech.

Sociální anamnéza:

Lukáš navazuje kontakt velmi špatně a ke svému okolí je nedůvěřivý. Je cholerický, roztěkaný a často řeší konflikty fyzickým aktem. Autority neuznává. Je neprůbojný a má nízké sebevědomí. Nemá žádné vyhraněné záliby, nikdy nechodil do žádného zájmového kroužku. Neví, co by ho v budoucnu bavilo a co by chtěl jednou dělat.

K drogám se uchýlil zejména proto, aby unikl před všemi problémy, které ho trápili. V minulosti byl Lukáš v psychiatrické léčebně, z které ovšem utekl a léčbu nedokončil. Vždy se k drogám vrátil.

Vývoj problému a léčba:

Matka Lukáše v dětství nezařadila do mateřské školky. Před nástupem do základní školy měl základní nedostatky v sociálních vztazích. Byl značně nevyzrálý, proto do základní školy nastoupil v sedmi letech. Tam měl značné problémy se svým sebeovládáním a několikrát fyzicky napadl svoje spolužáky. Ve škole měl problémy nejen s chováním, ale také s výukou. Neuznával autority a byl velmi agresivní. Ve výuce byl nepozorný, nesoustředěný a úkolům zaujal odmítavý postoj. Do školy chodil nepřipravený, úkoly nenosil. V průběhu základní školy několikrát utekl z domova. Sám se však vždy vrátil. S mírnými problémy základní školu ukončil.

Poté začal navštěvovat Střední odborné učiliště obor truhlář. Doma už nechtěl být ani chvíli, tak se odstěhoval na internát, který byl poblíž jeho školy. Na internátě se přidal ke svým vrstevníkům, kteří kouřili marihuanu a požívali alkohol. Netrvalo to dlouho a Lukáš začal marihuanu kouřit pravidelně. Za tu utratil veškeré svoje kapesné, které dostával. Na konci prvního ročníku přišel jeho kamarád s pervitinem. Lukáš v jeho užití našel uspokojení a únik od všech svých problémů, které měl doma. Cítil se po něm jako někdo jiný. Ze začátku ho užíval jen nahodile, ale po čase pervitinu podlehl. Užívání pervitinu vedlo nakonec k tomu, že nedokončil první ročník. Musel odejít ze školy i z internátu. Lukáš tedy nestudoval a vrátil se domů ke své rodině. Tam bylo ovšem vše při starém. Otec Lukáše začal napadat častěji, než tomu bylo dříve. Lukáš toto už nevydržel, proto z domova utekl a začal se živit drobnými krádežemi v obchodech. Živil se tím, že prodával drogy, zejména pervitin, který stále sám užíval. Přišel do kontaktu s lidmi, kteří se pohybovali na hraně zákona.

Bydlel ve starých neobydlených domech, kde nikdy nebyl sám. Celou tu dobu se živil krádežemi. Zejména pak vloupáním do různých objektů. Ukradené věci prodával v zastavárnách a z utržených peněz obstarával stále více drog, které sám užíval, ale také s nimi obchodoval. Takto tomu bylo až do doby, než mu bylo 23 let. Při jednom

vloupání do rekreačního zařízení byl následně zadržen Policií ČR. Poté byl odsouzen k trestu odnětí svobody na dobu 24 měsíců. Tento trest si v dnešní době stále odpykává. Ve vězení měl několik kázeňských prohřešků za napadení ostatních vězňů. Rodiče ho do vězení nikdy nepřišli navštívit. Dochází za ním pouze jeho sestra, která jako jediná se mu snaží pomoci v jeho vzniklé situaci. Po propuštění si ho chce vzít k sobě domů a pomoci mu v jeho závislosti na drogách. Chce, aby se šel léčit a poté si našel nějakou práci.

Současný stav:

V současné době je Michal ve výkonu trestu odnětí svobody. Chce se léčit v závislosti na drogách. Rodina s ním nechce mít nic společného a v jeho situaci ho vůbec nepodporuje. V začlenění do normálního života mu chce pomoci jeho starší sestra, která je mu velkou oporou. Do současné doby nikde nepracoval.

Shrnutí:

Při Lukášově výchově jednoznačně selhala rodina jako základní socializační činitel. Již od narození žil Lukáš ve velmi nestabilní a nepodnětné rodině. Jeho otec byl agresivní, fyzicky i psychicky napadal nejen jeho matku, ale i Lukáše samotného a jeho sourozence. Otec se pravidelně opíjel a v opilosti byl ještě mnohem agresivnější než obvykle. Matka nikdy nezasáhla a celou situaci nechala tak, jak přicházela.

Výrazný moment, který jednoznačně Lukáše ovlivnil a poznamenal ho na zbytek života, bylo zneužití ze strany příbuzného. Rodina se k situaci postavila chladně a Lukáš je dodnes nedůvěřivý vůči cizím lidem. Nikdy nebyl v péči psychologa.

Lukáš východisko celé své nelehké životní situace začal hledat v drogách. Na těch se stal postupem času závislý. Jeho závislost ho dovedla až k vyhození z učeliště a poté i do výkonu trestu odnětí svobody. Z kazuistiky je patrné, že Lukáš je v současnosti prakticky neschopný se začlenit do normálního běžného života.

Východisko z jeho situace bych spatřovala ve spolupráci jeho sestry, která je mu jako jediná oporou. Navrhovala bych, DROP – IN, kde by pomohli, aby se začlenil do normálního života, našel si bydlení a také nějakou práci.