UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

MARKÉTA SLUKOVÁ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

VLIV RODINNÉHO PROSTŘEDÍ NA VZNIK A VÝVOJ DROGOVÉ ZÁVISLOSTI

vedoucí práce – Doc. PhDR. Václav Břicháček

Praha 2006

Chci poděkovat vedoucímu práce Doc. PhDr. Václavu Břicháčkovi a také svému příteli Milanu Fikrlemu za pomoc a podporu, kterou mi poskytli při vypracovávání bakalářské práce.

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a souhlasím s jejím eventuálním zveřejněním v tištěné nebo elektronické podobě.

V Praze dne 21.6.2006 .....

podpis

Obsah

1. Úvod **1**

2. Teoretická část **3**

2.1. Vymezení základních pojmů **3**
2.1.1. Droga 3
2.1.2. Závislost 3
2.1.3. Závislost fyzická a psychická 4

2.2. Typy závislosti a typy drog **5**
2.2.1. Typy závislosti 5
2.2.2. Typy drog 6

2.3. Typy uživatelů **15**

2.4. Příčiny a faktory užívání drog **16**

2.5. Faktory a modely vzniku, vývoje a udržení drogové závislosti **17**
2.5.1. Prostředí jako faktor vzniku, vývoje a udržení závislosti 19
2.5.2. Rodinné faktory vzniku, vývoje a udržení závislosti 20
2.5.3. Faktory typické pro rodiny závislých 23
2.5.4. Rodinné faktory působící preventivně 25
2.5.5. Rodina jako faktor překonání závislosti 27

2.6. Kazuistika **28**

3. Empirická část **34**

3.1. Vymezení problému, předpoklady **34**
3.1.1. Vymezení problému 34
3.1.2. Předpoklady 34

3.2. Charakteristika souboru zkoumaných osob **35**

3.3. Výzkumná metoda, způsob sběru dat, způsob vyhodnocení **36**
3.3.1. Výzkumná metoda 36
3.3.2. Způsob sběru dat 37
3.3.3. Způsob vyhodnocení 39

3.4. Zjištění a výsledky **40**

3.5. Diskuze **46**

4. Závěr **49**

Seznam použité literatury **50**
Přílohy **52-55**

1. Úvod

Téma vliv rodinného prostředí na vznik a vývoj drogové závislosti jsem si zvolila, neboť se již delší dobu o téma závislosti osobně zajímám. Znám lidi, kteří s drogami experimentují a také znám také několik z těch, kteří jsou nebo byli na drogách závislí. Vždy mne zajímalo, jaké jsou důvody toho, že někteří drogám propadnou a jiní skončí ve fázi experimentu.

Myslím si, že v dnešní době je to téma často diskutované a jeho obraz v médiích mi mnohdy přišel poměrně zkreslený. Jistě je to zapříčiněno i tím, že se jedná o téma v naší společnosti poměrně „nové“, o němž se mohlo začít mluvit vlastně až po roce 1989. Předtím bylo toto téma , jako mnoho jiných, tabuizováno a pro většinu společnosti vlastně neexistovalo.

Životní styl naší společnosti se od roku 1989 značně změnil a to přineslo i změnu v oblasti užívání návykových látek a v oblasti přístupu k tomuto problému. V první polovině devadesátých let prudce vzrostlo zneužívání drog, které se u nás do té doby prakticky nevyskytovaly nebo jen v malé míře. Tento prudký nárůst problémů s nelegálními drogami v zemích střední a východní Evropy bývá označován jako odložená epidemie. „západní“ státy prožívaly tuto epidemii od 60 do 70. let a naučily se do určité míry rozumět tomuto problému a začaly vyvíjet úsilí o jeho zmírnění. I u nás se mezi odbornou veřejností začala tomuto problému věnovat značná pozornost a odvážím se tvrdit, že s dobrými výsledky.

Bohužel v obecném povědomí převládá stále názor, že ti, kdo se stanou závislí na drogách jsou již předem vždy nějak anomální nebo, že pocházejí z abnormálně špatného rodinného prostředí, a že „ normálních lidí se to vlastně netýká.“ Tento názor podle mne podporují stále ještě zkreslené informace podávané médii, neboť problém drog je velmi složitý a nelze informace o něm zjednodušovat, jak média s oblibou činí.

Jelikož se domnívám, že problém je složitější, chtěla bych se blíže podívat na to, jaké faktory ovlivňují vznik závislosti.

Blíže bych chtěla poznat především faktory rodinné, neboť si myslím, že rodina určitě silně působí na každého jedince a jeho vývoj a může tedy ovlivňovat do velké míry i to, jestli někdo propadne drogám či nikoliv. Zároveň je rodinné prostředí jedním z faktorů, které se dají snadněji analyzovat a posléze také ovlivnit než například faktory biologické a psychické.

Myslím, že je dobré pro možnost efektivní prevence i pro závislé a jejich okolí vědět, jakým způsobem se může rodina vztahovat k této oblasti.

Svou práci jsem rozdělila na dvě části: část teoretickou a část empirickou.

V teoretické části práce jsem se nejdříve zaměřila na vymezení základních pojmů, které se týkají problematiky závislostí a dále jsem dle dostupné literatury zpracovala teorie, které se týkají vlivu prostředí , a to především prostředí rodinného, na vznik a vývoj drogové závislosti.

V empirické části jsem provedla výzkum zaměřený na vliv rodinného prostředí na vznik závislosti. Při tvorbě hypotéz jsem vycházela z teorií popsaných v teoretické části práce. K provedení výzkumu jsem zvolila Centrum metadonové substituce Drop In, kde mi vyšli ochotně vstříc.

2. Teoretická část

2.1 Vymezení základních pojmů

2.1.1 Droga

Pro vymezení orientačního rámce problematiky drog a drogových závislostí bych chtěla nejdříve vysvětlit několik základních pojmů. Co je tedy droga?
Někteří posuzovatelé pokládají za drogu vše, co už ve svých potřebách uspokojený organismus nepotřebuje. Může jít o jídlo, pití, ale i například sexualitu, pracovní činnost , či hobby. Je nepochybné, že se s fenoménem takovýchto závislostí setkáváme (např. workoholismus), ovšem z medicínského hlediska se za drogu považují látky ovlivňující činnost organismu.
Komise znalců Světové zdravotnické organizace(SZO) přijala a v r. 1969 publikovala tuto definici: „ Droga. Jakákoliv látka (substance), která, je-li vpravena do živého organismu, může pozměnit jednu nebo více jeho funkcí.“ Tato definice zahrnuje všechny substance, které mají i nemají přiznané postavení léků, působí či nepůsobí přímo na centrální nervovou soustavu, jsou přírodní nebo syntetické. Urban(1976).

2.1.2 Závislost

O závislosti můžeme bezpochyby hovořit o jako o onemocnění. Důkazem tohoto tzv. medicínského modelu závislosti bylo zařazení závislosti na alkoholu a na tzv. jiných návykových látkách do Mezinárodního klasifikačního systému onemocnění. Podle MKN-10. revize, která u nás platí od roku 1992 je syndrom závislosti „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 brát psychoaktivní látky (které mohou avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Syndrom závislosti může být přítomen pro určitou látku například heroin, třídu látek např. opioidy nebo širší řadu různých látek.“ Mezinárodní klasifikace dále uvádí, že definitivní diagnóza závislosti by se měla

stanovit pouze tehdy, jestliže během posledního roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- silná touha nebo pocit puzení užívat látku
- potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky
- somatický odvykací stav, jestliže je látka užívána s úmyslem zmenšit jeho příznaky, což je zřejmé z typického odvykacího syndromu pro tu kterou látku nebo z užívání stejné (nebo velice příbuzné) látky se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky,
- průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látky, aby se dosáhlo účinků, původně vyvolaných nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců závislých na opiátech a alkoholu, 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 psychotropní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo k zotavení z jejího účinku,
- pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: např. poškození jater požíváním alkoholu, depresivní stavy z nadměrného užívání látek nebo toxické poškození jater.

Závislost se může vztahovat na jednu látku, na skupinu látek nebo na široké spektrum uvnitř skupiny látek.

2.1.3 Závislost fyzická a psychická.

Je třeba ještě doplnit, že závislost můžeme dělit na fyzickou (somatickou) a psychickou, i když tělesné a duševní se od sebe někdy těžko odlišuje. **Fyzická závislost** je charakterizována tím, že organismus si na přísun drogy po nějaké (zpravidla delší) době zvykne a jestliže se mu jí potom určitou dobu nedostává, reaguje poruchou- abstinenčními příznaky.

S tím souvisí další termín: **odvykací (abstinenční) syndrom.** Jedná se o soubor příznaků (např. slzení, pocení, zvýšená teplota, třes, zvracení, nespavost, úzkost, průjem, zácpa, epileptický záchvat apod.), které se vyskytnou po vysazení dávky drogy. Odvykací příznaky u fyzické závislosti bývají někdy i dosti dramatické a je třeba pomoci závislému v detoxikačních centrech, která se na to specializují. Fyzický abstinenční syndrom se objevuje jen u některých drog(opiáty, alkohol, barbituráty..). Jiné drogy (např. stimulancia) tělesné

odvykací potíže nevyvolávají, nicméně i u nich lze mluvit o odvykacím syndromu psychickém.

Psychická závislost se projevuje především různou mírou bažení po droze(tzv. craving) a někdy obtížemi jako úzkost, neklid, podrážděnost, agresivita, vyčerpanost, deprese apod. při její nepřítomnosti v organismu.

Kvůli nepřítomnosti fyzických odvykacích příznaků bývá psychická závislost někdy mylně chápána jako méně důležitá, avšak je třeba říci, že většina odborníků se shoduje na tom, že psychická závislost je v podstatě vážnější složkou závislosti než složka tělesná, které se lze zbavit relativně krátkodobou detoxikací a u některých typů závislosti může být jediným faktorem, který vede k opětovnému užívání drogy.

Craving- V MKN 10 se o cravingu hovoří jako o „ silné touze nebo pocitu puzení užívat látku.“ Craving můžeme opět rozlišovat na tělesný (vznikající při odeznívání účinku návykové látky nebo bezprostředně po něm) a psychický (objevuje se i po delší abstinenci) .

Se závislostí souvisí také pojem **tolerance**. Jde v podstatě o přizpůsobení se organismu určitému množství drogy, takže stejná dávka vyvolává subjektivně nižší účinek. To vede k nutnosti zvyšovat dávky drogy potřebné k dosažení očekávaného efektu. Zvyšování tolerance je typické hlavně u závislosti na opiátech, ale nacházíme jej i např. u stimulancií, kdy je třeba aplikovat drogu v častějších intervalech.

2.2 Typy závislosti a typy drog

2.2.1 Typy závislosti

V MKN-10 jsou uváděny tyto typy závislosti na návykových látkách:

1) **F10.2. - závislost na alkoholu**
2) **F11.2. - závislost na opioidech**
3) **F12.2. - závislost na kanaboidech**
4) **F13.2. - závislost na sedativech a hypnotikách**
5) **F14.2. - závislost na kokainu**
6) **F15.2. - závislost na jiných stimulanciích, včetně kofeinu a pervitinu**
7) **F16.2. - závislost na halucinogenech**
8) **F17.2. - závislost na tabáku**

9) **F18.2. - závislost na organických rozpouštědlech**
10) **F19.2. - závislost na několika látkách nebo jiných psychoaktivních látkách**

2.2.2 Typy drog

Drogy lze dělit podle různých kritérií.
-Podle postoje společnosti na **legální a nelegální.**
-Podle míry rizika, hlavně v souvislosti s potenciálem vzniku závislosti na drogy
měkké a tvrdé(v Holandském pojetí s akceptovatelnou mírou rizika, s neakceptovatelnou mírou rizika).
- Podle dělení, které směšuje více hledisek(účinek, účinná látka, surovina, fyzikální vlastnosti)

Toto dělení se objevuje například v Kalinovi(2003). Jako další zdroj jsem použila webové stránky www.drogy-info.cz. Drogy se tedy dělí na:

1) **Opioidy a opiáty**
2) **Stimulancia**
3) **Konopné drogy**
4) **Halucinogenní drogy**
5) **Léky vyvolávající závislost**
6) **těkavé látky**
7) **alkohol**

1) **Opioidy a opiáty**

a) Zástupci: Heroin (diacetylmorfin), kodein, braun (směs derivátů kodeinu), opium, morfin, methadon(syntetický opiát, který se používá hlavně při léčbě závislostí na jiných opiátech).
Opioidy, které se v lékařství používají jako nejsilnější léky proti bolesti, ovlivňují organismus prostřednictvím opioidních receptorů. Ovlivňují také tvorbu endogenních opioidů, které se přirozeně vyskytují v těle. Tyto látky (endorfiny, enkefaliny) se do těla vylučují například při fyzické námaze, pohlavním styku, radosti apod. a vyvolávají velmi příjemné pocity.

Nejvíce užívanou drogou této skupiny je u nás heroin, který vytlačil dříve „ populární “ braun. Prodává se ve formě hnědého či bílého prášku a lze jej aplikovat kouřením, inhalací z aluminiové fólie, šňupáním nebo injekční cestou, zpravidla nitrožilně.

b) Účinky: Účinky závisí na velikosti a čistotě dávky, na dřívějších zkušenostech, prostředí, ve kterém se droga bere, i na způsobu aplikace; toto se týká i všech ostatních drog. Opiáty navozují příjemný pocit blaha a uvolnění, lhostejnost k problémům, ale mohou také vyvolat podrážděnost a zvracení.

c) Rozvoj závislosti: Na opiátech se vytváří kromě psychické závislosti, která se projevuje jako ztráta kontroly nad užíváním a neovladatelné dychtění (craving) po droze, také silná závislost tělesná (somatická). Fyzickým projevem závislosti je vznik abstinenčního syndromu a vzestup tolerance a tím i potřeba stále vyšších dávek.

d) Rizika: „ Při chronickém abusu je nejvíce postižena oblast charakterových vlastností, intelekt bývá nepostižen, dochází k etické degradaci individua.“ Kalina(2003). Závislý ztrácí zájem o okolí, o práci, o sociální kontakty a veškerou zbylou energii věnuje na získání dávky. Dochází k sociální degradaci a ke kriminalitě (krádeže, prostituce). Další rizika plynou z možnosti předávkování a z injekčního způsobu aplikace drogy : nákaza HIV a hepatitidou typu C, záněty žil, trombóza apod.. Dochází také k ovlivnění fungování imunitního systému.

2) Stimulancia

a) Zástupci: Psychostimulancia (psychoanaleptika, psychomimetika) jsou látky různé chemické struktury, jejichž hlavním účinkem je stimulace CNS. Mechanismus působení spočívá v ovlivnění vylučování neuromediátorů dopaminu, noradrenalinu a serotoninu na synapsích v CNS. řadí se mezi ně kokainové drogy (koka, kokain, crack), amfetaminy (benzedrin, dexedrin), jejich derivát pervitin (metamfetamin), na pomezí mezi touto skupinou a halucinogeny stojí MDMA (extáze). Nejrozšířenější drogou z této skupiny je v ČR pervitin (perník, péčko, piko, peří), který se zde také vyrábí. Aplikuje se ústy, šňupáním nebo nitrožilně. Nachází se ve formě bílého krystalického prášku, v ne úplně čistém stavu může být mírně zabarven například do žluta.

b) Účinky: Hlavním účinkem stimulancií je zlepšení nálady, potlačení únavy a hladu, celkové zrychlení psychických procesů, zjitřená představivost, zvýšení sebevědomí, uvolnění zábran.. Vesměs vyvolávají pocity euforie, síly a energie, jehož mechanismem zřejmě je snížení odbourávání přenašečů nervových vzruchů v mozku. Po odeznění účinku následuje tzv. „dojezd“, který se projevuje velkou únavou, vyčerpáním, hladem, depresivitou.

Při jejich častém a déletrvajícím užívání dochází k narušení psychiky. Tento účinek je mezi uživateli této skupiny drog dobře znám pod pojmem „stíha“ Podkladem je rozvoj toxické psychózy tj. psychické poruchy, projevující se paranoiou a mimořádně trýznivými paranoickými halucinacemi.

c) Rozvoj závislosti: Na stimulanciích se nevytváří tělesná závislost, ale „ jen“ závislost psychická., která se vyznačuje především dychtěním (cravingem) po droze. U stimulancií je riziko vzniku závislosti značné a také se zvyšuje tolerance pro dosažení stavu euforie.

d) Rizika: Sociální rizika u stimulancií jsou stejná jako u opioidů: ztráta zájmu o dřívější život a redukce zájmů na shánění a užívání drogy.

Další problém představuje již zmíněná tolerance: uživatel musí postupně svou dávku zvyšovat, aby tak dosáhl euforie. Vzhledem k tomu, že nikdy nezná koncentraci látky, a vzhledem k tomu, že klasickým způsobem užívání stimulancií jsou několikadenní „tahy“, může dojít k neúmyslnému předávkování a ke smrti, jejichž příčinou bývá zejména srdeční selhání, otoky plic a mozku. Při dlouhodobém užívání dochází také k celkovému vyčerpání organismu, nápadnému hubnutí, sešlosti. Další rizika plynou z nitrožilní aplikace drogy(viz. opiáty). Mezi psychická rizika užívání patří halucinace, strach, neklid, deprese, sebevražedné tendence a již zmíněná toxická psychóza, jako následek chronického užívání mohou vznikat organické mozkové psychosyndromy doprovázené demencí. Z tzv. „tvrdých drog“ je v Čechách nejrozšířenější právě pervitin, i když v Praze a některých regionech již zaujímá první místo heroin. Kalina(2003).

3) Konopné drogy

a) Zástupci: Jsou zneužívány především dvě základní formy drogy: marihuana (tráva, apod.) a hašiš (haš, čokoláda, apod.). Účinná látka ovlivňující psychiku je THC (delta-9-tetrahydrokanabinol).

„Marihuana“ je název pro květenství a horní lístky z konopí. Venkovně pěstovaná marihuana domácí produkce se dle oblasti svého původu pohybuje v mezích 2-8% obsahu aktivních látek, zahraniční pak někde v rozmezí 6-14%. Hašiš je konopná pryskyřice, obvykle obsahující malý obsah květenství a drobných nečistot. Barvu má tmavě zelenou, spíše přecházející do tmavě hnědé (dle čistoty). Obsah aktivních látek může být až okolo 40%.

Konopné drogy jsou užívány především kouřením. V menším měřítku se objevuje také perorální užití obvykle jako součást pokrmů či nápojů nejrůznějšího druhu.

b) Účinky: Neurobiologickým mechanismem účinku THC je jeho vazba na kanabinoidní receptory v mozku. Mezi zcela nejcharakterističtější účinky konopných látek lze řadit sucho v ústech, jemný pocit chladu a hlad, deformace ve vnímání času. Většinou je intoxikace doprovázena stavem lehké euforie a příjemné nálady, která občas může přejít do bouřlivého a nezadržitelného dlouhého smíchu. Agresivní či depresivní rozlady, stejně tak jako panické a úzkostné stavy (tzv.“bad trip“) se objevují výjimečně a většinou spíše u osob k tomu různým způsobem disponovaných. Ne zcela ojediněle se může intoxikace konopím projevit nevolností až zvracením. Někdy může dojít k plynulému přechodu od „žádoucích“ účinků k nežádoucím.

Kanabinoidy mají mimo psychotropního efektu i další zajímavé a potenciálně využitelné vlastnosti. Analgetický vliv spolu s efektivním potlačením nevolnosti a zvracení je již od roku 1991 využíván i terapeuticky při zvládání těchto obtíží u AIDS a chemoterapii nádorových onemocnění.

c) Rozvoj závislosti: V centrech pro léčbu závislosti se nesetkáme se závislými na konopných drogách, nicméně většina odborníků zastává názor, že riziko psychické závislosti zde existuje (Nešpor 1996, Presl 1994, Kalina 2003). Dodnes je celkem rozšířený názor o konopných drogách jako o tzv. “vstupních drogách“ do světa tvrdých drog. Tento názor však mnoho odborníků, např. Presl (1994), Kalina (2003) v současné době zpochybňuje.

d) Rizika: Konopné drogy jsou rizikové hlavně vysokým obsahem rakovinotvorných látek, které se uvolňují při kouření, oslabují imunitní systém, velké nebezpečí hrozí osobám se slabým srdcem a vysokým krevním tlakem**.**

Při velmi častém, nadměrném a dlouhodobém užívání se dostavují jemné poruchy některých kognitivních funkcí. Jedná se zejména o zhoršení v oblasti krátkodobé paměti a schopnosti soustředit se. U predisponovaných osob, tedy osob s vytvořenou či vrozenou dispozicí může dojít k rozvoji velmi intenzivních, hlubokých depresivních stavů či stavů úzkosti a napětí. Ty mohou při vystupňování přejít až do panického stavu, kdy hrozí nebezpeční sebepoškození či naopak agrese k okolí. Občas se to může stát při nepřipravenosti k požití velmi vysoké dávky. V případě delšího přetrvávání těchto stavů je nutné posouzení psychiatrem. Zde se častěji jedná o provokaci latentního duševního nemocnění, kde konopí může sehrát úlohu spouštěcího mechanismu (podobně jako v případě rozvoje dlouhodobé hluboké deprese, pokračující i po odeznění intoxikace). K tomu může dojít i při jednorázové první zkušenosti s touto drogou a toto riziko patří pravděpodobně k nevýraznějším. Neexistuje totiž možnost kvalifikovaně předvídat, u koho nenastane a u koho ano.

4) Halucinogenní drogy

a) Zástupci: Do skupiny halucinogenních drog patří několik stovek různých látek. Obecně je lze rozdělit do tří základních skupin:

• přírodní halucinogenní drogy rostlinného původu a z hub (např. mezkalin, durman, psilocybin atd.)

• přírodní halucinogenní drogy živočišného původu (např. bufetenin)

• semisyntetické a syntetické, tj. poloumělé a umělé halucinogenní drogy (např. LSD a PCP – „andělský prach“)

U nás se nejčastěji setkáváme s užíváním psylocibinu a LSD.

Psylocibin- (C12H17N2O4P) je psychicky velmi aktivní látkou obsaženou v houbách rodu Lysohlávek. Ty se běžně vyskytují na velké části území ČR . Na černém trhu se většinou objevují sušené části houby, většinou pouze klobouky. Zatímco černý trh s jinými drogami má relativně ustálený charakter, nedá se totéž říci o lysohlávkách. Jejich cena je velmi kolísavá a z větší části se jedná spíše o darování či výměnu, nežli prodej. Dostupnost této houby je poměrně vysoká díky jednoduchému sběru a sušení. Množství aktivní látky v houbě nelze odhadnout, což s sebou přináší velké riziko spojené s kontrolou intoxikace.

LSD- (C20H25N3O) , LSD-25 (d-lysergic acid diethylamide) se na našem současném černém trhu objevuje téměř výhradně ve formě tzv. tripů či krystalů. V první případě se jedná o malé papírové čtverečky s potiskem různých symbolů. Ve druhém případě pak jde o malé granulky většinou tmavomodré či zelené barvy.

b) Účinky: Účinky obou látek (LSD a psilocybinu) si jsou vzájemně velmi podobné. Po krátkém období latence (řádově několika minut až jedné hodiny) se objevují první příznaky intoxikace. Nástup i účinky jsou velmi závislé na množství požité látky, její čistoty a individuální citlivosti vůči jejímu účinku. Nástup bývá doprovázen pocity mírného chvění, neschopnosti ovládat pohyby, někdy pocity závratě či nevolnosti.. Celková délka intoxikace se v závislosti na požité dávce pohybuje mezi 4-8 hodinami, jen výjimečně déle. Neurobiologické mechanismy účinku halucinogenních látek v mozku souvisejí s jejich vlivem na specifické serotonergní receptory. Ve vazbě na tyto receptory působí jako agonisté a antagonisté serotoninu a dopaminu. U nižších dávek je charakteristický výskyt iluzí a pseudohalucinací. Typický je výraznější sklon k ornamentalizaci, zvýšené citlivosti k prostorovému vnímání a vnímání barev. Častý je výskyt barevných kaleidoskopických obrazců. V drtivé většině případů je intoxikace doprovázena pocity mírné euforie, dobrou

náladou, někdy přecházející až v nabuzený extatický stav. Někdy ale také dochází k objevení nepohody, úzkosti, občas též k depresi.

c) Rozvoj závislosti: O závislosti klasického typu zde nelze mluvit. Existují však jiná rizika způsobená užíváním halucinogenů.

d) Rizika: Vyšší dávky látky mohou navodit intenzivní halucinatorní stav bez možnosti ovlivnění vůlí, což osoby se silnou potřebou kontroly a sebekontroly mohou vnímat velmi negativně. Tímto mechanismem může dojít k výskytu tzv. bad tripu. Vysoké dávky mohou způsobit výraznější poruchy myšlení, zvýšenou vztahovačnost až paranoiditu, doprovázenou poruchami paměti, úsudku a pozornosti. Velmi zajímavými a potenciálně rizikovými jevy jsou depersonalizace a derealizace. Depersonalizace (odosobnění) může být prožíváno tělesně jako pocit ztráty citlivosti v části či celém těle (v extrémním případě ve spojení s halucinacemi může dojít k pocitu chybění končetiny apod.), dále duševně například pocitem ztráty schopnosti empatie (vcítění), vřelých pocitů, lásky, nenávisti apod. Derealizační pocity pak mohou navodit stav úplného odcizení vlastního těla a prožívání a vést postupně až k situaci, kdy intoxikovaný sám sebe vnímá jako „divák“ - pozorující postavu v kině, a má dojem naprosté neúčasti na tom, co se děje okolo něj.
Celkový ráz a průběh intoxikace je velmi nepředpověditelný a kromě vlivu samotné látky se na průběhu a charakteru stavů podílí celkové „nastavení“ jedince (set), očekávání, únava, individuálně odlišná citlivost a mnoho dalších faktorů, z nichž každý může stavy během intoxikace velmi zásadně změnit. Vedle toho pak je výzkumně prokázán značný (s jinými drogami nesrovnatelný) vliv tzv. „settingu“, tedy místa, prostředí kde je droga užívána (s kým, kde, jak, proč, hudba, znalost prostředí a jeho příjemnost atd.). O halucinogenních látkách se traduje, že co do účinku patří k nejméně předpověditelným drogám.
Hlavním rizikem u této skupiny drog je stejně jako u konopných drog je jejich nepředpovídatelný účinek na psychiku predisponovaných osob, u kterých může vlivem halucinogenů dojít ke spuštění různých psychických poruch(viz. konopné drogy).
Dalším rizikem je riziko tzv. flashbacku, kdy se dostavuje pocit jako po požití drogy, i když droga nebyla aplikována.

4) Léky vyvolávající závislost:

a) Zástupci:

Analgetika (Acylcofin, Coldres, Dinyl, Korylan, Alnagon, Morfin, Dolsin,
Kodein, Bephronal, Temgesic, Subutex)

Sedativa (Bellaspon)

Hypnotika (Nitrazepam, rohypnol, Hypnpogen, Stilnox)

Anxiolitika (Neurol, Xanax, Radepur, Lexaurin, Elenium, Diazepam, Meprobamat)

Ostatní (Fenmetrazin, Ritalin, Adipex retard, Solutan, Codein, Kodynal, Ipecarin, Diolan)

b) Účinky: Hlavním společným účinkem analgetik, sedativ, hypnotik a anxiolytik je útlum centrální nervové soustavy (CNS). Po jejich užití dochází k postupující ospalosti, otupělosti, celkovému útlumu s rozmazanou blábolivou řečí. Může dojít k ataxii, vyhasínání reflexů a při předávkování až k hlubokému bezvědomí – kómatu.

c) Rozvoj závislosti: Chronické užívání vede k psychické a somatické závislosti a to i u uživatelů, kteří ji dostávají jako lék na lékařský předpis. Pokud má uživatel obvyklou dávku své drogy, svého léku, nemusí se to nijak výrazněji projevit, pokud nepřekročí svoji toleranci. Při chybění léku-drogy se objevuje odvykací syndrom charakterizovaný neklidem, nespavostí, zvýšenou mrzutostí až agresivitou, případně zvýšením nebo znovuobjevením bolestí, zejména po vysazení opioidních analgetik. Objevují se bolesti svalů, křeče, průjem, třes, piloerekce. Zneužívání léků a závislost na nich je známá u mladistvých a mladých pacientů, ale nejvíce postižených je ve středním, případně vyšším věku, podobně jako je to u pacientů se závislostí na alkoholu.

d) Rizika: Při vysazení vysokých dávek např. benzodiazepinů a některých hypnotik se může objevit odvykací syndrom ohrožující život (může zahrnovat např. epileptické záchvaty). Dalšími riziky jsou duševní poruchy, nepříznivý účinek na paměť a úsudek, poruchy myšlení a orientace. Podobně jako u jiných drog se při škodlivém užívání v těhotenství zvyšuje riziko poškození plodu.

Lékové závislosti se dosti podceňují a pokládají se za méně problematické ve srovnání se závislostmi na jiných drogách. Jsou však velmi úporné a obtížně léčitelné. Dalším problémem je, že dlouho probíhají skrytě (jde prakticky o jedinou závislost, která nemá své společenství, skupinové rituály atd.) a často za podpory rodiny a zdravotnického systému.

6) Těkavé látky

a) Zástupci: Mezi těkavé látky, zneužívané jako omamné a psychotropní látky (inhalační drogy), patří některá rozpouštědla, ředidla a lepidla, ale i plynné látky - například éter a rajský plyn.

Nejrozšířenějším zástupcem této skupiny drog v ČR je **toluen -** rozpouštědlo a ředidlo, zejména laků. Dále sem patří **trichlorethylen-** jedovatá kapalina sloužící zejména jako všestranné rozpouštědlo, užívané na některých průmyslových pracovištích. Bývá zneužíváno zaměstnanci jako inhalační droga způsobující euforii. Užívání mimo průmyslová pracoviště se rozšířilo zejména na začátku 70. let. Uživateli byli hlavně žáci základních škol ve věku od 13 let. Dalším zástupcem je **rajský plyn** (oxid dusný) – plyn, který se používá ke krátkodobým narkózám. Zneužívá se inhalací z tlakových lahviček pro výrobu šlehačky nebo z nafukovacích balónků, ze kterých je vdechován. Účinek se rychle vytrácí. Při vdechování z lahve může dojít ke spálení dýchacích cest mrazem, který vzniká při rychlém odpařování oxidu dusného. Další zneužívané těkavé látky jsou **aceton, éter, benzin.**

b) Účinky: Jednotlivé prchavé látky se od sebe liší chemickým složením, způsobem účinku a klinickým obrazem. Společným znakem po užití je ovlivnění CNS, které se projevuje euforií, většinou s útlumem, mohou se objevit zrakové a sluchové halucinace. Při inhalaci toluenu se dostavuje velmi rychle pocit euforie, poruchy vnímání provázené živými, barevnými halucinacemi, dochází k útlumu, ke spánku, k poruchám vědomí. Účinek inhalace toluenu se dostavuje během několika minut a je krátkodobý - odezní během několika desítek minut, pokud inhalace neprobíhá dál nebo se neopakuje. Ke zvýšení účinku si někteří uživatelé přetahují přes hlavu plastový pytlík, pod kterým inhalují. Tento způsob aplikace přináší zvýšené riziko úmrtí .

c) Rozvoj závislosti: Toluen vyvolává silnou psychickou závislost, někteří uživatelé inhalují toluen prakticky denně. Somatická závislost není zaznamenána. Po vysazení drogy se neobjevuje syndrom z odnětí, ale uživatel se vrací k užívání pro silný craving (bažení).

d) Rizika : K úmrtí může dojít již při prvním experimentálním užití. Většinou však dochází k úmrtí u uživatelů až po dvacátém roce.

Při delším užívání dochází k celkovému otupění, "hloupnutí", poruchám emotivity a chování, zejména k afektivní labilitě, agresivitě, ztrátě zájmů a výkonnosti. Jde o organický psychosyndrom, daný toxickým působením zneužívané látky na mozkovou tkáň. Trvalé poškození mozkových struktur může zůstat dlouhou dobu utajeno, protože se projeví jen za některých nepříznivých okolností. Uživatel pak začne neadekvátně reagovat, může dojít k

nečekané agresivitě. Často dochází i k toxickému poškození jater a ledvin, k dalším komplikacím patří poleptání dýchacích cest, případně aspirační pneumonie.

7) Alkohol

a) Zástupci: Alkohol (chemicky etylalkohol, etanol C2H5 -OH) vzniká chemickým procesem kvašení ze sacharidů – buďto z jednoduchých cukrů, obsažených v ovoci (nejčastěji plody vinné révy) nebo z polysacharidů z obilných zrn nebo brambor. Vyšší koncentrace se dosahuje destilací.

b) Účinky: Psychoaktivní účinky alkoholu závisí zejména na množství (dále též na formě a způsobu užití) požitého alkoholického nápoje a mají komplexní charakter. Na výsledném bezprostředním efektu (projevech chování) se podílejí vedle biologických (osobní dispozice, kondice, zdravotní stav) také psychologické vlivy (anticipace účinku, očekávaný efekt) a vlivy sociální (působení prostředí, ve kterém dochází k pití, včetně působení společnosti, dalších osob). Škodlivé užívání je způsob užívání alkoholu, který vede k poškození zdraví, předcházející většinou několik let vlastní závislosti na alkoholu. Dochází k somatickému poškození, jehož známky mohou upozornit např. praktického lékaře, že jeho pacient má zdravotní potíže, způsobené chronickým abúzem alkoholu.

c) Rozvoj závislosti: Škodlivé užívání se může postupně vyvinout v závislost. Přechod od škodlivého užívání k závislosti na alkoholu probíhá většinou poměrně nenápadně, typické pro vývoj závislosti jsou „postupné“ změny („postupné zvyšování tolerance vůči alkoholu“, „postupná ztráta kontroly užívání alkoholu“, „postupné zanedbávání jiných potěšení a zájmů“). Současně dochází (zpočátku většinou rovněž nenápadně) ke změnám v myšlení a chování, které se postupně mohou fixovat a způsobit osobnostní změny. Příznakem rozvinuté závislosti bývá výrazná změna tolerance vůči alkoholu, následovaná výskytem odvykacích příznaků např. v podobě „ranních doušků“ (resp. potřeby odstranit symptomy nastupujícího odvykacího stavu doplněním hladiny alkoholu vzápětí po probuzení) a poruchami paměti (tzv.“okénka“).

Pro vývoj tolerance na alkohol je charakteristické, že s rozvojem závislosti dochází zpočátku k jejímu zvyšování **.** Postupně však dochází naopak k výraznému snížení schopnosti rychle a účinně metabolizovat alkohol – snížení tolerance, při kterém i malé množství vypitého alkoholu vyvolá u postiženého rychle příznaky těžké opilosti.

c) Rizika: Při pravidelné konzumaci vyšších dávek (20-60g) může docházet k řadě vážných zdravotních potíží. Přitom pravidelná denní konzumace alkoholu již v dávkách (přepočteno na

100%ní alkohol) vyšších než 18g u žen a 20g u mužů sebou nese riziko návyku a posléze závislosti na alkoholu. Tělesná poškození alkoholem se mohou týkat prakticky všech částí lidského organismu. Časté je poškození trávícího systému, jater, vysoký krevní tlak, u mužů poruchy sexuálních funkcí, u žen poškození plodu. Objevují se alkoholová epilepsie a nemoci periferních nervů. U destilátů je riziko otravy alkoholem. Zhoršuje se průběh mnoha běžných onemocnění, např. cukrovky nebo vysokého krevního tlaku, a zvyšuje se riziko zhoubných nádorů.

Z psychických komplikací se objevují poruchy emocí, vnímání, myšlení, agresivita,deprese, delirium tremens či tzv. alkoholické psychózy.

2.3 Typy uživatelů

Ne každý, kdo užívá drogy, musí být automaticky na droze závislý, jak se tvrdilo dříve. Stejně tak neexistují drogy, na nichž by vznikala závislost již po první dávce, i když se to někdy stále ještě, hlavně mezi laickou veřejností, tvrdí.

Ke vzniku závislosti dochází postupně a vzniklé psychosomatické změny demonstrující závislost se objevují krok za krokem.

Každé závislosti předchází fáze experimentování, která může být různě dlouhá a po které může, ale nemusí nastat závislost. Nejčastějšími důvody uváděnými jako přímý podnět pro experiment s drogou jsou tyto:

-zvědavost, nuda

-zvýšení výkonnosti

-zlepšení nálady, odsunutí problémů, únik z bezvýchodné situace

-snaha upozornit na sebe, obstát v partě

-touha po transcendentním zážitku

Kalina(2003) uvádí tato základní rozdělení uživatelů drog:

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

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

Pravidelní uživatelé: Pravidelnost(tj. užívání častější než 1x týdně) implikuje již nejen životní styl, ale jistý škodlivý účinek ve stupni závislém na užívané látce. Můžeme hovořit o „ škodlivém užívání “ podle MKN-10 13.

Problémoví uživatelé: Podle EMCDDA je problémové užívání definováno jako intravenózní užívání drog (IUD) a/nebo dlouhodobé a pravidelné užívání opiátů, kokainu a drog amfetaminového typu. Do pojmu „ problémové užívání“ se nezahrnuje užívání extáze a konopí.

Závislí: Uživatelé splňující diagnostická kritéria syndromu závislosti- často, ale ne vždy jde zároveň o „ problémové uživatele“. Pojem „ toxikoman“ dnes již z odborné terminologie mizí.

2.4 Příčiny a faktory užívání drog

Na otázku, proč a jak vzniká drogová závislost neexistuje jednoduchá odpověď. Jde vždy o souhrn celé řady faktorů, které působí na toho kterého konkrétního jedince. K vysvětlení vzniku závislostí existuje celá řada teorií a přístupů, z nichž uvedu jen některé.

1. Sociokulturní přístup:

Tento přístup vidí příčinu užívání drog hlavně v tom, že člověk žije ve špatných a stresujících socioekonomických podmínkách. Mnoho studií prokazuje, že v oblastech s vyšší nezaměstnaností je vyšší výskyt alkoholismu. Stejně tak ve společenských vrstvách s nižší socioekonomickou úrovní je větší výskyt uživatelů drog. Dále se zde poukazuje na spojitost, která poukazuje na vyšší míru užívání drog v rodinách a společenstvích, kde je toto chování tolerováno nebo akceptováno.

2. Biologický přístup:

Existují také modely biologické, které vycházejí z představy, že určitý jedinec je biologicky „ nastaven“ na určitou drogu a jestliže se s touto drogou setká, následuje závislost. Tyto teorie byly postupně různým způsobem modifikovány.

3. Psychologické přístupy:

Například přístup behaviorální pracuje s pojmem odměňování, kdy odměna nebo trest mají větší vliv na chování a zvyšují možnost opakujícího se způsobu chování tím více, čím rychleji

se dostaví účinek. Znamená to, že nepříjemné průvodní projevy při užívání drog psychologicky nevyváží uspokojení po požití drogy. Také se uvádí, že při užívání drog a následné závislosti může hrát roli i klasické podmiňování.

Existují také modely, které jako základní faktor působící vznik závislosti udávají určitou specifickou souhru okolností, bez které by závislost nevznikla. Tato souhra okolností spojená s přítomností určité drogy působí na organismus určitého jedince tak silně, že vzniká závislost.

Jako poslední bych chtěla ještě uvést tzv. pojmový model Stantona a Toda (viz Presl: Drogová závislost str. 47). Je to jeden z modelů, které jako základ závislosti vidí učení nežádoucích postojů především v primární rodině. Hovoří se zde o toxikománii jako o součásti cyklického procesu, zahrnujícího zpravidla toxikomana a jeho rodiče. Tito lidé tvoří vzájemně závislý systém. Mohou nastat situace, které tento systém ohrožují- například vážné problémy mezi rodiči. Když k takové situaci dojde, může se zaktivizovat i chování potomka, který experimentuje s drogami. Pozornost se pak soustředí na něho a umožní nevěnovat se jejich vlastním manželským problémům a vlastně takto manželskou krizi zažehnat. Potomek posléze začne chovat zodpovědněji, tím však vysílá signál, že by se mohl stát nezávislým a ponechat tak rodiče jejich problémům. Tím se zvyšuje napětí, objevují se problémy a drogová situace se následně zhoršuje. Cyklus se uzavírá.

Uvedené modely vzniku a vývoje drogové závislosti nejsou jediné možné. Můžeme se setkat i s jinými, ale myslím, že pro příklad postačí.

2.5 Faktory a modely vzniku, vývoje a udržení drogové závislosti

Jak je zatím možno vidět, vznik drogové závislosti je složitý proces a uchopit jej není snadné

V současnosti převládá názor, že nelze určit jedinou příčinu, která vede k užívání drog a následnému vzniku závislosti.

Závislost je třeba nazírat jako výsledek kombinace různých faktorů. Ty popisuje např. Urban (1973) svým 4- faktorovým modelem:

1 Faktory farmakologické („ droga“)

2 Faktory somatické a psychické („ osobnost“)

3 Faktory environmentální („ prostředí“)

4 Faktory precipitující („ podnět“)

Tyto faktory se sice případ od případu liší, jsou však v každém jednotlivém případu přítomny všechny. Vzájemně se prolínají a je těžko obecně i konkrétně rozpoznat, do jaké míry se který na problému podílí.

Někteří autoři vycházejí pouze ze tří faktorů a to z tzv. „ bio-psycho-sociálního modelu .“ Tento pohled je dobře popsán například ve sborníku Drogy ze všech stran(1995):

1. Droga- sledujeme její charakter, účinky, potenciál závislosti, způsob aplikace atd.
2. Člověk- závislost lze navodit u každého jedince. Neexistuje struktura osobnosti, která by člověka stoprocentně chránila před závislostí nebo naopak k závislosti předurčovala. Rizikovými a protektivními faktory jsou osobnostní charakteristiky. Riziko zvyšuje nízké sebevědomí a sebehodnocení, nízká výkonnost, nedostatek asertivity a schopnosti čelit tlaku vrstevníků, poruchy chování, nevhodné sociální vazby, úzkostnost, stres, nezdrženlivost, náchylnost k depresím, ale i zdravotní handicap.

   Obecně lze hovořit o dvou typech:

   a) osoby zvýšeně citlivé, zranitelné a úzkostné, inklinující k drogám stimulačního typu

   b) osoby extravertované, se zvýšenou dráždivostí až agresivní, kterým tlumivá droga (např. opiáty) přináší pocit vnitřního klidu.(Presl: Drogová závislost).
3. Prostředí, tedy působení všeho, co nás obklopuje. Můžeme dále dělit:

   a) Společnost- vztah společnosti k drogám, postoje a normy, dostupnost drog, ale i míra společenského stresu, dezorganizace společnosti, výkonová a konzumní orientace, oslabení rodiny a rozvodovost. Patří sem i koncepce protidrogové politiky, investice a informovanost.

   b) Rodinné prostředí- atmosféra rodiny, míra lásky a péče, výchovný styl, rodinný systém hodnot a norem, užívání a dostupnost drog v rodině, přítomnost rodičů. Důležitou osobou je matka. Matky závislých bývají často hyperprotektivní nebo naopak hostilní.

   c) Vrstevnické prostředí (kamarádi, parta, škola). Záleží na hodnotách dané skupiny, převládající módě a životním stylu. Orientace na skupinové normy bývá často významnějším faktorem než droga sama.

Nověji je k tomuto modelu přidáván ještě faktor spirituální a mluví se o bio-psycho-socio-spirituálním modelu. Zde se jedná o to, že někteří lidé hledají v drogách naplnění potřeby spirituálního naplnění, transcendentního zážitku, přímého prožitku kontaktu s tím, co mne přesahuje, nalezení smyslu. „ Stimulační a taneční drogy jsou užívány s touhou po skupinové transcendenci v novodobých chrámech diskoték, jindy jsou drogy brány v izolaci a ústraní od ostatních s očekáváním prolomení vlastní osamělosti v mimořádných prožitcích- Kudrle (in Kalina, 2003).

Ve své práci se zaměřím pouze na druhou skupinu faktorů- „prostředí“, a to především prostředí rodinné.

2.5.1 Prostředí jako faktor vzniku, vývoje a udržení závislosti.

Jak je vidět, je mnoho faktorů, které se spolupodílejí na vzniku a vývoji závislosti a lze jen těžko určit který z nich je v daném případě rozhodující. Rozhodně není pravda, že k návykovým látkám inklinují pouze osobnosti v jistém smyslu anomální, i když tento názor ve veřejnosti ještě částečně přetrvává. Problémy s drogami se mohou týkat každého, i toho „nejnormálnějšího“ jedince. Zde ovšem většinou dochází k významnému působení dalších faktorů.

Na vytváření osobnosti a chování člověka mají značný vliv primární a sekundární skupiny, ve kterých se pohybuje. Primární skupiny jsou skupiny, v nichž se členové znají osobně a intenzivně se stýkají, tady například rodina, přátelé, parta, pracovní kolektiv. Sekundární skupiny jsou volnější skupiny jako politické strany, zájmové spolky, náboženská seskupení apod.

Dalším velmi výrazným vlivem prostředí jsou masmédia jako televize, tisk, rozhlas, internet., literatura, hudba . Do skupiny vlivu prostředí lze tedy zařadit vše, co nás obklopuje a nějakým způsobem na nás působí.

Například podle Presla (1994 se „ vlivy prostředí“ podílejí na vzniku drogového problému nejvýznačněji.

Vytváření vlastní osobnosti, chování i vlastního postoje k životu i světu probíhá postupně, jde o proces učení. Člověk přichází do styku se členy primárních i sekundárních skupin a v interakci s ostatními členy skupin se záměrně i bezděčně učí. Také s drogami se člověk setkává především jako člen primárních a sekundárních skupin. Odborníci se shodují, že nejvíce vlivu mají v tomto směru primární skupiny.

Můžeme tvrdit, že u mladých lidí hraje významnou roli především rodina a společenství vrstevníků, parta, o nichž pojednám později.
Také nelze opomenout další výrazný činitel, kterým je partnerský vztah. Často se stává, že se partner snaží svého partnera uchránit od negativního a poškozujícího vlivu party a drog. Je však velmi častým jevem, že dříve či později podléhá vlivu party a drogy zachraňující partner.

2.5.2 Rodinné faktory vzniku, vývoje a udržení závislosti

Nyní bych se chtěla zaměřit na vliv rodinného prostředí, neboť myslím, že stále přetrvává mnoho mýtů a nejasností týkajících se toho, zda a jak rodina může či nemůže závislost ovlivňovat. Myslím , že je dobré pro možnost efektivní prevence i pro závislé a jejich okolí vědět, jakým způsobem se může rodina vztahovat k této oblasti.
.Jak již bylo řečeno, vytváření vlastního postoje probíhá postupně, jde o proces učení. Tento proces probíhá nejsilněji tam, kde jsou vlivy prostředí nejsilnější- tedy v rodině.
Rodina samozřejmě není všemocná, ale je velmi důležitá v tom smyslu, že ovlivňuje dítě v období, kdy je nejvíce otevřené, kdy se formuje jeho osobnost , hodnotový systém, přístup k životu i světu. Rodiče poskytují také základní identifikační vzory. Vznikají zde modelové situace a na základě jejich řešení dochází k posilování vhodných a nevhodných reakcí. Jestliže otec pravidelně pije, bude pravděpodobně pravidelné pití považovat za přijatelné chování pít i jeho dítě, jestliže se v rodině každá bolest či nepohoda řeší prášky, je pravděpodobné, že si podobné řešení zafixuje i dítě apod.
Dobrý nebo špatný příklad rodičů není zdaleka jediným vlivem, který na dítě působí. nepříznivě ovlivňovat rozvoj dítěte mohou i nespecifické záporné vlivy jako např. „neuspořádané rodinné poměry“ tj. rozvod nebo smrt někoho z rodičů, výchova v dětských domovech, špatná socioekonomická situace rodiny, nesoulad mezi rodiči apod..
Ovšem i v rodinách zdánlivě uspořádaných mohou nesprávně zvolený výchovný styl, rozmazlování, nedůslednost ve výchově apod. vést ke vzniku drogového problému.
Problém s návykovou látkou se může vyskytnout v každé rodině. Ve studiích o vztahu rodiny a zneužívání drog u dětí a mladistvých je věnována pozornost hledisku demografickému, sociálnímu postavení rodiny, povahovým vlastnostem rodičů, vztahu a přístupu k dítěti a adolescentovi a opačně.
Nešpor (2000)- uvádí stručný přehled činitelů, které v rodině zvyšují nebo snižují riziko vzniku drogového problému.

Činitele zvyšující riziko jsou:

Nejasná pravidla týkající se chování dítěte.

Nedostatek času na dítě zvláště v časném dětství.

Nesoustavná a přehnaná přísnost, nedostatečné citové vazby dítěte, manželský konflikt.

Schvalování alkoholu a drog u dětí.

Zneužívání alkoholu a jiných drog rodiči nebo příbuznými.

Malá očekávání od dítěte a podceňování ho.

Špatné duševní a společenské fungování rodičů.

Rodiče osamělí, vůči společnosti uzavření nebo nepřátelští.

Duševní choroba rodičů.

Chudoba či nezaměstnanost rodičů.

Sexuální zneužití dítěte v rodině.

Rodina ve zmatku a špatně funguje.

Výchova pouze jedním rodičem bez pomoci dalších příbuzných.

Dítě žije bez rodiny a bez domova.

Časté stěhování rodiny.

Činitele snižující riziko jsou:

Jasná pravidla týkající se chování dítěte.

Přiměřená péče, dostatek času na dítě, zejména v časném dětství.

Pevné citové vazby dítěte.

Dobré hodnoty.

Rodiče spolupracující při výchově.

Styl výchovy je vřelý a středně omezující.

Rodiče nezneužívají alkohol ani jiné drogy.

Přiměřená a jasná očekávání od dítěte, respekt vůči němu.

Dobré způsoby jak v rodině zvládat stres a nepříjemnosti.

Rodiče jsou duševně zdrávi.

Dobré fungování rodičů ve společnosti.

Výchova napomáhá utvářet kvalitní vztahy dítěte s dospělými mimo rodinu.

Sdílená zodpovědnost v rodině.

Rodiče vytvářejí prostor pro kvalitní zájmy a záliby.

Dobré fungující mezigenerační vztahy a spolupráce.

Tyto činitele tedy mohou působit na dítě tak, že buď sníží nebo zvýší jeho odolnost vůči rizikovému chování.

Tato odolnost se ukazuje jako velmi důležitá zvláště v období dospívání.

Dospívání je zvláště těžké a rizikové období vývoje jak z hlediska jedince, tak z hlediska rodiny. V období pubescence (asi 11-15 rok života) a adolescence (asi 15-20rok života) se v životě člověka odehrávají velmi výrazné a někdy i dramatické změny. Člověk mezi 11 a 20 rokem života již není dítětem a ještě není dospělým. Pro toto období je typická snaha vymanit se ze závislosti na autoritách a vytvořit si vlastní samostatnost. Je to období hledání. Hledání vlastního životního stylu, vlastních vzorů, cílů, životního směru a hodnot.

Současně je období dospívání plné nejistot, pochybností o sobě samém o rodině, o světě…

Každý výchovný extrém vede v tomto období k problémům. Nadměrná kontrola a péče rodičů může zbavit dítě možnosti, aby se samo učilo poznávat lidi a jejich kvality. Nedostatečná péče a pozornost však může vést k tomu, že se dítě octne v situaci, kdy si samo neví rady nebo není schopno rozeznat či určit si hranice, za které už nemá jít. „ V tomto složitém období jsou velkou oporou rodiče, kteří dokáží dobrovolně ustoupit ze své slávy a přijmout v očích svého dítěte méně vznešenou roli a kteří dovedou rozpoznat, kdy mladý člověk potřebuje tolerantní shovívavost a kdy oporu v tvrdé autoritě. Akta Y str.60.

V období dospívání se setkáváme se silným vlivem vliv party, společenství vrstevníků.

Parta slouží jako mezistupeň mezi rodinou a plnou dospělostí. Parta je vlastně vztahovou laboratoří. Dospívající si tu zkouší různé role, různé typy chování a dostává se mu zpětné vazby.

K tomuto období patří také experimentování a riskování. Mnoho dospívajících zkouší nové věci a chování, aby zjistili, co jim vyhovuje a co ne.A probíhá to obvykle tak, že si nejdříve vyzkoušejí a ujasní, co nechtějí, aby pak postupně přicházeli na to, co chtějí. Toto se týká i oblasti drog.

Je mnoho mladých lidí, kteří v dopívání drogy zkusí, ale jen určité procento z nich si na nich vytvoří závislost.. Pokud se dospívající dostane do party, ve které je užívaní drog považováno za jednoznačně normální, a ten, kdo drogy odmítá je z ní vyloučen, nastává velmi riziková situace.

V tomto těžkém období dospívání se nejvíce projevuje, zda je rodina „ zdravá“, zda u dítěte posilovala jeho odolnost a zda je schopna se vyvíjet dále a odpovídat na měnící se podmínky., zda je schopna přijmout to, že se dospívající od rodiny odpoutává, zda je schopna mu poskytnout přiměřenou oporu atd.

U mnohých rodičů, vychovatelů a vůbec u veřejnosti je stále vžité přesvědčení, že příčinou drogové závislosti u dětí a dospívajících je především špatný kamarád, špatná parta či vrstevníci, se kterými se stýká. Ovšem ve většině odborných publikací najdeme názor, že děti vyrůstající v dobrém rodinném prostředí se také setkávají se špatnou partou a negativním působením vrstevníků. Nepodléhají jim však, jejich vývoj není vážně narušen a dokáží se vyhnout negativním návykům. Podlehne-li přesto tlaku špatné party, jedná se často jen o krátkodobou záležitost, se kterou je on sám či s pomocí okolí schopen se relativně brzo vyrovnat. Kontakty s drogou se většinou omezí na experimentování.

2.5.3 Faktory typické pro rodiny závislých

Odborníci se shodují, že neexistuje jednoznačně správný ani špatný model rodiny výchovy.
Proto je v podstatě nemožné ustanovit nějaké typické rodinné uspořádání, které s určitostí vede ke vzniku a udržení drogového problému.
Hajný (In Kalina 2003) uvádí jisté zobecnění určitých faktorů, které jsou pro rodiny závislých charakteristické, a které vyplývají z pozorování v praxi i z výzkumných závěrů, které bych zde ráda uvedla.
Jsou to:
-Nedostatečná pozornost nebo problematická reakce ze strany rodičů na chování dítěte.
Chování dítěte se do značné míry utváří v souladu s očekáváním či s reakcemi rodičů. Stejně tak jeho jistota a sebejistota závisí velmi na pevné, určité a dostatečné pozornosti rodičů. Jako rizikové faktory zde působí jednak nedostatečná pozornost k pozitivnímu chování dítěte a nadměrná pozornost k jeho chybám. Chyby a selhání však nevyvolávají jistou a očekávatelnou reakci- například trest. Výchova je místo toho nedůsledná, nepředvídatelná a často zatížená nepřiměřenými výčitkami, pocity viny apod.
-Narušené či zatížené vztahy mezi dítětem a rodičem
Jednak se jedná o dosti typický rys v rodinách závislých: hyperprotektivní matka a chladný, slabý nebo nepřítomný otec. Takovéto uspořádání především přispívá k udržování závislosti na straně dítěte a v případě , kdy neexistuje ani disciplína a konkrétní určování a dodržování hranic (což otcové často zajišťují), může jít i o jeden z faktorů přispívajících ke vzniku závislosti. Tento model bývá častěji pozorován u chlapců.
U dívek je častější vliv značně kontrolující matky. Obvykle jde o složitý vzorec- matka k sobě například od malička dceru poutá a používá ji jako důvěrnici nebo spojence. Hrozící oddálení

vyvolané dceřiným dospíváním pak může vyvolat nečekaně silnou úzkost a tendenci uchovat vztah v původní podobě. Také matky závislé představují riziko, že se stanou vzorem pro dcery v tom, že je normální řešit citové problémy pomocí návykových látek.

-Chaotické či špatně vymezené vztahy mezi generacemi.

Zdá se, že v rodinách závislých jsou hranice mezi generacemi více narušené než u normální populace (jde však o závěr těžko prokazatelný výzkumem.).

Jedná se o to, že v rodinách není jasně stanoveno, kdo co má dělat, co je čí starost apod. Dítě pak vyrůstá v nejistotě, kde se stále mění jeho svoboda i odpovědnost.

Extrémním narušením těchto hranic je pak sexuální zneužívání v rodině. Následky takovéhoto traumatu pak často vedou k poruchám sebeúcty, sebevražedným pokusům, problémům v partnerských vztazích i k poruchám příjmu potravy.

-Skryté, nedostatečné či přehnané vyjadřování hněvu v rodině.

Momenty související s agresivitou a jejím vyjadřováním v rodině jsou častým problémem závislých. V rodinách jsou často některé projevy zlosti nadměrně potlačovány a jiné se projevují v přílišné míře a nesprávným způsobem. „Zvýšená hladina napětí, obava ze zneužití otevřené komunikace nebo pocit ohrožení vedou k různým nepříznivým důsledkům pro všechny členy rodiny.Pro uživatele drog jsou pak nepochybným udržujícím faktorem.“Hajný (in Kalina 2003).

-Závislost jako prvek udržující v rodině rovnováhu.

Motivem takovéhoto zdánlivého paradoxu bývá úzkost ze skutečného oddalování dítěte v dospívání od rodiče či rodiny nebo obava z odkrytí problémů v rodině, které se do té doby nemusely řešit. Užívání drog totiž nabízí zdánlivou samostatnost, ale ve skutečnosti posiluje závislost dítěte na rodině a oddaluje jeho skutečnou dospělost a nezávislost na rodičích, a to někteří rodiče , i když většinou ne vědomě podporují.

-Jeden či více závislých členů rodiny.

Odborníci se shodují v tom, že jeden z nesporných faktorů pro vznik a vývoj závislosti u dítěte je závislost v rodině (v Čechách se nejčastěji jedná o závislost na alkoholu.) dalšího člena rodiny, obvykle rodiče. Ukazuje se, že závislost rodiče působí na dítě do té míry, jak jeho závislost negativně ovlivňuje fungování rodiny. Může nastat i paradoxní situace, kdy rodič začne abstinovat a jeho abstinence vyvolá problémy, když se tím změní jeho „ povaha“- to v případě, že předtím jeho pití či jiná závislost ovlivňovaly rodinu nepříliš záporně.

Negativní vliv závislého člena rodiny na dítě spočívá jednak v tom, že se může stát modelem k napodobování, dále pak jeho často a nepředvídatelně se měnící „ povaha“ může dítě

dlouhodobě znejišťovat a také mu neposkytují vzor k žádoucí identifikaci. Problematické jsou i důsledky chování druhého rodiče, který se nesnaží situaci s partnerem nějak řešit.

-Kodependence

Model kodependence předpokládá určitý vzorec osobnostních rysů, který lze najít u většiny členů rodiny se závislým jedincem.

Mezi jeho znaky patří například: přebírání odpovědnosti za uspokojení potřeb druhého na úkor vlastních, zkreslování hranic mezi generacemi a rolemi v rodině, tendence kontrolovat druhé i na úkor vlastní sebeúcty atd.

Podle tohoto modelu se tedy předpokládá, že členové takové rodiny se chovají tak, že užívání drog usnadňují, provokují k němu nebo se vyhýbají tomu, aby v něm zabraňovali, např., stanovením přesných hranic.

V této souvislosti je třeba zmínit souvislost mezi obdobím, kdy většina uživatelů začíná s drogovou kariérou a stádiem rodiny, kdy rodiče vnímají první signály nadcházejícího období jeho osamostatnění a jejich možného osamění (tzv. prázdné hnízdo). Rodiče pak mohou na hrozící separaci dítěte reagovat tak, aby vše zůstalo při starém. To platí především tam, kde dítě hraje roli nositele problémů, které umožňují rodičům nezabývat se jinými rodinnými problémy nebo tam, kde dítě zprostředkovává komunikaci mezi rodiči, případně se stalo „ náhradním pertnerem“ jednoho z rodičů.

Důsledkem toho může být, že dítě užívá drogy k falešnému odpoutání od rodiny, nebo k tomu, aby mohlo vydržet v těžké a nehybné atmosféře domova. Někteří rodiče se tak dostávají do pozice „ věčných rodičů “, kteří se neustále musí starat o život a osud svého věkově již dávno dospělého dítěte.

Další faktory, které především přispívají k udržování drogového problému v rodině jsou také:

-Shovívavý postoj rodiny k užívání či jinému závislému chování.

-Nedůsledný, vždy odpouštějící a zachraňující postoj.

-Tabuizovaná témata či problémy, které se dlouhodobě neřeší.

-Závislé chování členů rodiny jiného druhu(gambling, alkoholismus, porucha příjmu potravy..).

-Přetrvávající tendence rodičů brát si odpovědnost za dítě a řešit za něj problémy či praktické věci.

2.5.4 Rodinné faktory působící preventivně

Jaké zvyky v rodině ale naopak působí preventivně proti vzniku drogové závislosti?
Autoři, kteří se již dlouho zabývají drogovou problematikou a rodinou a považují rodinu za nejlepší pojistku proti drogovému problému, sepsali některé závěry, ke kterým došli ve své praxi, které mohou pomoci při vytváření rodiny, která umožní mít svým členům bezpečné a cenné vzájemné vztahy.
Hajný, Klouček, Stuchlík (1999) uvádějí 5 obecných ukazatelů, které podle nich mohou velmi závažně ovlivňovat riziko vzniku drogového problému.
Za prvé je to prevence již před porodem, tedy plánované rodičovství, vhodný výběr partnera, redukce stresu v těhotenství, těšení se na dítě. Vycházejí totiž z teorie Františka Koukolíka- Mozek a jeho duše, Makropulos 1997, str.153, kde tvrdí, že jednoznačně funguje vztah mezi matčiným odmítáním dítěte (nechtěné těhotenství, pokus o potrat, příliš mladá a emočně nestabilní matka), komplikovaným těhotenstvím a porodem, a násilnou trestnou činností ve věku kolem 18 let. To lze snadno vztáhnout i na problémy s drogami.
Dále je podle autorů velmi důležité, jak přistupuje rodina k utrpení a nouzi.
Co to znamená? Jde o to, zda je v rodině zakořeněn přístup, že problémy, bolest, utrpení je něco, co je třeba za každou cenu odstranit, něco, co do života nepatří, nebo přístup, který říká, že problémy, bolest a utrpení jsou přirozenou součástí života a že je možno s nimi pracovat, lze se z nich i něco naučit a není třeba se před nimi za každou cenu pojišťovat a obrňovat.
Na toto téma navazuje třetí téma- farmakofilie.
Farmakofilní rodiny v závislosti na svém postoji, že bolest a problémy je třeba co nejrychleji a co nejjednodušeji odstranit, užívají na všechno léky, aniž by se nejdříve snažily situaci řešit jinými prostředky. (Když někoho bolí hlava nebo nemůže spát, rovnou sáhne po léku, místo aby se šel nejdříve třeba projít apod..). Není divu, že dítě z takovéto rodiny, když přijdou problémy a rozlady spojené s dospíváním, se snaží nalézt i na ně nějaký co nejrychlejší „ lék“.
S tímto přístupem je spojeno další téma- aktivní či pasivní přístup k životu. Pasivní přístup je typický tím, že stále něco očekáváme od okolí a dáváme vinu něčemu vnějšímu (televize nás bude bavit, cestovka nám zařídí dovolenou, vláda či osud mohou za naše problémy apod.).Aktivním přístupem se rozumí naopak to, že si uvědomíme odpovědnost za vlastní život a jeho prožití a aktivně se na něm podílíme.
Pokud dítě již odmala vidí v rodině aktivní přístup k životu a světu, přijde mu potom přirozenější a snazší řešit svůj problém, život, zábavu apod. nejprve samo a aktivně, než hned

sáhnout po nějakém prostředku, který mu „ udělá dobře“ nebo pomůže problémy vyřešit.pomoci.

Posledním obecným tématem v rodině je pojetí rodičovské lásky a přístup k výchově.

Obecně lze říci, že existují tři krajní polohy přístupu, které nejvíce spolupůsobí na vznik drogového problému.

Jednak je to naprosté zanedbávání výchovy, nezájem o dítě, kdy se dítě cítí nemilované a bez opory, ponechání jej vlivu vrstevníků a „ulice“.

Dále se jedná o rodiny s příliš tvrdou autoritativní výchovou, to znamená rodiny, kde se objevují tvrdé tresty pro maličkosti, časté fyzické tresty, křik, hádky, nucení dítěte do pro něj nesplnitelných úkolů apod. Je pravda, že příliš tvrdá výchova rozhodně zvyšuje pravděpodobnost, že se u dětí projeví antisociální chování nebo deprese.

Je však třeba upozornit i na další typ přístupu, o kterém se zatím ve veřejnosti příliš neví a který je stejně škodlivý, a to je tzv.“ opičí láska“. Presl (1994) mluví v této souvislosti o modelu tzv.“ hyperprotektivní matky“. Zde se nejedná o zanedbání výchovy či výchovu příliš tvrdou , ale naopak o přílišnou pečlivost. Takováto matka jakoby funguje ve vztahu k dítěti celkem normálně až do doby dospívání. Pak jakoby ustrne a není schopna pochopit měnící se potřeby svého dospívajícího potomka. Vidí jej stále jako malé dítě, zahrnuje ho na jeho věk neadekvátní péčí, snaží se za něj vše řešit. Tím mu ale brání v tom, aby se mohl postupně a „bezbolestně“ odpoutávat od rodiny a nacházet sebe sama., své schopnosti, omezení a přijímat odpovědnost za vlastní život. Takovéto matky pak také nejhůře chápou, jak mohlo k problému dojít právě u nich, když o své dítě tak pečovaly.

Jako optimální se ukazuje tedy přístup, kdy rodiče dítě přijímají, dávají mu pocítit, že je milované, že má v rodičích oporu.Zároveň v něm podporují jeho aktivitu, sebeprosazení , ale určuje také určité hranice a poskytují jasná měřítka. Vytvářejí v rodině jasná pravidla a dbají na jejich dodržování. Dítě povzbuzují k nezávislosti a otevřeně s ním komunikují, dokáží vyslechnout jeho názor i vyjádřit svůj vlastní, respektují potřeby dítěte i své vlastní. V období dospívání jsou schopni reagovat na měnící se situaci pružně, v souladu s měnícími se potřebami dítěte a jsou schopni a ochotni umožnit dospívajícímu jeho postupné odpoutávání od rodiny a vytváření vlastního života. Děti vyrůstající v takovémto prostředí mají dobrý základ k tomu, aby se staly nezávislé, zodpovědné, dostatečně sebevědomé a tím také lépe chráněné proti drogám a jinému rizikovému chování. V případě, že se podobný problém přece jen objeví, jsou schopnější jej spolu s rodinou řešit.

2.5.5 Rodina jako faktor překonání závislosti

Jak je vidět, rodinné prostředí se může podílet na vzniku a rozvoji drogové závislosti velkou měrou, i když samozřejmě není faktorem jediným.

Jestliže problém s drogami nastane, je důležité, jak na něj rodina reaguje, neboť může velmi pomoci v jeho překonání. Podíl rodiny na úspěchu léčby bývá značný a u dospívajících to platí dvojnásob. První úkol rodičů a blízkých spočívá v tom, aby dokázali dítě závislé na drogách přesvědčit o nutnosti léčby a pomoci mu ji zprostředkovat, pokud projeví zájem.

Přesvědčit však někoho o tom, že se musí léčit není jednoduché, když tento necítí tlak k tomu, aby své chování měnil. Proto je nejdříve nutné, aby pocítil důsledky svého chování. Pokud se dítě k léčbě rozhodne, je důležité spolupracovat s léčebným zařízením, terapeutem apod., dbát jeho pokynů, aby léčbu zbytečně nepokazili, i když třeba nechtěně a s dobrými úmysly.Většina terapeutických programů dnes již zahrnuje systematickou spolupráci s rodinou. Je proto dobré se s touto formou spolupráce seznámit a přijmout ji.

Často to bývá spojeno s tím, že rodiče zjistí, že problém nemá jen dítě, ale je třeba pomoci změnit fungování rodiny jako celku i jejích jednotlivých členů. K tomu slouží rodinná terapie.

Rodinná terapie je psychoterapeutická metoda, která vychází z myšlenky, že mnoho psychických a vztahových problémů souvisí se vztahy uvnitř rodiny. Ovlivněním některých vztahů v rodině a prací s komunikací je pak možno přímo či nepřímo vyvolat změny a zlepšení těchto problémů. Při rodinné terapii se obvykle setkává celá rodina nebo důležité blízké osoby opakovaně dohromady s terapeutem, který jim pomáhá řešit jejich problémy, zlepšovat fungování rodiny jako celek i to, jak se v ní cítí jednotliví členové. V rodinné terapii nejde o to, hledat viníka, který způsobil problémy, ale o to, nají způsob, jak by mohl každý člen přispět ke zvládnutí obtíží a jak pomoci dítěti v jeho návratu do normálního života po překonání závislosti.

Jestliže jsou rodinní příslušníci ochotni k tomuto kroku, je to dobrý začátek, jak pomoci dítěti s možným zvládnutím a překonáním drogového problému.

2.6 Kazuistika

Nyní bych ráda uvedla na doplnění alespoň jednu kazuistiku drogové závislosti. Jedná se o příběh drogové závislosti mé kamarádky. Chtěla bych na tomto příkladě prezentovat možné

faktory, které ovlivnily vznik a vývoj její závislosti a také ty, které jí pomohly se závislostí bojovat. V zhledem k tématu práce zdůrazním především faktory týkající se rodiny.

Jana byla tři roky závislá na heroinu, svou závislost překonala a nyní již pět let abstinuje. Abstinenci necítí jako nějakou újmu a tvrdí, že se k heroinu již nikdy nevrátí. Dá se říci, že je to příběh se šťastným koncem- samozřejmě s výhradou, že člověk nikdy neví, co budoucnost přinese, ať jsou jeho současné hodnoty a rozhodnutí jakákoli.

Jana je jedináček, narodila se před 27 lety do úplné rodiny. Podle nejrannějších vzpomínek si vybavuje celkem příjemné dětství bez vážnějších problémů. Navštěvovala mateřskou školku a již z té doby si pamatuje určitou úzkost při navazování vztahů s vrstevníky- ale nic vybočujícího z normy. Pamatuje si dobrý vztah s matkou, která jí věnovala mnoho pozornosti, mazlila se s ní apod. Otce si z této doby nevybavuje, ale pamatuje si, že bývala často u jeho rodičů, kteří ji velmi rozmazlovali.

Na základní škole byla premiantkou třídy, učení jí šlo velmi rychle a snadno. Hrála na zobcovou flétnu, chodila do kroužku angličtiny a později do taneční skupiny. V této době, když jí bylo osm let se její rodiče rozvedli, neboť otec pil, nestaral se o rodinu a často se choval agresivně, i když jen slovně. Jana si pamatuje, že rozvod vnímala jako ulehčení, neboť trpěla otcovým hrubým chováním k matce. S otcem se příští čtyři roky neviděla a později jen vídala zřídka, kvůli nezájmu hlavně z jeho strany.Nicméně jak říká nikdy otce příliš nepostrádala, jak by na něj zapomněla a nemrzelo ji, že se o ni příliš nezajímá. Je ovšem otázka, jestli touhu po otci v té době prostě nepotlačila. Faktem je, že měla vždy problém navázat uspokojivý partnerský vztah, nedůvěřovala mužům a trpěla komplexem méněcennosti kvůli vzhledu, i když se z ní později stala celkem atraktivní dívka. Touhy zalíbit se mužům, být přitažlivá, být oceňována okolím a navázat partnerský vztah se ní objevila již někdy ve třinácti letech a byly vždy cílem jejího snažení. Zároveň ovšem trpěla komplexem méněcennosti kvůli vzhledu a strachem z navazování kontaktů, z komunikace s lidmi.Tato touha a zároveň neschopnost ji uspokojit se potom staly na dlouhou dobu jakýmsi leitmotivem jejího prožívání a jednání a ani dnes to ještě zcela nevyřešila.

Po základní škole nastoupila na česko-italské jazykové gymnázium.I zde byla zpočátku úspěšná, učení jí šlo dobře a vlastně bez námahy. Matka ji v této době začala považovat spíše za svou kamarádku, se vším se jí svěřovala, často se bavily o otci. I když se nedá říci, že by matka otce před ní přímo očerňovala, bylo z jejího jednání cítit, že jej nepovažuje za kvalitního člověka. Také o ostatních mužích se vyjadřovala s určitou nedůvěrou. Jana měla pocit, že musí matce pomáhat, chránit ji a nahradit jí, co jí otec způsobil.

Jak jsem již řekla touha být středem pozornosti, vyniknout a zalíbit se a zároveň nemožnost toho dosáhnout se stávaly okolo patnáctého roku u Jany velmi důležitou zkušeností, která přispěla k vytváření depresivních nálad a k negativnímu vidění světa. Dalšími faktory podporujícími tyto tendence se stal jednak neúspěch v taneční skupině a nemožnost hrát na příčnou flétnu, což oboje pro ni bylo velmi důležité. Také se sem řadí první zamilovanost- neúspěšná. Již v této době se objevují myšlenky, že nikdy nic, co chce nevyjde, že život je příliš těžký, bolí, a zda má vůbec cenu žít. Jistě, myšlenky v pubertě obvyklé, ale je třeba je postupem času zpracovat a to se Janě zřejmě nepodařilo. Matka jí s tím pomoci nedokázala, neboť Jana se matce přestala v období adolescence svěřovat, nechtěla jí zatěžovat. Zájmy které měla ji zklamaly, přátele se kterými by se mohla poradit neměla (ani vztahy s kamarádkami nebyly moc uspokojivé)- v podstatě se neměla o co opřít.

V této době se setkal s italským profesorem, který učil na gymnáziu a byl členem křesťanského hnutí focolare. Tento profesor se snažil své žáky přesvědčit o ideálech křesťanského život tak jak je chápalo toto hnutí. Byly to ideály typu zapomenout na sebe, protože druhý a pomoc druhému jsou důležitější než já. Jana do této skupiny vstoupila a snažila se žít těmito ideály. Bylo to krásné období, naplňující, protože moci zapomenout na sebe, žít pro druhé, mít jasný a jednoduchý životní program, cítit se přijímaná bez hodnocení bylo v této době to, co si přesně přála. To trvalo asi rok. Pak se znovu zamilovala a začala cítit omezení vycházející z tohoto křesťanského názoru: např. že je moc mladá, aby měla s někým vztah, že musí mít ráda všechny stejně ne podle osobních sympatií, že nesmí myslet na sebe, neboť druhý je důležitější). Nakonec už nebyla schopna tato omezení akceptovat a se skupinou se rozešla. Zamilování opět nedopadlo úspěšně.

V tomto období tedy nastávají a vyostřují se další krizové momenty:ztráta víry- tento problém nevyřešila dodnes, vrací se všechny problémy z předchozího období, které křesťanství na čas odsunulo do pozadí, připojuje se další leitmotiv , který bude hrát důležitou roli během dalších let: úplně se nedovedla oprostit od „ křesťanské“ myšlenky, že druhý je důležitější než já a já nesmím myslet na sebe, zajímat se o sebe, dělat něco jen pro sebe..Sice se s křesťanskou skupinou rozešla, ale formou „ revolty“- „ teď budu dělat pravý opak toho, co jste mne učili“- tj. myslet jen na sebe, užívat si, „ hřešit“. Pozitivním momentem v tomto období bylo to, že si našla svoji „ životní“ kamarádku, se kterou se přátelí dodnes, a která jí byla později velkou oporou. Našla také pár dalších přátel, se kterými se přátelí dodnes.

Rozhodla se stát fotomodelkou, kde také neuspěla a vyústilo to v určitou formu mentální anorexie (klasické myšlenkové schéma: když budu dost hubená, budu krásná, stanu se modelkou a všechny výše naznačené problémy se vyřeší). Také začal se spolužáky

a kamarády chodit po škole pít na rockové koncerty. Anorexie, pití a neustávající problémy při hledání partnera stupňovaly její depresivní nálady a negativní vidění světa. Dokonce se pokusila o demonstrativní sebevraždu. Vlastně skoro jediným a hlavní pozitivním bodem byla její „životní“ kamarádka Tereza, která zastávala svým způsobem úlohu „terapeuta“. Byla vlastně jediným člověkem, který (jak se jí zdálo) ji přijímal bez hodnocení, se kterým měla silný a pevný vztah a se kterým si vzájemně pomáhali.S matkou o svých problémech hovořit nedovedla, protože ji nechtěla zatěžovat svými problémy a také začala cítit, určitou potřebu nebýt si s matkou stále tak blízko. Z toho vyplývaly pocity, že to není správné „maminku opustit“, i když chce.

První kontakt s drogami měla Jana asi v devatenácti letech, když začala pracovat v jednom baru v centru, kde se drogy vyskytovaly. Jako první se setkala s pervitinem, který jí přišel přitažlivý tím, že omezoval pocit hladu (stále trpěla anorexií) a usnadňoval komunikaci s lidmi. Tereza začala pracovat baru s ní a společně chodily o weekendech do klubů a braly pervitin. Nicméně nešlo ještě o závislost- nebraly pravidelně ani necítili neodolatelné nutkání či potřebu, jejich praktický život to nějak zvláště neovlivňovalo nebo neničilo. To trvalo asi třičtvrtě roku.

Potom si však Tereza našla partnera a s Janou se na chvíli úplně přestala stýkat a později se vídaly jen zřídka.To byla pro Janu hrozná rána, neboť se v uplynulé období přestala prakticky stýkat s jinými přáteli a stýkala se jen s Terezou a kamarády z baru a z klubů, ke kterým však neměla nijak blízko. Toto byl možná jeden z rozhodujících okamžiků pro vznik závislosti. Jana se dál snažila stýkat s „klubovými známými“ ale její depresivní stavy se v té době stále více vyhrocovaly. Pervitin ji bez Terezy přestal bavit. V baru se však seznámila se skupinkou lidí jí sympatických a ti brali občas heroin. Také ho s nimi vyzkoušela. Zpočátku ji to nijak zvlášť nebavilo, ale chtěla se dál přáteli s touto partou, tak s nimi dále byla a dále zkoušela až zjistila, že jí vlastně heroin “pomáhá“ od problémů. Cítila se vyrovnanější lépe se jí komunikovalo s lidmi, depresivní nálady pod vlivem heroinu zmizely, komplex méněcennosti také, cítila se příjemně prázdná a smířená s životem i světem. Ovšem už v té době jí bylo jasné, že takto se problémy řešit nedají, ale „zlenivěla“ a říkala si, že to bude řešit později. Nebyla ještě fyzicky závislá a nebrala každý den, ale již aspoň jednou týdně, protože chtěla prožít ten pocit klidu, který jinak nikdy nepoznala a nemohla se k němu dopracovat jinak.

Později potkala chlapce, který bral také weekendově, začali spolu chodit, bydlet , brát každý den, až si vytvořili závislost i fyzickou. Později museli přistoupit i ke kriminální činnosti, aby měli na drogu, rozpadly se všechny jejich sociální kontakty, nastaly rodinné problémy a problémy se zákonem. Už asi po půl roce si byli vědomi toho, že chtějí přestat, ale trvalo

jim další rok a půl, než to dokázali. Překážkou bylo hlavně to, že nechtěli, aby se to dozvěděli rodiče, kteří o závislosti. Nakonec se s partnerem rozhodli, že zkusí abstinovat sami na chatě. Tam se ovšem objevili rodiče partnera a vše se prozradilo. Partner odjel s rodiči do Plzně a Jana se rozhodla zůstat doma a abstinovat. Na scéně se objevil najednou otec, který „poučen“ různými útržky zaslechnutých informací začal přesvědčovat, že musí určitě do léčebny, že to sama nezvládne. Zde významně pomohla paní Sedláčková z Drop-in, která na konzultaci s ní Janě dodala odvahu, že to může zvládnout sama, když bude chtít.A tak to také bylo.

Začala opět navazovat sociální kontakty (např. s Terezou a bývalými spolužáky). Našla si brigádu a později se přihlásila na vysokou školu, kterou studuje dodnes. Její problémy, kterými trpěla od základní školy se sice opět vrátily, ale už je nikdy neřešila heroinem. Začala navštěvovat psycholožku, později vyzkoušela i psychiatra.

Když má shrnout, jak se cítí dnes obecně a ve vztahu k drogám, říká Jana, že všechny problémy nezmizely, ale některé se jí podařilo zpracovat, má radost ze školy, kterou navštěvuje a z nových přátel, které si tam našla. Ke vztahu k heroinu má pocit, že už je to celkem uzavřené období, a že ví, že tím žádný problém nevyřeší, už ho nikdy brát nechce.

Ve vztahu k rodině říká, že s otcem se téměř nevídá, protože on stále pije a ona nemá sílu nyní tento vztah řešit. S matkou stále bydlí a společně se starají o nemocného matčina otce. Tento stav jí nevyhovuje, ale jak říká, stále nenašla sílu pouto s matkou přerušit, protože trpí stále pocity viny vůči matce, nyní zvětšenými o to, jaké starosti jí přidělala svým braním drog.

Nyní bych se chtěla pokusit z Janina příběhu vybrat určité faktory:

1) Faktory, které mohly vést nebo spíše přispívat ke vzniku závislosti či k její inklinaci k drogám.

Jednak jsou zde určitě faktory genetické, o kterých je těžko určit, jakou měrou přispěly, neboť se vždy vyskytují v kombinaci s určitou celkovou životní situací.Nicméně mohl by sem patřit alkoholismus Janina otce a určité základní Janino depresivní nastavení.

Rodinná situace: jedináček, rozvedení rodiče, alkoholismus a nezájem otce, rozmazlování prarodiči., vztah s matkou.

Z toho vnímá Jana jako nejvážnější vztah s matkou .Otec byl nepřítomný, Jana se stala důvěrnicí matky a nemohla a nemůže se dodnes odpoutat a začít žít vlastní život . Toto je jedno z typických schémat, které nacházíme u případů drogových závislostí.

„ Křesťanská“ zkušenost ve škole.

Nedostatek uspokojivých sociálních kontaktů a neschopnost najít vhodného partnera, absence nějakých zájmů, koníčků.

Dostupnost drogy v prostředí, ve kterém se Jana pohybovala a její spojení s partou, kam chtěla Jana patřit.

Dále pak k rozvoji závislosti určitě vedlo to, když si našla stejně „ experimentujícího“ partnera.

2) Faktory, které přispěly k „ překonání“ závislosti:

Zásadním byl určitě moment, kdy si Jana uvědomila, že svou závislost chce překonat- tedy pevné rozhodnutí.

Dále byla určitě velmi důležitá podpora okolí- v rodině od matky, která jí nezavrhla, snažila se brát situaci takovou jaká je a důvěřovala jí, že se závislosti zbaví. Také se jí dostalo povzbuzení „ institucionálního“ od paní Sedláčkové z Drop-in, což bylo velmi důležité, protože takto ujistila matku i Janu samotnou, že zbavit se závislosti sám bez pomoci léčebny apod. je možné. Také byla velmi důležitá sociální opora od Terezy, díky níž mohla velmi brzy začít žít normální život, navazovat kontakty, věnovat se normálním činnostem a také navázat pevný přátelský vztah.

3)Faktory přispívající k zachování abstinence:

Janino rozhodnutí život žít a ne před ním utíkat. S tím souvisí vyhledání pomoci u psychologa, snaha život naplnit nějakými zájmy(škola, jóga..)

Sociální kontakty (Tereza, přátelé ze školy, partner).

Na závěr bych chtěla uvést Janino stručné zhodnocení závislosti: Jak ovlivnila její život v záporném i kladném smyslu.

V záporném smyslu jí závislost vzala více než dva roky života, ublížila lidem ze svého okolí, dělala věci na které dnes není dvakrát pyšná a také jí určitě zdravotně nijak neprospěla. Ovšem zpětně se dají na této zkušenosti najít i „ kladné“ rysy ve tom smyslu, že jako každá krize v životě i tato posunula Janu někam kousek dál. Pochopila například,jak jsem již psala, že život se musí žít a nelze před ním utéct.Zároveň jí překonání závislosti dodalo i určité sebevědomí ve smyslu když jsem zvládla tohle, mohu zvládnout i jiné věci.

V podstatě by se dalo říci zjednodušeně , že hlavním faktorem překonání závislosti zde to, že Jana dospěla, což se často také stává.

Jako shrnutí rodinných faktorů, nelze říci, že by tyto přímo ovlivnily jej závislost, neboť rodinné problémy ještě nevyřešila a závislost alespoň v současnosti překonala.

Ovšem jak sama uvádí, vztah s otcem matkou i prarodiči je pro ni téma, které ovlivňovalo a dosud ovlivňuje velmi negativně její život, a které bude muset řešit.

3. Empirická část

3.1 Vymezení problému, předpoklady

3.1.1 Vymezení problému

V této části jsem chtěla si kladla za cíl zjistit, zda a jakým způsobem ovlivňuje struktura rodiny a její výchovný styl vznik a průběh drogové závislosti. Tj. snahou práce bylo zjistit, z jakého rodinného prostředí pocházejí závislí na psychoaktivních látkách, jak vnímají vliv rodiny na utváření jejich života a co pro ně konkrétně rodina znamená, jaké zaujímá místo v jejich hodnotovém žebříčku.

3.1.2 Předpoklady

Na základě prostudování literatury zabývající se problematikou vlivu rodiny na utváření drogové závislosti a s ohledem na formulaci základního problému jsem vymezila následující předpoklady, které jsem výzkumem ověřovala.

Předpokládám, že:

1. V rodině závislých bude větší počet blízkých příbuzných, kteří kouří a také těch, kteří mají nebo měli problémy s alkoholem či jinými návykovými látkami.
2. V rodině závislých se budou častěji objevovat „ nesprávný“ výchovný styl(např. tělesné tresty, nezájem o dítě, absence jasných pravidel, časté hádky, nucení dítěte do činností o něž nemá zájem atd.)
3. V hodnocení rodinného prostředí závislých se bude častěji objevovat negativní hodnocení jejich původního rodinného prostředí
4. V rodině závislých se bude častěji objevovat duševní choroba v rodičů
5. V rodině závislých se bude častěji objevovat sexuální zneužívání
6. Osoby ze skupiny závislých budou mít v rodině častěji někoho, kdo byl během jejich života uvězněn.

7. Ve skupině závislých se bude méně často objevovat rodina jako hodnota, která je pro ně důležitá, která jim může poskytnout oporu, a které by chtěli dosáhnout.

3.2 Charakteristika souboru zkoumaných osob

Výzkum týkající se vlivu rodiny na vznik, vývoj a udržení závislosti jsem zaměřila na klienty, kteří docházejí do Centra methadonové substituce Drop in o.p.s.

Jelikož klienti CMS náleží do specifické skupiny závislých, kteří podstupují substituční terapii methadonem, chtěla bych přiblížit, co substituční terapie znamená.

Řadí se do takzvaných postupů „harm reduction“ v rámci terciální prevence. Jedná se o přístup, který je zaměřený na minimalizaci negativních následků zneužívání drog u lidí, kteří se zatím ještě nerozhodli pro ukončení užívání drog. Je to udržovací terapie, kdy se methadon podává jako relativně bezpečnější náhradní droga pacientům závislým na opiátech. Methadon se tedy nehodí k léčení počínajících závislostí nebo pacientů, kteří s opiáty teprve experimentují. Nehodí se ani pro závislé na jiných skupinách drog než opioidy . Kombinace methadonu s jinými návykovými látkami včetně alkoholu může být také značně riskantní, a proto musí zařízení poskytující methadonovou substituci být schopno zajišťovat odběry moči na toxikologická vyšetření..

Methadon je syntetický opiát, při jehož výrobě se nevychází z opiátů přírodních.Jeho molekula má odlišnou chemickou strukturu než molekuly morfinu či heroinu. Vyvolává podobné reakce jako opiáty. Nejpodstatnějším rozdílem a výhodou je délka působení. U methadonu 13-47 hodin, v průměru 25 hodin. U heroinu 4-6 hodin. Na methadon vzniká stejně snadno závislost jako na přírodní či polosyntetické opiáty.Klientům substituční terapie se podává perorálně ve formě roztoku

Základní myšlenkou substituce je nahradit braní ilegální, nečisté drogy drogou chemicky čistou a podávanou legálně v k tomu uzpůsobených zařízeních. Substituce se používá tam, kde všechny jiné preventivní či léčebné postupy selhal, u lidí, kteří nejsou ochotni či schopni, připraveni se drogy vzdát..

Substituce může pak pomoci těmto lidem ve třech oblastech:

-Omezuje zdravotní rizika vyplývající z braní nečisté drogy a z nitrožilního způsobu aplikace

-Umožňuje změnit životní stereotyp založený na koloběhu shánění a aplikace drogy, přičemž finanční prostředky na drogu závislý často získává kriminální činností. Člověk má možnost

dostat drogu legálně, pravidelně a v čisté podobě. Přísun drogy je zaručen a to dává závislému především čas. Dostává prostor na to, aby začal znovu normálně fungovat, může navazovat a řešit vztahy s okolím, začleňovat se do společnosti, hledat si zaměstnání…
-Dalším přínosem je denní kontakt závislého s terapeutickou institucí a možnost zahájení kontaktu. Tím vzniká i možnost, že bude chtít dávku drogy snižovat a dostat se nakonec až k úplné abstinenci.

Centrum methadonové substituce Drop in o.p.s.
Centrum metadonové substituce funguje v rámci nestátního zdravotnického zařízení Drop in o.p.s.
Zabývá se, jak již bylo řečeno substituční metadonovou terapií.
K přijetí do programu CMS může být zařazen každý, kdo trpí závislostí opiátového typu, je starší 18-ti let, během své drogové anamnézy se již opakovaně pokusil o abstinenci, vždy bez déletrvajícího úspěchu, a je evidován v některém z protidrogových zařízení.
Při přijímání klient podepisuje terapeutickou smlouvu, v níž se zavazuje k plnění podmínek a pravidel programu. Je mu také dán k vyplnění anamnestický dotazník a je vyšetřen metodou EuropASI..

3.3 Výzkumná metoda, způsob sběru dat, způsob vyhodnocení

3.3.1 Výzkumná metoda

Pro zkoumaní popsaného problému jsem použila metody dotazníkového šetření. Tímto dotazníkem jsem získala data od souboru 30 osob závislých na heroinu, které v současné době docházejí na substituční terapii do CMS.
Zkoumaný soubor měl věkové rozpětí od 19 do 40 let, průměrný věk souboru činil 27,3 z toho 11 žen a 19 mužů.

Kriteriem pro zařazení do studie bylo:
a) diagnóza- syndrom závislosti na nelegálních návykových látkách
Stejný dotazník jsem použila u kontrolní skupiny. Kontrolní skupina představovala soubor 30 osob bez diagnózy závislosti na návykových látkách.

Snažila jsem se zvolit členy kontrolní skupiny tak, aby odpovídali pokud možno věkovému složení zkoumanému souboru osob závislých. Věkové rozpětí této skupiny bylo tedy také 19-40 let, průměrný věk souboru činil 26,3 z toho 13 žen a 17 mužů.

Kritériem pro zařazení do souboru kontrolní skupiny bylo:

a) nepřítomnost diagnózy syndromu na návykových látkách
b) věk

Stručný přehled

Počet osob, které byly požádány o spolupráci	36
Počet osob, které se odmítly na výzkumu podílet	6
Počet osob v souboru	30
Počet osob kontrolní skupiny	30

3.3.2 Způsob sběru dat

K zajištění dat, která by vypovídala o vlivu rodiny na vznik a vývoj závislosti na návykových látkách, jsem použila dotazníkové metody.

Dotazník jsem rozdávala v Centru metadonové substituce klientům, kteří tam docházejí. Jelikož má CMS určitý režim, který nedovoluje, aby se v prostorách, kam docházejí klienti na podávání methadonu, zdržoval někdo další, nejednala jsem s klienty přímo, ale za pomoci sester, které jsem poprosila, aby klientům dotazník rozdaly a podaly jim k němu instrukce..Instrukce sestávaly z informace, že dotazník je anonymní, dobrovolný a určený pro potřeby studentského výzkumu. Rozdávání dotazníku jsem sledovala ze sesterny a případně doplnila další informace.

Z 36ti oslovených klientů jich 6 odmítlo dotazník vyplnit. Jako důvod většinou uváděli nedostatek času. 30 dalších klientů dotazník vyplnilo, jen u některých otázek , které nebyly koncipovány ano/ne, často neodpověděli.

Snažila jsem se minimalizovat možná zkreslení ve výpovědích klientů tím, že jsem v instrukcích, které jim sestry podávaly trvala na zdůraznění toho, že dotazník je anonymní a nikdo kromě mne k němu nebude mít přístup. Kontrolní skupinu jsem se snažila volit tak, aby co nejvíce odpovídala věkovým rozpětím i zastoupením pohlaví respondentů ve skupině

zkoumané..I zde jsem se snažila minimalizovat riziko zkreslení tím, že jsem důrazně vysvětlila, že dotazník je anonymní.

Dotazník jsem sestavila sama za pomoci vedoucího práce doc. Břicháčka a u formulování některých otázek jsem se inspirovala v Dotazníku pro dospívající..(konkrétně se jedná o otázky číslo 13, 14, 16, 17, 21, 22, 28, 29). Dotazník zahrnuje 49 otázek. Tento dotazník přikládám v příloze.

Jelikož jsem neměla možnost dostat se do kontaktu s rodinami klientů závislých na psychoaktivních látkách, sestavila jsem dotazník, který bude vypovídat o rodinném prostředí tak, jak jej vidí závislí.

První základní okruh otázek (1-6) mapuje věk, pohlaví, zaměstnání respondentů.

Další okruh (7-15) je zaměřen na zjištění základní rodinné situace původní rodiny respondentů, tj. počet sourozenců, zda vyrůstali ve vlastní rodině, zda se v rodině vyskytovaly problémy s alkoholem, drogami, zákonem.

Další okruh (16-34) otázek mapuje kvalitu rodinného prostředí a výchovný styl v původní rodině.

Další okruh (otázky 35-41) se zaměřuje na zkoumání toho, co si respondenti myslí o rodině, tj. zda mají či hodlají založit vlastní rodinu, partnerský vztah apod.

Otázky 42-46 zkoumají to, kdo je pro respondenty důležitým člověkem, oporou v životě. Tyto otázky již nejsou koncipovány ano/ne, ale vyžadují delší odpověď. Zde mne zajímalo, zda potvrdí či budou v rozporu s výsledky z předchozích částí dotazníku (např. vyjde mi kvalitní rodinné prostředí, ale jako negativní vzor bude uveden otec apod.)

Poslední okruh otázek(47-49) jsou zaměřeny na plány do budoucnosti. Zajímalo mne, zda se přístup k rodině promítne do plánů a obav z budoucnosti (Např.: „Těším se na společný život s partnerem, na děti..“, Bojím se, že mne opustí partner“, „ že budu jako otec“ apod.)

Otázky 42-49, které nebyly koncipovány ano/ne činili respondentům největší problémy, velká část ze zkoumaného vzorku závislých je proškrtla a také někteří respondenti z kontrolní skupiny nebyli ochotni na ně odpovídat.

Jako špatně formulované se ukázaly otázky 45 a 46: Kdo je Váš pozitivní vzor?, Kdo je Váš negativní vzor? Většina respondentů z obou skupin tyto otázky ignorovala, zvláště otázku na „negativní vzor,“ s tím, že neví, co znamená.

3.3.3 Způsob vyhodnocení

Pro vyhodnocení jsem nejprve vložila údaje z dotazníků do tabulek. Tabulka 1 obsahovala odpovědi respondentů z experimentálního vzorku závislých, tabulka 2 odpovědi ze skupiny kontrolního vzorku respondentů bez diagnózy drogové závislosti. Odpovědi na otázky koncipované ano/ ne jsem do tabulek převedla A/N.

Odpovědi na otázku 3- nejvyšší dosažené vzdělání jsem převedla na bodovou stupnici – 1-6.

Odpovědi na otázky 43-47, které nejsou koncipovány ano/ne jsem převáděla na bodovou stupnici takto:

Otázka 43: Jestli ano, u koho?

2 body: Jestliže se v odpovědi vyskytovaly osoby z původní nebo současné rodiny, příbuzní

1 bod: jestliže se vyskytovali přátelé

0 bodů: jestliže se v odpovědích vyskytovalo něco jiného nebo jestliže na respondent na otázku neodpověděl.

Otázka 44: Koho byste poznačil/la za nejdůležitější osobu ve Vašem životě?

2 body: osoby z rodiny původní nebo současné, příbuzní

1 bod: přátelé

0 bod.: jiná odpověď nebo bez odpovědi.

Otázka 45: Koho považujete za Váš pozitivní vzor?

2 body: osoby z rodiny původní nebo současné, příbuzní

1 bod: přátelé

0 bod.: jiná odpověď nebo bez odpovědi

Otázka 46: Koho považujete za Váš negativní vzor?

1 bod: osoby z rodiny původní nebo současné, příbuzní

O bodů: jiná odpověď nebo bez odpovědi

Otázka 47: Jaké jsou Vaše plány do budoucnosti?

1 bod: jestliže se v odpovědích vyskytovalo přání mít rodinu, zlepšit rodinné vztahy, mít partnera, mít děti apod.

0 bodů: jiná odpověď nebo bez odpovědi.

Otázka 48: Čeho se v budoucnu nejvíce bojíte?

1 bod: jestliže se v odpovědích vyskytovala rodina, děti apod.(Např. „ že budu jako otec, že nebudu mít rodinu, že se blízkým něco stane..)

0 bodů: jiná odpověď nebo bez odpovědi

Otázka 49: Na co se v budoucnu nejvíce těšíte?

1 bod: jestliže se v odpovědích vyskytovala rodina, děti apod.

0 bodů: jiná odpověď nebo bez odpovědi

Otázky 6: Jaké bylo Vaše poslední zaměstnání? a otázku 8: počet sourozenců jsem do tabulek nepřeváděla.

Ke zjištění rozdílů mezi skupinami v odpovědích na otázky koncipované ano/ne jsem použila výpočet pomocí χ^2 prostřednictvím programu SPSS.

3.4 Zjištění a výsledky

Z těchto tabulek vyplynula následující zjištění:

- Vzdělání: Průměrné vzdělání v experimentální skupině bylo 2,64, v kontrolní skupině 4,46. Tzn., že průměrné vzdělání v experimentální skupině bylo vyučení-vyučení s maturitou. U kontrolní skupiny bylo průměrné vzdělání SŠ s maturitou- nedokončená VŠ.

-Statisticky velmi významný rozdíl mezi skupinami jsem zjistila u otázek:

4:Studujete v současné době?

Z celého souboru dotázaných osob studovalo 30,0%, přičemž v experimentální skupině studovalo 10,0% osob, zatímco ve skupině kontrolní 50,0% dotázaných. Zjištěný rozdíl byl průkazný na jednoprocentní hladině významnosti.

5:Jste v současné době zaměstnán/a

Z celého souboru dotázaných osob pracovalo v současné době 61,7 %, přičemž v experimentální skupině pracovalo 46,7% osob, zatímco ve skupině kontrolní 76,7% dotázaných. Zjištěný rozdíl byl průkazný na pětiprocentní hladině významnosti.

7:Měl/la jste někdy problémy se zákonem v souvislosti s braním drog?

Z celého souboru dotázaných osob mělo problémy se zákonem v souvislosti s užíváním drog 34,5% přičemž ve skupině experimentální mělo tyto problémy 63,3%, zatímco ve skupině kontrolní 3,6% dotázaných. Zjištěný rozdíl byl průkazný na jednoprocentní hladině významnosti.

15: Byl někdo z blízké rodiny během Vašeho života uvězněn?

Z celého souboru dotázaných osob mělo 13,3% v rodině někoho, kdo byl během jejich života uvězněn ,přičemž ve skupině experimentální mělo někoho takového v rodině 23,3%, zatímco ve skupině kontrolní 3,3% dotázaných. Zjištěný rozdíl byl průkazný na pětiprocentní hladině významnosti

23: Označil/la byste své dětství za šťastné?

Z celého souboru dotázaných osob označilo své dětství za šťastné 78,3%, přičemž ve skupině experimentální označilo své dětství za šťastné 66,7%, zatímco ve skupině kontrolní 90,0% dotázaných. Zjištěný rozdíl byl průkazný na pětiprocentní hladině významnosti.

25: Záleželo rodičům nebo pěstounům velmi na Vašem školním prospěchu?

Z celého souboru dotázaných osob u 91,4% záleželo jejich rodičům nebo pěstounům velmi na jejich školním prospěchu, přičemž ve skupině experimentální záleželo rodičům nebo pěstounům velmi na jejich školním prospěchu u 100%, zatímco ve skupině kontrolní u 91,4% dotázaných. Zjištěný rozdíl byl průkazný na pětiprocentní hladině významnosti.

26: Nutili Vás rodiče nebo pěstouni často k činnostem, o které jste neměl/la zájem?

Z celého souboru dotázaných osob nutili rodiče nebo pěstouni často k činnostem, o něž neměli zájem 36,7% dotázaných, přičemž u skupiny experimentální nutili rodiče nebo pěstouni často k činnostem, o něž neměli zájem 50,0%, zatímco u skupiny kontrolní 23,3% dotázaných. Zjištěný rozdíl byl průkazný na pětiprocentní hladině významnosti.

40: Je partner/ partnerka závislý/ závislá na drogách?

Z celého souboru dotázaných osob mělo partnera nebo partnerku závislé na drogách 18,5% dotázaných, přičemž u skupiny experimentální mělo partnera nebo partnerku závislé na drogách 32,0 %, zatímco u skupiny kontrolní 6,9% dotázaných. Zjištěný rozdíl byl průkazný na pětiprocentní hladině významnosti.

41: Byl partner/ partnerka závislý/ závislá na drogách?

Z celého souboru dotázaných osob mělo partnera nebo partnerku v minulosti závislé na drogách 21,8% dotázaných, přičemž u skupiny experimentální mělo partnera nebo partnerku v minulosti závislé na drogách 42,3 %, zatímco u skupiny kontrolní 3,4% dotázaných. Zjištěný rozdíl byl průkazný na jednoprocentní hladině významnosti.

Rozdíly mezi experimentální a kontrolní skupinou nebyly statisticky významné u otázek:

9: Vyrůstal/la jste ve vlastní rodině?

Z celého souboru dotázaných vyrůstalo ve vlastní rodině 96,7%, z toho 96,7% ze skupiny experimentální a 96,7% ze skupiny kontrolní.

10: Vyrůstal/la jste v pěstounské rodině?

Z celého souboru dotázaných vyrůstalo ve pěstounské rodině 1,7%, z toho 3,3% ze skupiny experimentální a 0,0% ze skupiny kontrolní.

11:Vyrůstal/la jste v dětském domově?

Z celého souboru dotázaných vyrůstalo v dětském domově 0,0%,.

12: Kouří/ kouřil alespoň jeden z Vašich rodičů/ pěstounů?

Z celého souboru dotázaných kouří nebo kouřil alespoň jeden z rodičů u 70%, z toho 70% ze skupiny experimentální a 70% ze skupiny kontrolní.

13: Stalo se, že se někdo z blízké rodiny opíjel tak, že měl problémy v rodině, práci nebo s přáteli?

Problémy v rodině, práci nebo s přáteli v souvislosti pitím alkoholu měl někdo z blízké rodiny 28,3% dotázaných, z toho 23,3% v experimentální skupině a 33,3% ve skupině kontrolní.

14: Stalo se, že někdo z blízké rodiny bral marihuanu, kokain, heroin nebo pervitin?

Tyto drogy bral někdo z blízké rodiny 28,3% dotázaných, z toho 23,3% v experimentální skupině a 33,3% ve skupině kontrolní.

16: Bývá/bývala rodina často pohromadě?

Rodina bývá nebo bývala často pohromadě u 65,0% z celkového souboru dotázaných, z toho u 53,3% v experimentální skupině a 76,7% ve skupině kontrolní.

17: Hádáte/ hádali jste se s rodiči nebo pěstouny často a přitom na sebe křičíte/ křičeli jste?

Z celkového souboru dotázaných se s rodiči hádalo 40,0% dotázaných, z toho 60,0% v experimentální skupině a 40,0% ve skupině kontrolní.

18: Nabízeli či dovolili Vám rodiče nebo pěstouni pít alkohol, když Vám ještě nebylo 18 let?

61,7% z celkového souboru dotázaných dovolili nebo nabízeli rodiče pít alkohol, když jim ještě nebylo 18let z toho 50,0% ze skupiny experimentální 73,3% ze skupiny kontrolní.

19: Vědí rodiče či pěstouni, co Vás zajímá a co ne?

Z celkového souboru dotázaných u 68,3% dotázaných vědí rodiče či pěstouni o jejich zájmech z toho u 68,3 % z experimentální skupiny a 63,3% u skupiny kontrolní.

20: Existují ve Vaší rodině jasná pravidla, co smíte a co ne?

Z celkového souboru dotázaných u 53,4% existují v rodině jasná pravidla z toho u 51,7% experimentální skupiny a 55,2% u skupiny kontrolní.

21: Vědí rodiče nebo pěstouni, co si doopravdy myslíte o věcech které jsou pro Vás důležité?

U 52,5% z celkového souboru dotázaných vědí jejich rodiče, co si respondenti myslí o věcech, které jsou pro ně důležité, z toho u 44,8% ze skupiny experimentální a u 60,0% ze skupiny kontrolní.

22: Máte pocit, že se o Vás rodiče dostatečně starají/starali?

86,7% z celkového souboru dotázaných má pocit, že se o ně rodiče dostatečně starali, z toho 80,0% ze skupiny experimentální a 93,3% ze skupiny kontrolní.

24: Cítil/a jste se doma bezpečně?

83,3% z celkového souboru dotázaných se cítilo doma bezpečně, z toho 76,7% ze skupiny experimentální a 90,0% ze skupiny kontrolní.

27: Používaly se v rodině tělesné tresty?

Z celkového souboru dotázaných se používaly v rodině tělesné tresty u 53,4%, z toho u 58,6% ze skupiny experimentální a 48,3% ze skupiny kontrolní.

28: Mohl/a jste vyjádřit svůj názor, i když byl opačný než rodičů/ pěstounů?

Svobodně vyjadřovat své názory mohlo v rodině 94,9% z celkového souboru dotázaných, z toho 93,1% ze skupiny experimentální a 96,7% ze skupiny kontrolní.

29: Stalo se, že Vás někdo z rodiny sexuálně obtěžoval?

Sexuální obtěžování v rodině se vyskytovalo u 3,3% z celkového souboru dotázaných, z toho u 6,7% ze skupiny experimentální a 0,0% ze skupiny kontrolní.

30: Podporovali Vás rodiče ve Vašich plánech?

Z celkového souboru dotázaných 72,9% podporovali rodiče v jejich plánech, z toho 66,7% ze skupiny experimentální a 79,3% ze skupiny kontrolní.

31: Měl/a jste pocit, že se rodičům můžete svěřovat?

Z celkového souboru dotázaných mělo pocit, že se rodičům může svěřovat 63,3%, z toho 53,3% ze skupiny experimentální a 73,3% ze skupiny kontrolní.

32: Stěžoval si některý z rodičů/ pěstounů před Vámi často na druhého?

Z celkového souboru dotázaných si jeden rodič stěžoval na druhého u 39,0%, z toho 44,8% ze skupiny experimentální a 33,3% ze skupiny kontrolní.

33: Stěhovali jste se s rodinou často?

Z celkového souboru dotázaných se často stěhovalo 20,0%, z toho 20,0% ze skupiny experimentální a 20,0% ze skupiny kontrolní.

34: Trpí nebo trpěl někdo z Vašich rodičů/ pěstounů vážnou duševní chorobou?

Z celkového souboru dotázaných trpí nebo trpěl někdo z rodiny duševní chorobou u 8,5%, z toho 6,9% ze skupiny experimentální a 10,0% ze skupiny kontrolní.

35: Máte nyní vlastní rodinu?

Z celkového souboru dotázaných má nyní vlastní rodinu 23,3%, z toho 26,7% ze skupiny experimentální a 20,0% ze skupiny kontrolní.

36: Máte děti?

Z celkového souboru dotázaných má děti 23,3%, z toho 33,3% ze skupiny experimentální a 13,3% ze skupiny kontrolní.

37: Hodláte založit vlastní rodinu?

Z celkového souboru dotázaných hodlá založit vlastní rodinu 69,1%, z toho 64,3% ze skupiny experimentální a 74,1% ze skupiny kontrolní.

38: Chcete mít děti?

Z celkového souboru dotázaných chce mít děti 73,2%, z toho 64,3% ze skupiny experimentální a 82,1% ze skupiny kontrolní.

39: Máte v současné době stálého partnera/ partnerku?

Z celkového souboru dotázaných má v současnosti partnera či partnerku 51,70%, z toho 50,0% ze skupiny experimentální a 53,3% ze skupiny kontrolní.

42: Máte pocit, že můžete u nějaké osoby hledat oporu?

Z celkového souboru dotázaných má pocit, že může u někoho hledat oporu 84,7%, z toho 75,9% ze skupiny experimentální a 93,3% ze skupiny kontrolní.

3.5 Diskuze

Jakou podporu přinášejí zjištěné výsledky pro hypotézy uvedené na začátku empirické části?
U hypotézy 1 (V rodině závislých bude větší počet blízkých příbuzných, kteří kouří a také těch, kteří mají nebo měli problémy s alkoholem či jinými návykovými látkami.) lze říci, že tato hypotéza se v mém výzkumu nepotvrdila. Oba zkoumané soubory se statisticky významně nelišily v počtu rodinných příslušníků, kteří měli problémy s alkoholem, v počtu blízkých, kteří kouří či užívají nebo užívali nějakou jinou návykovou látku. Dokonce jsem zaznamenala mírně vyšší počet rodinných příslušníků s těmito charakteristikami u kontrolní skupiny, tj. u skupiny bez diagnózy drogové závislosti, a to ve všech oblastech kromě kouření, kde bylo skórování naprosto vyrovnané.
U hypotézy 2 (V rodině závislých se bude častěji objevovat „ nesprávný“ výchovný styl- například tělesné tresty, nezájem o dítě, absence jasných pravidel, časté hádky, nucení dítěte do činností o něž nemá zájem atd.) se skupiny statisticky významně lišily pouze u dvou z 10 okruhů zkoumání. Závislí jednak výrazně častěji uvádějí, že byli často nuceni do činností, o které neměli zájem , jednak, že jejich rodiče kladli velký důraz a školní prospěch. Nicméně i u ostatních zkoumaných okruhů tohoto tématu se u souboru závislých projevuje určitý, i když statisticky nevýznamný posun. Tento posun se projevuje v tom, jak často bývala rodina pohromadě- rodina závislých bývala méně často pohromadě (zde nacházíme rozdíl blízko hranice statistické významnosti). Respondenti ze skupiny závislých také o něco méně často uváděli, že jejich rodiče vědí nebo věděli, co je zajímá, co je pro ně důležité a méně je podporovali v jejich plánech.
Podobný posun lze zaznamenat i to, že se v rodině závislých častěji užívali tělesné tresty a méně často mohli vyjádřit názor opačný názorům rodičů.s
U hypotézy 3 (V hodnocení rodinného prostředí závislých se bude častěji objevovat negativní hodnocení jejich původního rodinného prostředí)se statisticky významně lišily obě skupiny pouze u jedné ze čtyř otázek vztahujících se k této hypotéze, a to u otázky, zda by respondenti označili své dětství za šťastné. Osoby závislé výrazně méně často uváděli, že považují své dětství za šťastné. Dovolím si tvrdit, že vzhledem k formulaci hypotézy se jedná o otázku klíčovou. V dalších okruzích otázek se již statisticky významné rozdíly neobjevují. Obě skupiny respondentů cítily doma podobnou míru bezpečí, možnosti se rodičům svěřovat a podobně často zažily situaci, kdy si jeden z rodičů stěžoval před nimi na druhého. Nicméně i zde nacházíme určitý posun v datech obdobný jako u hypotézy dvě- tj. v neprospěch

hodnocení rodiny závislých. Přestože se jedná o posun pod hranicí statistické významnosti myslím, že o něčem vypovídá.

K doplnění celkového obrazu se vztahují také data z okruhu otázek, které jsem statisticky přesně nevyhodnocovala. Statisticky tedy nelze říci, o čem data přesně vypovídají, nicméně již z pouhý pohled na odpovědi něco naznačuje. Je zajímavé, že za osobu, u které mohou hledat oporu, označuje velmi podobný počet osob obou skupin někoho z rodiny a za pozitivní vzor označuje někoho z rodiny dokonce více lidí z experimentální skupiny závislých. To by se mohlo zdát v rozporu s předešlými výsledky, především s tvrzením o nešťastném dětství.

Na druhou stranu tato fakta ovšem mohou odkazovat také na to, že u závislých neproběhlo úspěšné odpoutání od rodiny nebo že v jejich rodinách figuroval či figuruje nějaká dynamika vztahu vzájemné závislosti, takže ačkoli na rodinné prostředí nahlížejí spíše negativně, nejsou schopni či ochotni se od něj zcela odpoutat apod.

Tento výzkum však nebyl proveden tak, aby bylo možno tyto předpoklady potvrdit, takže se jedná jen o určitou spekulaci.

U hypotézy 4 (Ve skupině závislých se bude častěji objevovat duševní choroba rodičů) lze říci, že se tato hypotéza v mém výzkumu nepotvrdila. Mezi oběma skupinami nebyl žádný, ani nevýrazný rozdíl v tom, kolik rodičů trpělo duševní chorobou.

U hypotézy 5 (Ve skupině závislých se bude častěji objevovat sexuální zneužívání)s by bylo opět možno říci, že se hypotéza nepotvrdila, neboť mezi oběma skupinami nebyl výrazný rozdíl v tom, zda trpěli sexuálním zneužíváním. Nicméně bych ráda pro dokreslení uvedla fakt, že v experimentální skupině závislých dvě dívky sexuální zneužívání uvedly, kdežto ve skupině kontrolní tento fakt neuvedl nikdo.

U hypotézy 6 (Osoby ze skupiny závislých budou mít v rodině častěji někoho, kdo byl během jejich života uvězněn) lze říci, že tato hypotéza se v mém výzkumu potvrdila.V xperimentální skupině závislých se statisticky významně častěji objevoval fakt, že někdo z rodiny byl během jejich života uvězněn.

U hypotézy 7 (Ve skupině závislých se bude méně často objevovat rodina jako hodnota, která je pro ně důležitá, která jim může poskytnout oporu, a které by chtěli dosáhnout.) lze říci, že v položkách vztahujících se k tomuto tématu se obě skupiny výrazněji neliší. Přibližně stejně často mají v současné době vlastní rodinu nebo partnera či partnerku. Statisticky významně se však liší v tom, že mnohem větší počet osob ze skupiny závislých má partnera či partnerku, kteří jsou nebo byli závislí.

Prakticky se neliší v tom, zda by chtěli v budoucnu založit rodinu. Malý rozdíl, i když pod hranicí významnosti se projevuje v tom, zda by chtěli mít děti. Zde se projevuje ve skupině

závislých určitá slabá tendence děti nemít. Tento fakt může ovlivňovat však také to, že v této skupině nacházíme další podobně významný rozdíl v tom, že častěji již děti mají. To může souviset jednak s tím, že průměrný věk souboru závislých je o něco vyšší než u souboru kontrolního a také s tím, že v souvislosti se svým celkově méně odpovědným přístupem k život, méně plánují a plánovali kdy mít děti.

Nicméně v dalších položkách se soubory neliší prakticky vůbec. V plánech do budoucnosti se objevuje přání žít spokojeně s rodinou, těšení se na společný život s přítelem či přítelkyní, výchova dětí objevuje stejně často u obou skupin. U závislých je třeba doplnit, že celkem častěji vyjadřují přání restaurovat vztahy v rodině apod.

Vezmeme-li v úvahu pouze výsledky , které vyplývají za statistické hladiny významnosti, lze říci, že se ze sedmi hypotéz jednoznačně potvrdila pouze jediná, která se týká toho, že v rodině závislých se u častěji vyskytovaly blízké osoby, které byly uvězněny. Ostatní předpoklady se statisticky nepotvrdily. Ovšem když zohledníme i určité statisticky nevýznamné tendence, které se ve výzkumu objevily, je třeba říci, že naprosto vyvráceny byly pouze tři předpoklady. Jednak se v rodině závislých nevyskytovali častěji rodinní příslušníci, kteří kouřili nebo měli problémy s alkoholem či jinými návykovými látkami, jednak se v rodině závislých nevyskytovali častěji osoby trpící duševní chorobou a také se nepotvrdilo, že by závislí méně často chápali rodinu jako pozitivní hodnotu a cíl, kterého chtějí dosáhnout.

U dalších předpokladů vidíme určité statisticky nevýznamné tendence směrem k jejich potvrzení.

V rodině závislých se vyskytoval o něco častěji nesprávný výchovný styl a negativní hodnocení jejich původní rodiny. Jako zajímavý hodnotím fakt, že přesto, že svou původní rodinu vidí závislí negativněji, než kontrolní skupina, vidí rodinu jako významnou hodnotu, které chtějí dosáhnout. To, že si závislí rodinu uvědomují hodnotu rodiny a rádi by jí dosáhli, by mohlo souviset s tím, že tento konkrétní soubor závislých dochází na substituční terapii, tj.snaží se svůj drogový problém řešit. U jiného vzorku závislých, kteří se o řešení nepokouší by mohl být výsledky jiné. K podpoře tohoto tvrzení přispívá i fakt, že dotazník jsem rozdávala klientům CMS, kteří byli podle tvrzení sester poměrně sociálně stabilizovaní. Nicméně stále jde o pouhou spekulaci z mé strany.

4.Závěr

Drogy jsou, ať už se nám to líbí či ne součástí naší společenské reality.

Provázejí vývoj naší civilizace již od samého počátku. Není tedy reálné se domnívat, že by mohly být někdy ze společnosti zcela odstraněny, a už vůbec ne pouze represivními opatřeními, jak se ještě mnoho lidí domnívá. Také není pravdou, že by se drogový problém týkal jen určité části populace, tj. lidí nějak abnormálních a ostatní populace by byla vůči němu imunní.

Svou prací jsem se chtěla pokusit proniknout do podstaty rodinných vztahů a konstelací, které přispívají k vzniku a vývoji drogové závislosti či které naopak před vznikem závislosti chrání.

Potvrdilo se mi, že závislost je složitý proces, kde nelze určit jedinou příčinu. Stále se potvrzuje předpoklad, že užívání drog je problém, který vychází z mnoha dílčích příčin ve společnosti, v dané kultuře, v rodině i osobnosti uživatele. U každého může být podíl jednotlivých příčin různý.

Rodina však hraje v životě každého člověka důležitou a nezastupitelnou roli, neboť zprostředkovává člověku první kontakt se světem, ve kterém bude žít a jeho zákonitostmi.I ve výzkumné části práce se mi potvrdilo, že rodina hraje v životě závislých rozhodně důležitou roli, ať již v pozitivním či negativním smyslu.I lidé dlouhá léta závislí na drogách , o kterých se obecně tvrdí, že nemají žádné hodnoty, se rozhodně často k rodině vztahovali jako k něčemu důležitému v jejich životě.

Seznam použité literatury:

Bergeret, J.: Toxikomanie a osobnost. Praha, Victoria Publishing 1995.

Ferjenčík, J.: Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Praha, Portál, 2000.

Heller, J., Pecinovská, O.: Závislost známá neznámá. Praha, Grada, 1996.

Hajný, M.: O rodičích, dětech a drogách. Praha, Grada 2001.

Hajný, M., Klouček, E., Stuchlík, R.: Akta Y. Olomouc, Votobia 1999, s.10-16.

Kalina, K. a kolektiv: Drogy a drogové závislosti (Mezioborový přístup), Díl I, Praha, Úřad vlády České republiky, 2003, s. 91-94, 119, 140-145.

Kolektiv autorů: Drogy ze všech stran. Filia, Praha, 1995, s. 41-42.

Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize: Duševní poruchy a poruchy chování. Diagnostická kritéria pro výzkum, Praha, Psychiatrické centrum, 1996.

Marhoulová, J., Nešpor, K.: Alkoholici, feťáci a gambleři. Praha, Empatie 1995.

Nerad, J.M., Neradová, L.: Drogy a mýty. Olomouc, Votobia, 1998.

Nešpor, K., Csémy, L., Pernicová, H.: Jak zůstat fit a předejít závislostem. Praha, Portál, 1999.

Nešpor, K., Csémy, L., Provazkíková H.: Dotazník pro dospívající identifikující rizikové oblasti : (volně podle R. E. Tartera). Praha, Státní zdravotní ústav, Fortuna, 1998.

Nešpor, K., Csémy, L., Sovinová, H.: Programy prevence závislostí a možnosti jejich hodnocení. Praha, Státní zdravotní ústav, 1998.

Nešpor, K., Csémy, L.: Léčba a prevence závislostí. Psychiatrické centrum Praha, 1996.

Nešpor, K.: Alkohol, drogy a vaše děti. Praha, Sportpropag, 1997.

Nešpor, K.: Návykové chování a závislost. Praha, Portál, 2000, s.16-25,79-90.

Nešpor, K.: Vaše děti a návykové látky. Praha, Portál 2001.

Presl, J.: Drogová závislost. Praha, Maxdorf, 1994.

Sobotková, I.: Psychologie rodiny. Praha, Portál, 2001.

Urban, E.: Toxikománie. Praha, Avicenum 1973, s.14-44.

Vojtík, V., Machová, J., Břicháček, V.: Poruchy vývoje dětí a mladistvých a jejich projevy v rodině a ve škole. Praha, Státní pedagogické nakladatelství, 1990.

www.drogy-info.cz

Tento dotazník se týká rodiny. Pokud nejste v současné době s rodinou v kontaktu, odpovídejte prosím za období, kdy jste v kontaktu byli.

1.Počet dovršených let věku: _____

2.Pohlaví: ☐ muž ☐ žena

3.Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
☐ ZŠ
☐ Vyučení
☐ Vyučení s maturitou
☐ SŠ s maturitou
☐ Nedokončené VŠ
☐ Dokončené VŠ

4.Studujete v současné době? ☐ ano ☐ ne

5.Jste v současné době zaměstnán/a? ☐ ano ☐ ne

6.Jestli ne, jaké bylo Vaše poslední zaměstnání? _____

7.Měl/ a jste někdy problémy se zákonem v souvislosti s braním drog?
☐ ano ☐ ne

8.Kolik máte sourozenců? _____

9.Vyrůstal/la jste ve vlastní rodině? ☐ ano ☐ ne

10.Vyrůstal/la v pěstounské rodině? ☐ ano ☐ ne

11.Vyrůstal/la v dětském domově? ☐ ano ☐ ne

12.Kouří/ kouřil alespoň jeden z Vašich rodičů? ☐ ano ☐ ne

13.Stalo se, že se někdo z blízké rodiny opíjel tak, že měl problémy v rodině, práci nebo s přáteli? ☐ ano ☐ ne

14.Stalo se, že někdo z užší rodiny (matka, otec, bratr nebo sestra) bral marihuanu, kokain, heroin nebo pervitin? ☐ ano ☐ ne

15.Byl někdo z blízké rodiny během Vašeho života uvězněn?
☐ ano ☐ ne

16.Bývá/ bývala rodina často pohromadě? ☐ ano ☐ ne

17.Hádáte/ hádali jste se s rodiči nebo pěstouny často a přitom na sebe křičíte/ křičeli jste? ☐ ano ☐ ne

18.Nabízeli či dovolili Vám rodiče/ pěstouni pít alkohol když Vám ještě nebylo 18 let?
☐ ano ☐ ne

19.Vědí rodiče či pěstouni co Vás zajímá a co ne? ☐ ano ☐ ne

20.Existují ve Vaší rodině jasná pravidla co smíte a co ne?
☐ ano ☐ ne

21.Vědí rodiče nebo pěstouni co si doopravdy myslíte o věcech které jsou pro Vás důležité? ano ☐ ne ☐

22.Máte pocit, že se o Vás rodiče/ pěstouni dostatečně starají/ starali?
☐ ano ☐ ne

23.Označil/ a byste své dětství za šťastné? ☐ ano ☐ ne

24.Cítil/ a jste se doma bezpečně? ☐ ano ☐ ne

25.Záleželo rodičům nebo pěstounům velmi na Vašem školním prospěchu?
☐ ano ☐ ne

26.Nutili Vás rodiče nebo pěstouni často k činnostem o které jste neměl zájem?
☐ ano ☐ ne

27.Používali se v rodině tělesné tresty? ☐ ano ☐ ne

28.Mohl/ a jste vyjádřit svůj názor i když byl opačný než rodičů / pěstounů?
☐ ano ☐ ne

29.Stalo se, že Vás z rodiny někdo sexuálně obtěžoval?
☐ ano ☐ ne

30.Podporovali Vás rodiče/ pěstouni ve Vašich plánech?
☐ ano ☐ ne

31.Měl/ a jste pocit, že se rodičům/ pěstounům můžete svěřovat?
☐ ano ☐ ne

32.Stěžoval si některý z rodičů/ pěstounů před vámi často na druhého?
☐ ano ☐ ne

33.Stěhovali jste se s rodinou často? ☐ ano ☐ ne

34.Trpí nebo trpěl někdo z Vašich rodičů / pěstounů vážnou duševní chorobou?
☐ ano ☐ ne

35.Máte nyní vlastní rodinu? ☐ ano ☐ ne

36.Máte děti? ☐ ano ☐ ne

37.Hodláte založit vlastní rodinu? ☐ ano ☐ ne

38.Chcete mít děti? ☐ ano ☐ ne

39.Máte v současné době stálého partnera/ partnerku?
☐ ano ☐ ne

40.Je partner/partnerka závislý/ závislá na drogách?
☐ ano ☐ ne

41.Byl partner/partnerka závislý/ závislá na drogách?
☐ ano ☐ ne

42.Máte pocit, že můžete u nějaké osoby hledat oporu?
☐ ano ☐ ne

43.Jestli ano, u koho? _____

44.Koho byste označil/ la za nejdůležitější osobu ve vašem životě?

_____

45.Koho považujete za Váš pozitivní vzor? _____

46.Koho považujete za Váš „negativní vzor“? _____

47.Jaké jsou Vaše plány do budoucnosti? _____

_____

48.Čeho se v budoucnu nejvíce bojíte? _____

_____

49.Na co se v budoucnu nejvíce těšíte? _____

_____

Další přílohy viz. soubor Tabulky.xls