

Rodinný systém a závislosť

Ján Kahan, Eva Žiaková

SÚHRN

Tento príspevok vznikol z čiastkových výsledkov záverečnej práce s cieľom prezentovať najzaujímavejšie štatistické zistenia. Východiskovou teóriou je systémový prístup k rodine, ktorý sa javí ako najefektívnejší pri obnovovaní fungovania rodiny postihnutej drogovou závislosťou. Cieľom práce je poukázať na dôležitosť vnímania drogového závislého jedinca ako člena rodinného systému a nevyhnutnosť v tomto kontexte organizovať celú liečbu, doliečovanie a prevenciu recidívy.

ABSTRACT

This work arose out of partial results of the final paper to present the most interesting statistical findings. The underlying theory is a systemic approach to a family which shows as the most effective in the restoration of the working of a family stricken by drug addiction. The goal of this paper is to point out the importance of perception of a drug addict as a member of the family system and the necessity to organize in this context the whole treatment, post-treatment and prevention of recurrence.

ÚVOD

Drogová závislosť je jednou z najzávažnejších porúch vo fungovaní rodiny. Bolo prezentovaných množstvo teoretických prác a výskumov v danej oblasti ako aj prijatých preventívnych opatrení. Je ale otázne načo sa zabúda alebo kde sa robí chyba, že závislých ľudí stále pribúda, vekové hranice prvej konzumácie alkoholu, fajčenia, alebo užitia iných drog klesajú do nižších vekových kohort a zariadenia pre liečbu i doliečovanie závislých sú nad rámec vyťažené. Drogová závislosť primárne zasahuje jedinca a jeho rodinu, ale rodina taktiež pôsobí ako protektívny alebo rizikový činiteľ, ktorý sa podieľa na jej vzniku. Keď chceme, aby nastala zmena v oblasti užívania alkoholu, cigariet a drog je nevyhnutné, aby tímy multidisciplinárnych odborníkov začali súdržne, systematicky, komplexne a dlhodobo pracovať na mikroúrovni rodiny, mezosystéme školy a komunity. Len tvrdou mravenčou prácou na tej najnižšej úrovni sa možno dopracovať k zmenám, ktoré v dlhodobom horizonte ovplyvnia aj širšie systémy.

RODINNÝ SYSTÉM

Človek je primárne členom orientačnej alebo prokreačnej rodiny. Drogová závislosť, ak postihne akéhokoľvek člena rodiny, negatívne narúša všetky väzby, interakcie, komunikáciu a celkové fungovanie rodinného systému (Bock 2008; Colman 2009; Matoušek 2008). V súčasnosti sa pri nazeraní na rodinu využíva systémový prístup, ktorý je značne rozšírený, všeobecne prijímaný a javí sa ako najvhodnejší. Rodina sa tu chápe ako autopoietický systém s ďalšími subsystémami, vytvárajúc vlastnú zložitú vnútornú štruktúru, hranice a väzby, kde subsystémy sa vzájomne ovplyvňujú, komunikujú, fungujú na základe určitých princípov a interagujú so sociálnym oko-

lím. V USA sa model systémovej a ekologickej teórie stal prevládajúcou praxou sociálnej práce, avšak v Európe už to nie je také jednoznačné. Systémový a ekologický prístup je v mnohých aspektoch, ako napríklad multifaktoriálnosť a holizmus, oceňovaný, avšak integruje do systémoveho chápania rodiny aj individuálny náhľad na jej jednotlivého člena s cieľom pochopiť a vysvetliť adaptáciu i fungovanie v užšom aj širšom kontexte jeho sociálneho prostredia a obklopujúcich systémov (Colman 2009; Harris — White 2013; Payne 2014; Sobotková 2012).

DROGOVÉ ZÁVISLOSTI (LÁTKOVÉ)

Užívanie psychoaktívnych látok je staré ako ľudstvo samo. Najstaršie záznamy ohľadom marihuany pochádzajú z Číny z obdobia 4 000 rokov pred našim letopočtom. Zápisky o alkohole sa nachádzajú na klinových tabuľkách z roku 2 200 p. n. l., na egyptskom papyruse z roku 2000 p. n. l., ako aj na Chammurabiho zákonníku z 18. storočia p. n. l. (Escotado 2003). Ale história užívania psychoaktívnych látok siaha hlboko do obdobia neandrtálcov. Dokazujú to paleoantropologické a etnofarmakologické štúdie (Rätsch 2008). Až modernita a postmodernita urobila z mystického užívania psychoaktívnych látok bežnú záležitosť všedného dňa a v niektorých prípadoch dokonca rutinu, čo prerástlo do globálneho sociálno-patologického javu. Vážnosť problematiky drogovej závislosti spočíva v širokospektrálnom negatívnom dopade na jedinca a jeho prostredie, v užšom i širšom ponímaní a komplikovanosť spočíva v náročnosti na liečbu jedinca v zmysle holistického prístupu, do ktorého patria aj vzťahy s ostatnými členmi rodiny, ako aj samotní jej členovia.

Syndróm závislosti je podľa MKCH-10 (Nešpor 2011; Vágnerová 2012) súbor psychických a somatických fenoménov, ktoré sa vytvorili ako dôsledok užívania určitej látky, alebo súboru látok, ktoré u daného jedinca zaujali preferenčne dominantné miesto. Definitívna diagnóza by sa mala stanoviť iba v prípade, kedy v priebehu jedného roka sa vyskytli tri alebo viacero z nasledujúcich javov:

1. silná túžba a potreba užívať látku,
2. neschopnosť kontroly, sebaovládania pri užívaní látky,
3. rast tolerancie k účinku látky,
4. abstinčný syndróm,
5. postupné zanedbávanie všetkých oblastí súkromného i profesijného života,
6. pokračovanie v užívaní látky aj napriek vedomiu a jasným dôkazom (často osobných) o jej škodlivosti.

Existujú rôzne prístupy ako biologické, psychologické, sociálno-environmentálne, integratívne bio-psycho-sociálne a spirituálne, ktoré sa snažia vysvetliť prečo ľudia užívajú drogy, prečo v tomto užívaní pokračujú a prečo opäť nastáva u týchto ľudí recidíva a relaps po období abstinencie. Je zrejmé, že bio-medicínsky model ponúka príliš úzky rámec pre vysvetlenie tohto fenoménu a vhodnejšie je využitie systémovej prizmy a chápania človeka ako bio-psycho-socio-spirituálnej bytosti. Systémový prístup potom drogovú závislosť charakterizuje ako multifaktoriálne podmienenú interakciu, na vzniku ktorej sa podieľajú vymedzené skupiny etiologických fakto-

rov, ktorými sú vlastnosti a charakteristiky návykových látok, somatické a psychické charakteristiky jedinca, prežívanie zmyslu života a socio-kultúrne vplyvy v kontexte ekologickej perspektívy (Frankl 2010; Frankl 2011; Harris White 2013; Kavenská 2009; Kolibáš 2007; Křivohlavý 2010; Nešpor 2013; Ogborne 1997; Okruhlica 1998; Ondrejko-vič 2009; Vágnerová 2012; Volpicelli — Szalavitz 2000).

RODINA SO ZÁVISLÝM ČLENOM (ZÁVISLÁ RODINA)

Uplatňujúc systémový a sociálno-ekologický prístup je zrejmé, že drogová závislosť zasahuje v rôznej miere a intenzite všetky systémy, ako ich definoval U. Bronfenbrenner (In Matoušek 2013), a teda mikrosystém, mezosystém, exosystém, makrosystém a chronosystém. Závislosťou sú najviac dotknuté osoby tvoriace najbližšie sociálne okolie závislého, ktorým je mikrosystém rodiny (Woititz 2002).

Multifaktoriálne podmienený jav, ako drogová závislosť, je charakteristický svojou zložitou a o to viac, ak sa na drogovú závislosť pozeráme z hľadiska rodinného systému. V prípade výskytu drogovej závislosti u ktoréhokoľvek člena rodinného systému sa stáva závislá aj celá rodina, mení sa jej štruktúra a celkové fungovanie (Bindasová 2007; Kredátus 2002). Závislý jedinec, ktorý prechádza vývojovými štádiami závislosti je integrálnou súčasťou rodiny, a tak týmito štádiami závislosti prechádza aj rodina so všetkými jej členmi stávajúc sa spoluzávislými. Spoluzávislosť (*kodpendencia*) je zložitý multidimenzionálny jav, definovaný ako nechcené, nedobrovoľné a nevedomé spolupodieľanie sa na závislosti druhého jedinca. Jedná sa o naučené správanie v plnej miere zasahujúce všetky oblasti kodpendenta tak, ako zasahuje droga závislého jedinca, teda ide o oblasť fyzickú, mentálnu, emocionálnu a duchovnú. Spoluzávislý prestáva naplňovať svoje potreby a celkom je pohltený naplňaním potrieb závislého člena rodinného systému, čím mu umožňuje návykové správanie. Deje sa tak bez uvedomovania si tohto faktu spoluzávislým (Alcoholics Anonymous 2001; Pavelová 2011; Bindasová 2007; Nešpor 2011).

Obzvlášť sú zasiahnuté a ohrozené deti vo vývinových obdobiach, senzitívnych pre naplňovanie bazálnych potrieb a utvárania osobnosti (Smékal 2009; Šavrnichová 2011; Woititz 2002). Deti v rodine so závislým jedným alebo oboma rodičmi, môžu reagovať rôzne. S. Wegscheiderová — Cruseová (In Nešpor 2011) a Bock (2008) uvádzajú najčastejšie reakcie detí na závislosť rodiča, respektíve rodičov:

1. *rodinný hrdina* — najčastejšie ide o najstaršie dieťa, ktoré preberá úlohy závislého rodiča, tie sú avšak nad rámec jeho kompetencií, čo sa môže v dospelosti prejavovať ako pocit menejcnosti,
2. *stratené dieťa* — dieťa sa uzatvára a utahuje do seba, málo komunikuje a uniká do vnútorného sveta fantázie,
3. *klaun* — smiechom a šaškovaním sa snaží odvieť pozornosť od problémov,
4. *čierna ovca* — porušovaním noriem a delikvenciou odpútava pozornosť od problémov dospelých.

Rodičia sú vzorom pre svoje deti či chcú alebo nie, a to sa netýka len oblasti konzumácie alkoholu alebo iných drog, ale týka sa to všetkého vzorového správania, sociálnych

spôsobilostí a modelových situácií, ktoré sa dieťa v priebehu vývinu učí od svojich rodičov. Dieťa potrebuje pre svoj zdravý a optimálny vývin istotu a bezpečie. Ambivalentné postoje a city, nevypočítateľné správanie, často s agresívnymi tendenciami rozhodne spôsobuje zmätok a disharmóniu v celej rodine a mimoriadne ohrozuje ontogézu detského člena rodinného systému (Alcoholics Anonymous 2001; Bock 2008; Woititz 2002). Aj keď spoluzávislý rodič hovorí dieťaťu „lúbim ťa“, hovorí to v zúfalstve a trápení. Túto inkongruentnosť dieťa cíti, čo sa následne môže prejavíť u dospelých detí alkoholikov (resp. závislých rodičov) ambivalentnosťou v interpersonálnych vzťahoch (Woititz 2002). J. G. Woititz (2002, s. 14-15) uvádza všeobecné charakteristiky v rôznej miere vyskytujúce sa u dospelých detí alkoholikov:

1. dospelé deti alkoholikov len tušia, aké správanie je normálne;
2. dospelé deti alkoholikov majú problém s dokončením začatých vecí;
3. dospelé deti alkoholikov klamú, aj keď povedať pravdu je ľahké;
4. dospelé deti alkoholikov sa hodnotia veľmi prísne, bez zľutovania;
5. dospelé deti alkoholikov majú problém sa zabávať;
6. dospelé deti alkoholikov sa vnímajú veľmi vážne;
7. dospelé deti alkoholikov majú ťažkosti v intímnych vzťahoch;
8. dospelé deti alkoholikov reagujú prehnane na zmeny, nad ktorými nemajú kontrolu;
9. dospelé deti alkoholikov sa neustále dožadujú pochvaly a súhlasu;
10. dospelé deti alkoholikov sa cítia byť odlišné od ostatných ľudí;
11. dospelé deti alkoholikov sú prehnane zodpovedné, alebo prehnane nezodpovedné;
12. dospelé deti alkoholikov sú extrémne oddané, aj keď táto oddanosť nie je zaslúžená resp. opodstatnená;
13. dospelé deti alkoholikov sú impulzívne a majú tendenciu konať bez uváženia, prehodnotenia alternatívneho správania a zhodnotenia následkov. To vedie k pocitu zmätku, strate kontroly nad situáciou, čo má za následok averziu voči vlastnej osobe.

Užívanie alkoholu alebo drog v rodine pôsobí ako významný rizikový faktor, nie len na vznik drogovej závislosti u dieťaťa, respektíve iného člena rodiny, ale aj na riziko vzniku iných psychosomatických ochorení a psychosociálnych problémov. Treba však uviesť, že nie všetci spoluzávislí členovia postihnutých rodinných systémov sa neskôr stávajú závislými, alebo vyznačujúcimi sa psychosomatickými alebo psychosociálnymi narušeniami. Títo členovia sú naopak charakteristickí odolnosťou, respektíve rezilienciou tvorenou protektívnymi faktormi na úrovni individuálnej a na úrovni systémov sociálneho prostredia (Bock 2008; Čablová — Miovský 2013; Hart — Hartlová 2010).

Naproti dispozičnej reziliencii jedinca, konštrukt *rodinnej reziliencie* vychádza z teórie rodinného stresu a jeho zvládania, čo predpokladá fungovanie základných princípov rodinného systému. Jednoducho prenesené, reziliencia je odolnosť rodiny voči stresogénnym faktorom. Rezilientná rodina si tak zachováva zavedené vzorce fungovania, prípadne sa adaptuje na novovzniknuté situácie bez vážnejšieho narušenia chodu rodiny, vytváraním a budovaním novej rovnováhy (Hartl — Hartlová 2010; Sobotková 2012; Tóthová 2011). Z uvedeného vyplýva, že pri patológii drogovej

závislosti nemožno hovoriť o rodinnej reziliencii, aj keď sa rodina snaží vytvoriť novú rovnováhu (pseudorovnováhu), ktorá však nie je harmonická, ale patologická. Vplyvom drogovej závislosti sa mení celá štruktúra rodiny:

- *hranice*; hranice rodiny voči okolitému svetu majú za úlohu zakryť tajomstvo rodiny, zatiaľ čo vnútorné hranice sú patologicky narušené, vznikajú rôzne koalície a izolácie členov, prelína sa vykonávanie rolí, pravidlá nie sú zreteľné atď.,
- *väzby* sú narušené naprieč celým rodinným systémom, pôvodná manželská aliancia nadobúda patologický ráz s príznačným stresom, únikom, popieraním a neuvedomovaním si reálneho problému,
- *moc*; mocou disponuje závislý člen, ktorý psychickým vydieraním a manipulovaním ostatných členov rodiny dosahuje svoje ciele a potreby pre ďalšie návykové správanie,
- *intimita a autonómia*; u spoluzávislých členov sa objavuje silný stresogénny faktor intrapersonálneho konfliktu, ktorý spočíva v snahe utiecť (vyhnúť sa) pred závislým členom (stresujúcim faktorom) a návratom do stresujúceho prostredia s cieľom zachrániť rodinu,
- *hodnoty* závislého člena sa diametrálne odlišujú od hodnôt ostatných jej členov, keďže závislý člen má jedinou hodnotu, a tou je droga,
- *komunikácia* sa stáva nástrojom zakrývania problému a reality, závislý komunikáciu používa ako nástroj psychického vydierania a ubližovania ostatným členom rodiny (Bindasová 2007; Kredátus 2002).

Členovia rodiny, ktorí nadužívajú alebo zneužívajú alkohol, respektíve iné psychoaktívne látky, sú obeťami samých seba zasahujúc svoje sociálne okolie a v najväčšej miere rodinný systém, ktorého sú členmi. Dôsledky výskytu závislosti v rodinnom systéme sú o to vážnejšie, ak sú v systéme prítomné maloleté deti alebo mladiství. V našich sociokultúrnych podmienkach je alkohol všeobecne prijímaný, tolerovaný a akceptovaný. Táto habitualizácia alkoholu v našej kultúre spôsobuje značné problémy vzhľadom na to, že odborná pomoc zo strany závislého, resp. iného člena rodiny je zväčša vyhľadaná až vtedy, kedy jedinec prejavuje všetky všeobecne známe symptómy závislosti, napáchal dostatok škôd a vytvorená pseudorovnováha rodiny je viac neúnosná. Preto je dôležité, aby sa začal klásť dôraz na identifikáciu detí z týchto rodín a následnú systematickú sociálnu prácu s týmito deťmi, mladistvými v súčasnosti a so zapájaním ostatných členov rodinného systému.

CHARAKTERISTIKA VÝSKUMU

V našom výskume sme sa pomocou subjektívnych výpovedí respondentov snažili získať informácie ohľadom kvality fungovania rodinných vzťahov, ovplyvnených drogovou závislosťou. Cieľom bolo zistiť, ako sa mení fungovanie rodinného systému s drogovou závislým členom, respektíve ako vplýva vznik, priebeh závislostí, liečba, doliečovanie na subjektívne hodnotenie kvality fungovania rodinných vzťahov a prevenciu recidívy. Pomocou neparametrických metód sme zisťovali predpokladané šta-

tistické významnosti medzi skupinami v subjektívnom hodnotení kvality rodinných vzťahov v jednotlivých obdobiach, ako aj porovnaním predpokladaných vnútroskupinových odlišností jednotlivých období. Predpokladané štatistické rozdiely sme overovali pomocou U-Testu (Man — Whitney) a znamienkového testu (Fisher sign — test) v programe IBM SPSS. Ako hladinu štatistickej významnosti pre všetky výpočty sme zvolili $p_a < 0,025$, vzhľadom na to, že testované hypotézy boli jednostranne formulované smerom k zlepšeniu rodinných vzťahov v období abstinencie.

Pre zber informácií sme zvolili dotazník ako najvhodnejšiu metódu, vychádzajúc z hypotéz a cieľného štatistického spracovania. Pri zostavovaní dotazníka sme sa inšpirovali slovenskou verziou dotazníka pre meranie kvality života WHOQOL-BREF (1996) (dotazník Svetovej Zdravotníckej Organizácie). Otázky sme formulovali podľa potrieb našich výskumných hypotéz a podľa už doposiaľ známych výskumných zistení v danej problematike. Dotazník pozostával z deviatich otázok. Otázky jedna až štyri boli formulované ako uzavreté štruktúrované otázky s verbálnou odpoveďovou škálou poradového charakteru. Piata otázka bola formulovaná tiež ako uzavretá štruktúrovaná otázka, ale bez škály. Šiesta a siedma otázka bola naformulovaná ako uzavretá štruktúrovaná dichotomická otázka. Ôsma otázka bola zostavená ako uzavretá štruktúrovaná otázka s numerickou škálou a deviata otázka bola otvorená s numerickou odpoveďou.

Distribúcia dotazníkov prebiehala dvoma spôsobmi. Časť dotazníkov, ktoré vyplňali abstinujúci drogovzo závislí bola administrovaná osobne. Druhá časť dotazníkov, ktoré vyplňali hospitalizovaní drogovzo závislí bola administrovaná za pomoci zdravotníckeho personálu daného zariadenia. Teoretickú populáciu pre náš výskum tvoria všetci drogovzo závislí jedinci, ktorých sme rozdelili do dvoch podskupín, a to abstinujúcich drogovzo závislých a aktuálne hospitalizovaných drogovzo závislých. Výber výskumnej vzorky mal charakter trsového výberu, no v našom výskume sme skupinu (trs) z teoretickej populácie nevyberali náhodne (ako by to malo byť metodologicky správne), ale cielene vzhľadom na dostupnosť výberu.

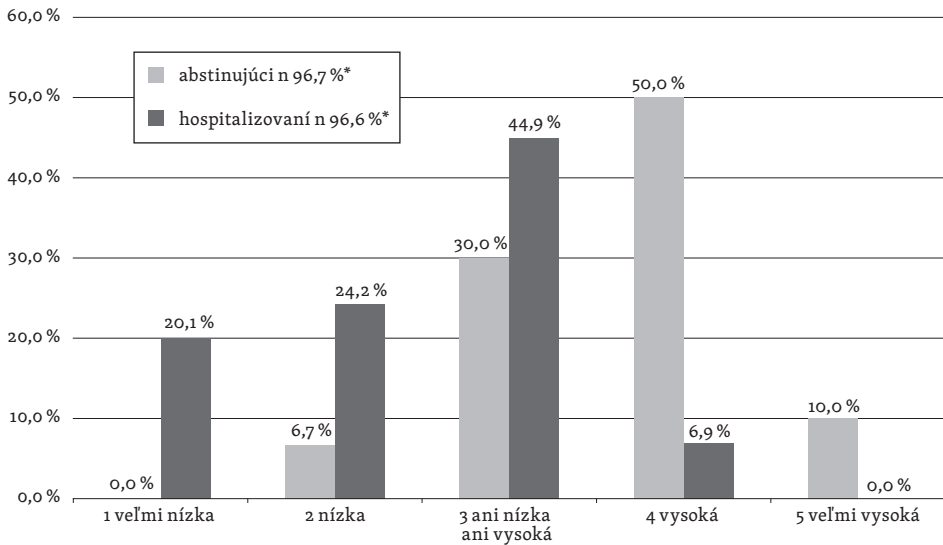
Pre získanie účastníkov výskumu, ako dostupnej populácie pre náš výskum, sme navštívili zariadenie CPLDZ Košice (Centrum pre liečbu drogových závislostí). Výskumnú vzorku tvorili drogovzo závislí jedinci. Výskumný súbor drogovzo závislých jedincov sme rozdelili do dvoch skupín. Prvú skupinu tvorili všetci aktuálne hospitalizovaní drogovzo (alkohol aj iné drogy) závislí. Druhú skupinu tvorili abstinujúci drogovzo závislí, ktorí navštevujú A — klub a skupinové terapie. Výskumu sa zúčastnilo 59 (100 %) respondentov, z toho 29 (49 %) hospitalizovaných a 30 (51 %) abstinujúcich závislých.

VÝSLEDKY VÝSKUMU

Pre účely tohto príspevku vyberáme najzaujímavejšie štatistické výsledky a zistenia.

Na obrázku 1 je znázornená početnosť, ako hodnotia kvalitu rodinných vzťahov v súčasnosti abstinujúci a hospitalizovaní respondenti. Z grafu možno vyčítať signifikantný rozdiel, hlavne pri hodnotení rodinných vzťahov ako o vysoko kvalitných.

Po dosadení údajov do príslušného štatistického programu nám vyšla hodnota $U = 128,5$, čomu po ďalšom výpočte zodpovedá hodnota rizika chyby $p_a < 0,001$. Medián u abstinujúcich dosiahol hodnotu $M_{eA} = 4$ a u hospitalizovaných $M_{eH} = 3$. Z výsledku



OBR. 1 Kvalita rodinných vzťahov v súčasnosti

* jeden z respondentov neuviedol daný údaj

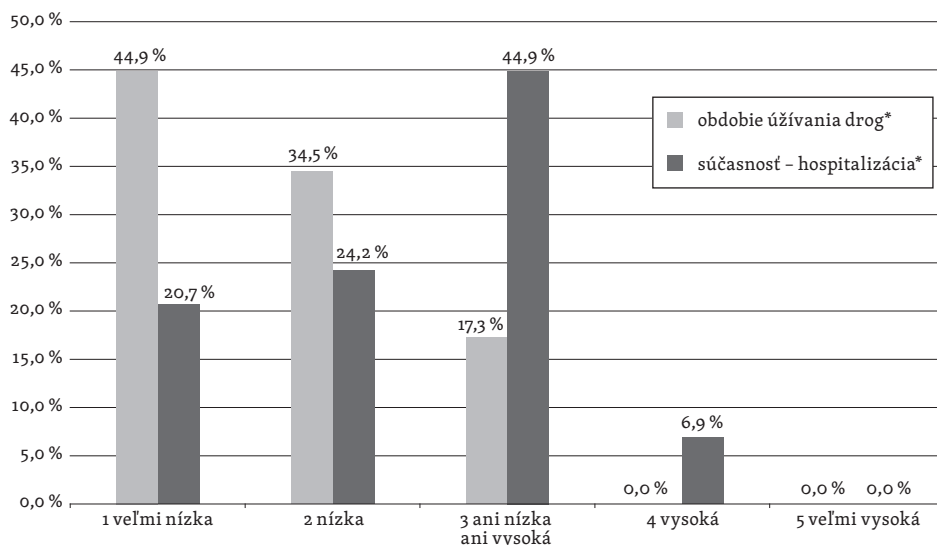
vyvodzujeme záver, platný na všetkých známych hladinách štatistickej významnosti, že v súčasnosti abstinujúci drogovo závislí hodnotia kvalitu fungovania rodinných vzťahov pozitívnejšie ako hospitalizovaní drogovo závislí.

Obrázok 2 znázorňuje ako hodnotili hospitalizovaní kvalitu rodinných vzťahov v období užívania drog a v súčasnosti, teda v čase hospitalizácie. Po dosadení údajov do príslušného štatistického programu za použitia Fisherovho sign testu nám vyšla hodnota testovacieho kritéria $z = -2,802$, čo zodpovedá hodnote rizika chyby $p_a = 0,002 \Rightarrow p_a < 0,025$. Hodnota mediánu pre obdobie užívania drog je $M_e = 2$ a pre súčasnosť (hospitalizácia) $M_e = 3$. Z výsledku môžeme vyvodit záver, že samotné podstúpenie liečby (rozhodnutie abstinovať) má signifikantný pozitívny vplyv na hodnotenie kvality rodinných vzťahov.

Na obrázku 3 je znázornené hodnotenie kvality rodinných vzťahov v období užívania drog a v období abstinencie u abstinujúcich závislých.

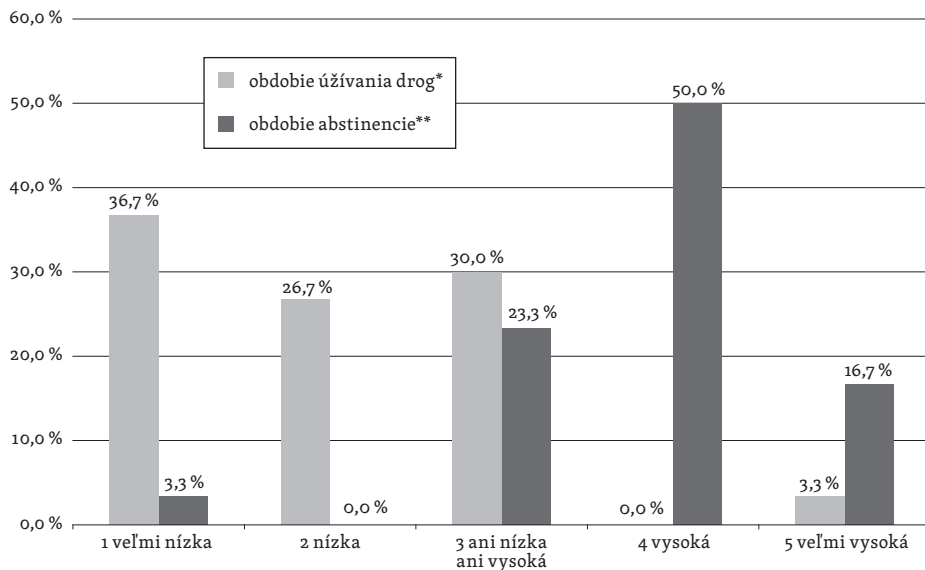
Po spracovaní údajov nám vyšla hodnota testovacieho kritéria $z = -4,338$, čo zodpovedá hodnote pravdepodobnosti chyby $p_a < 0,001$. Hodnota mediánu pre obdobie užívania drog je $M_e = 2$ a pre obdobie abstinencie je $M_e = 4$. Tvrdenie, že existuje signifikantný rozdiel v hodnotení kvality rodinných vzťahov v období abstinencie a v období užívania drog, smerom k zlepšeniu rodinných vzťahov v období abstinencie je platné na všetkých známych hladinách štatistickej významnosti.

V tabuľke 1 je vyčíslená početnosť výskytu rekreačných konzumentov drog/alkoholu u jedného, alebo oboch rodičov závislých respondentov.



OBR. 2 Kvalita rodinných vzťahov v súčasnosti a v období drog

* jeden z respondentov neuviedol daný údaj



OBR. 3 Kvalita rodinných vzťahov v období drog a abstinencie

* jeden z respondentov neuviedol daný údaj; ** dvaja z respondentov neuviedli daný údaj

respondenti	rodičia respondentov					
	áno		nie		spolu	
H + A;	n	%	n	%	n	%
N = 59 = 100%	42	71,18	17	28,81	59	100

TAB. 1 Rekreačný konzum drog rodičov respondentov

V tabuľke 2 je vyčíslená početnosť výskytu alkoholovej/drogovej závislosti u jedného, alebo oboch rodičov závislých respondentov.

respondenti	rodičia respondentov					
	áno		nie		spolu	
H + A;	n	%	n	%	n	%
N = 59 = 100%	21	35,59	37	62,7	58*	98,3

TAB. 2 Drogová závislosť rodičov respondentov

* – jeden z respondentov neuviedol daný údaj

Zo získaných údajov sme zistili, že 35,59 % respondentov uviedlo, že majú aspoň jedného rodiča, ktorý je závislý od alkoholu alebo drog, čo považujeme za významný fakt.

Tabuľka 3 vyčísluje zastúpenie drogových závislostí u respondentov. Zaujímavé sa nám zdá byť, že prevažná časť závislých respondentov je závislá od alkoholu, čo potvrdzuje skutočnosť, že alkohol je najrozšírenejšia droga nie len vo svete, ale aj na Slovensku.

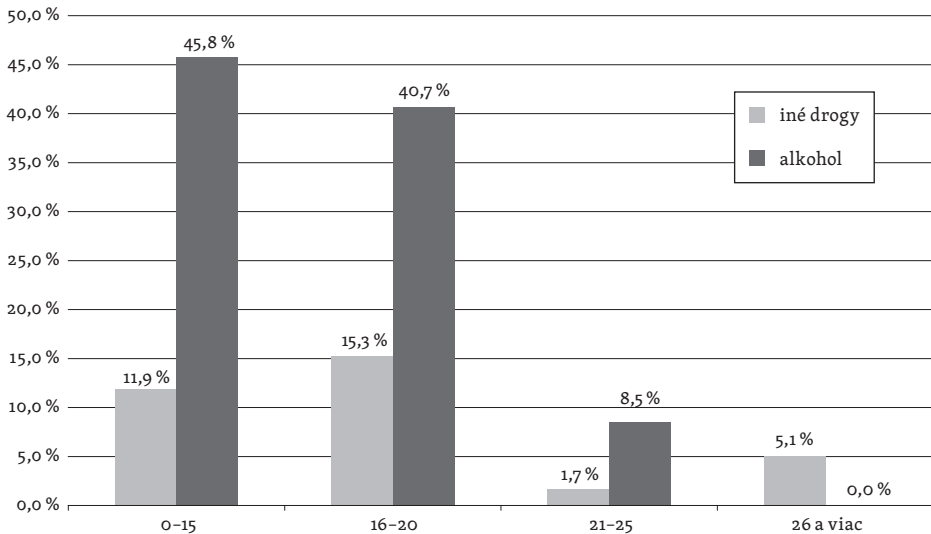
	N 59	100%
len alkohol	39	66,10%
alkohol aj iné drogy	17	28,81%
len iné drogy	3	5,08%

TAB. 3 Rozdelenie respondentov podľa drogovej závislosti

Obrázok 4 názorne porovnáva početnosť prvej konzumácie alkoholu a prvého užívania inej drogy v jednotlivých vekových kohortách všetkých respondentov (abstinujúcich aj hospitalizovaných).

ZAÚJÍMAVÉ VEDĽAJŠIE ZISTENIA

Počas spracovávania dát sa nám naskytla možnosť hlbšieho pohľadu do problematiky drogovej závislosti. Všimli sme si, že u kombinovaných drogovovo závislých respondentov (ktorí v dotazníku uviedli vek prvej konzumácie alkoholu, ako aj vek prvej konzu-



OBR. 4 Vek prvého užitia drogy/alkoholu

mácie inej drogy, čo znázorňuje tabuľka č. 4.) vek prvej konzumácie alkoholu predchádza, alebo sa rovná veku prvého užitia inej drogy. Zaujímavým zistením sa nám zdá byť táto skutočnosť, ktorá nám nastoľuje predpoklad, že s nižším vekom prvej konzumácie alkoholu môže narastať riziko konzumácie iných drog, ako aj znižovanie vekovej hranice užitia inej drogy.

	vek prvého užitia iných drog			
	0-15	16-20	21-25	26 a viac
vek prvého požitia alkoholu	6	5		2
		3	1	

TAB. 4 Vek prvého požitia alkoholu k veku užitia inej drogy

DISKUSIA

Práca svojimi výsledkami ohľadom subjektívneho hodnotenia kvality rodinných vzťahov v jednotlivých fázach závislosti, liečby a doliečovania respondentov dokazuje, že abstinencia má svoju vysokú kvalitatívnu hodnotu v živote jedinca i jeho rodiny, čo sa následne prejavuje zlepšením celého fungovania rodinného systému. V tomto tvrdení sme sa pri výskume opierali o zistenia longitudiálneho výskumu (Kredátus 2002), kde sa uvádza, že abstinujúci alkoholicy udržiavajúci kontakt so socioterapeutickým klubom, hodnotia abstinenciu, ale i rodinný život v období abstinencie vysoko po-

zitívne. Z výsledkov nášho výskumu sme okrem iného zistili, že už len podstúpenie liečby (rozhodnutie abstinovať) má výrazný pozitívny vplyv na hodnotenie kvality rodinných vzťahov.

Vychádzajúc z našich výsledkov, ktoré ukazujú, že len 29 % rodičov respondentov sú abstinenti, čo približne súhlasí s výsledkami výskumu „*Monitoring životného štýlu stredoškolskej mládeže v Slovenskej republike*“ (Rešovský 2011), kde 85 otcov zo 100 a 75 matiek zo 100 (z čoho vyplýva priemer $m = 20$ % rodičov sú abstinenti) konzumuje alkohol. To dokazuje fakt, že abstinencia nemusí byť vnímaná ako životná hodnota. Abstinencia nadobúda hodnotu až vtedy, keď jedinec prejde celým procesom závislosti a liečby, čo vnímame ako alarmujúce v celospoločenskom kontexte. Toto tvrdenie potvrdzuje aj longitudiálny výskum rodín so závislým členom od alkoholu, prebiehajúcim v rokoch 1978–1998 so zistením, že až 95,6 % respondentov verí v obnovu fungovania rodinných vzťahov počas abstinencie (Kredátus 2002).

Doposiaľ známe výskumy nepreukázali kauzálnu súvislosť medzi závislosťou rodičov a závislosťou ich detí, no odborníci sa zhodujú v tom, že výskyt závislosti v rodine pôsobí ako významný rizikový faktor na vznik závislosti u detí. Patologické následky dysfunkčnosti rodiny spôsobené závislým členom sú širokosiahle s dopadom na všetky funkcie rodiny. M. Šavrnochová (2011) uvádza, že alkoholizmus je ochorenie troch generácií, kde deti alkoholikov sa 4x a podľa Bocka (2008) 6x častejšie stanú závislé, ako deti zo zdravých rodín. Riziko vzniku závislosti u detí závislých rodičov je zjavné, nie však bezpodmienečné. D. B. Clark a kol. (In Barnardová 2011) uvádza výsledky longitudiálneho výskumu, kde z 560 detí sa u 266 detí s aspoň jedným závislým rodičom nevyskytlo užívanie návykových látok v období dospievania, no u týchto detí neskôr boli zistené vysoké hodnoty psycho-sociálneho narušenia. Výskumy S. S. Smitha a kol. a R. E. Tartera a kol. (In Kolibáš 2007) tiež ukazujú na nie nevyhnutný vznik závislosti u rizikových jedincov, čo pripisujú paralelnej prítomnosti protektívnych faktorov. V našom výskume sa nám toto tvrdenie potvrdilo a zo získaných údajov sme zistili, že 35,59 % respondentov uviedlo aspoň jedného drogového závislého rodiča. Berúc do úvahy toto číslo, ktoré predstavuje viac ako jednu tretinu respondentov nás utvrdilo v našom predpoklade, že rodina má kardinálnu funkciu v prevencii drogových závislostí.

Pri našom výskume sme zistili, že hospitalizovaní a abstínujúci respondenti uvádzajú, že zapájajú rodinu do procesu liečby a doliečovania v rovnakej miere. Z toho vyplýva, že hospitalizovaní respondenti sú počas liečby vedení k tomu, aby zapájali rodinu do procesu liečby, kde aj hospitalizácia v CPLDZ ponúka možnosti rodinných terapií. Ďalej môžeme vyvodit' predpoklad, že tí, ktorí ostanú v aktívnom zapájaní rodiny do doliečovacieho procesu, budú úspešne abstinovať. To by sme mohli s určitosťou tvrdit' len vtedy, ak by sme mali údaje o recidivujúcich respondentoch. Ale v našom tvrdení nás podporuje longitudiálny výskum (Kredátus, 2002), ktorý uvádza závery, že rodiny a abstinentné kluby sú najdôležitejšími poistkami, ale i zárukami života v abstinencii.

Výsledky výskumu, ktoré uvádza J. Kredátus (2002), konkrétne v období pitia a rozvoja pijanskej kariéry ukazujú, že viac ako polovica respondentov závislých od alkoholu začalo s pitím pred 30. rokom života a 26,7 % pred 20. rokom. My sme sa zamerali na zistenie veku prvého požitia alkoholu, respektíve užitia inej drogy. Výsledky, ktoré sme zistili sú maximálne alarmujúce. Respondenti závislí od alkoholu uviedli v 45,8 %

vek prvého konzumu alkoholu pod vekovou hranicou 15 rokov a 40,7 % vek prvého konzumu alkoholu medzi 16. a 20. rokom života z tých respondentov, ktorí uviedli tento údaj, čo tvorilo 94,9 % (závislí od alkoholu + závislí od alkoholu aj iných drog) z celkového počtu respondentov. Z celkového počtu respondentov 33,9 %, ktorí užili aj inú drogu ako alkohol, alebo len inú drogu uviedlo 11,9 % vek prvého užitia inej drogy pod vekovou hranicou 15 rokov a 15,3 % medzi 16. a 20. rokom života. Kritické zistenie ponúka aj tabuľka č. 3, ktorá znázorňuje vek prvého požitia alkoholu k veku prvého užitia inej drogy. Týchto respondentov sme zaznamenali s počtom 17 s vyvodením predpokladu, že s nižším vekom prvej konzumácie alkoholu rastie riziko užitia inej drogy, ako aj znižovanie vekovej hranice prvého kontaktu s inou drogou. Tento predpoklad sa môže stať výzvou pre ďalší výskum. Longitudiálny výskum uvádzaný J. Kredátusom (2002) je z rokov 1978–1998, a tento fakt musíme vnímať nie len z hľadiska sociálno-demografických ukazovateľov vekových kohort, ale aj z hľadiska politicko-spoločenského zriadenia. Máme na mysli prelom v roku 1989, kedy sa Slovensko otvorilo svetu nie len v zmysle politických hraníc, ale aj v zmysle otvorení sa svetu drog.

ZÁVER

Celoslovenské výskumy a štatistické zistenia, ako aj náš malý výskumný súbor poukazujú na fakt, že doposiaľ prijaté preventívne opatrenia sú efektívne len minimálne (Drogová závislosť — liečba užívateľa drog v SR 2012; NAPPA 2013; NMCD 2013). M. Miovský (2011) stručne uvádza najčastejšie chyby, ktorých sa v Českej republike (avšak Slovensko sa výrazne neodlišuje) dopúšťajú niektorí pracovníci ministerstiev, ako aj samotní realizátori preventívnych programov. Dôvody ako nesprávna koncepcia prevencie a chýbanie základných požiadaviek na preventívne programy, neprispôbenie preberaných zahraničných programov našim socio-kultúrnym podmienkam, nedostatočné overenie efektivity programu pred jeho implementáciou, ako aj chabá následná normatívna evalvácia výsledkov programov, vyčleňovanie prevencie z celového fungovania školy a chápanie prevencie ako „prívesku“, neakceptovanie nezávislých výskumov i nedostatočná kontrola a vyvodzovanie dôsledkov, to všetko má za následok, že štatistiky v oblasti konzumácie legálnych a ilegálnych drog sú alarmujúce.

Zo štatistík je zrejmé, že v oblasti prevencie všetkých úrovní, liečby a doliečovania drogovu závislých sa napriek širokému a hlbokému poznaniu problematiky, fundovanosti a erudovanosti odborníkov stále robia chyby, respektíve preventívne programy sú nesprávne koncipované. Ako uvádza Těminová (2011) vojnu s drogami sme prehrali a je čas na zmenu prístupu od moci k pomoci. Tento nerovný boj medzi drogami a ľuďmi, respektíve spoločnosťou sme ani nikdy vyhrať nemohli. Drogy tu vždy boli, sú aj budú. Ide len o to, aký postoj voči drogám zaujmú jednotliví členovia spoločnosti a nemáme na mysli len nelegálne drogy vzhľadom na to, že čo je nelegálne si určuje tá ktorá spoločnosť. Ďalším dôležitým faktom je zodpovedný postoj jednotlivcov voči svojmu zdraviu. Cigarety, alkohol a drogy sú jednoznačne negatívny faktor, vplývajúci na zdravie človeka so vznikom priamych aj vedľajších následkov s rizikom rozvoja závislosti (Křivohlavý 2009). Vychádzajúc z uvedených štatistík a zo psychológie zdravia možno vyvodiť predpoklad, že Slováci sa v značnej miere správajú rizikovo voči návykovým látkam, obzvlášť čo sa týka konzumácie alkoholu

ako legálnej drogy. Tu sa naskytá veľký priestor pre sociálnu prácu vo formovaní postojov detí, mládeže, ale aj mladých dospelých a rodičov, čo si vyžaduje komplexnosť, dlhodobosť a integráciu viacerých stratégií prevencie, ako jednej zo základných zásad efektívnej primárnej prevencie (Nešpor 2011).

Pomerne veľký problém predstavuje vyhľadávanie a identifikácia detí z rodín, v ktorých sa nadužíva alebo zneužíva alkohol, respektíve drogy, kde je nevyhnutná vzájomná spolupráca viacerých odborníkov, ako pedagogického pracovníka, všeobecného lekára, sociálneho pracovníka a sociálneho pracovníka v školskom prostredí, ako i ďalších z radu pomáhajúcich profesií. Avšak narážame na rôzne problémy. Jedným je, že školská sociálna práca nie je definovaná slovenskou legislatívou. Vážnejšie ako chýbajúce legislatívne vymedzenie školskej sociálnej práce je ľahostajnosť a nevhľadnosť si detí, ktoré majú rodičov zneužívajúcich, alebo nadužívajúcich alkohol, či drogy. Bio-medicínsky prístup je príliš úzky a vyžaduje sa chápanie človeka ako bio-psycho-socio-spirituálnej bytosti. Z toho vyplýva, že je nevyhnutná zmena z hierarchického na vzájomné usporiadanie spolupráce profesionálov s cieľom najlepšej pomoci klientovi. Ako uvádza M. Simpkin (Musil 2013) problém spočíva v tom, že lekári sa len ťažko zrieknu svojej navyknutej suverénnej kompetencie o rozhodovaní nad človekom s neochotou konzultovať svoje rozhodnutia mimo odbor a sociálni pracovníci sa majú tendenciu stať v rámci byrokratickej organizácie strnulí.

Dôležité je, aby boli dostupné rôzne možnosti liečby a doliečovania vzhľadom na to, že nie každá terapia je vhodná pre každého a lepšia je včasná identifikácia problémov a následná intervencia, ako čakanie na vlastný debakel závislého, keď už jediniec prejavuje väčšinu všeobecne známych symptómov závislosti (Kalina 2000; Nešpor 2011; Volpicelli — Szalavitz 2000). To však predpokladá vzájomnú kooperáciu odborníkov, rôzne možnosti služieb pre závislých a ich rodiny, ako aj všímavosť a ohľaduplnosť medzi ľuďmi. Príkladom dobrej praxe je Foundation 66, The Alcohol and Drug Services v Londýne, ktorá poskytuje celé spektrum rôznych služieb, napríklad komunitné služby, denné stacionáre, liečebné intervencie ako samotná detoxifikácia s následnou ambulatnou, alebo pobytovou formou s možnosťou využitia následných ubytovacích služieb, poradenstvo, vzdelávanie, podpora zamestnanosti a mnoho ďalších špeciálnych služieb s flexibilným a individuálnym prístupom. Foundation 66 spolu s National Society for the Prevention of Cruelty to Children (UK) vyvinuli služby pod názvom FAS — Family Alcohol Services. Ide o multidisciplinárne služby rodinám, kde sú deti vo veku do 18 rokov vystavené rizikám vznikajúcim pri nadužívaní, alebo zneužívaní alkoholu dospelými. Foundation 66 uskutočňuje svoju činnosť na všetkých úrovniach prevencie a aktívne sa podieľa na tvorbe protidrogovej politiky. V súčasnosti nadácia podporuje viac ako 6500 ľudí v rámci integrovaných služieb (<http://www.foundation66.org.uk/>). Čo sa týka Slovenska azda najrozsiahlejší systém starostlivosti s integrovanými zdravotníckymi, sociálnymi a pobytovými službami pre závislých jedincov, ľudí bez domova a ľudí v núdzi ponúka Gréckokatolícka charita v Prešove (<http://www.gkcharita-po.sk/>). Môžeme však konštatovať, že aj napriek svetlým výnimkám sú na Slovensku značné medzery v prevencii, službách a systéme starostlivosti o drogo závislých ľudí, ich rodiny a vo veľkej miere sa len „hasí“ to, čo je najakútnejšie.

Naším príspevkom sme chceli poukázať na sociálnu prácu s rodinou, ktorú považujeme za jeden z nosných pilierov všetkých úrovní prevencie drogových závislostí, nevyhnutnosť jej prepojenia a súčinnosť s preventívnymi programami.

LITERATÚRA

- ALCOHOLICS ANONYMOUS, W. S., 2001. *Alcoholics Anonymous — Big Book*. 4th ed. New York: Alcoholics Anonymous World Services, Inc. 575 p. ISBN 978-1-893007-16-1.
- BARNARDOVÁ, M., 2011. *Drogová závislosť a rodina*. Praha: Triton. 202 s. ISBN 978-80-7387-386-8.
- BINDASOVÁ, O., 2007. Rodina so závislým členom. In: Oravcová, J. — Ďuricová, L. — Bindasová, O. *Psychológia rodiny*. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici, Fakulta humanitných vied, s. 201-220. ISBN 978-80-8083-490-6.
- BOCK, M., 2008. The role of family as/and social environment in the professional work with alcohol addicted persons. In *IUC Journal of social work* [online]. 2008, vol. 16, no. 16.2 [vid. 2014-02-10]. Dostupné z: <http://www.bemidjstate.edu/academics/publications/social_work_journal/issue16/articles/bock.htm>
- COLMAN, M. A., 2009. *Oxford dictionary of psychology*. 3th ed. Oxford: Oxford University Press Inc. 896 p. ISBN 978-0-19-953406-7.
- ČABLOVÁ, L. — MIOVSKÝ, M., 2013. Rizikové a protektívne faktory v rodině, ktoré predikujú užívanie alkoholu u detí a dospievajících. *Československá psychologie*. 2013, roč. 57, č. 3, s. 255-270. ISSN 1804-6436. *Drogová závislosť — liečba užívateľa drog v SR, 2011* [online]. Bratislava: Národné centrum zdravotníckych informácií, 2012 [vid. 2014-03-17]. 72 s. Dostupné z: <<http://www.nczisk.sk/Documents/publikacie/2011/zs1244.pdf>>
- ESCOHOTADO, A., 2003. *Stručné dejiny drog*. Praha: Volvox Globator. 173 s. ISBN 80-7207-512-8.
- Foundation 66. [online]. [vid. 2014-03-16]. Dostupné z: <<http://www.foundation66.org.uk/>>
- FRANKL, V. E., 2010. *Vôľa k zmyslu*. Bratislava: LÚČ. 288 s. ISBN 978-80-7114-799-2.
- FRANKL, V. E., 2011. *Hľadanie zmyslu života*. Bratislava: Eastone Books. 133 s. ISBN 978-80-8109-159-9.
- Gréckokatolícka Charita Prešov*. [online]. [vid. 2014-03-16]. Dostupné z: <<http://www.gkcharita-po.sk/>>
- HARRIS, J. — WHITE, V., 2013. *A dictionary of social work and social care*. Oxford: Oxford University Press. 528 p. ISBN 978-0-19-954305-2.
- HRATL, P. — HARTLOVÁ, H., 2010. *Veľký psychologický slovník*. 4. vyd. Praha: Portál. 800 s. ISBN 978-80-7367-686-5.
- KALINA, K., 2000. *Léčba Drogové závislosti* [online]. Praha: Institut Filia [vid. 2014-03-15]. Dostupné z: <<http://old.lf3.cuni.cz/drogy/articles/lecba.html>>
- KAVENSKÁ, V., 2009. Smysl života v kontextu závislosti na alkohole. In: *E-Psychologie* [online]. ISSN 1802-8853, 2009, roč. 3, č. 1, s. 1-11. [vid. 2014-03-14]. Dostupné na internete: <<http://e-psychologie.eu/pdf/kavenska.pdf>>
- KOLIBÁŠ, E., 2007. Etiológia a patogenéza závislosti od návykových látok. In: Kolibáš, E. — Novotný, V. *Alkohol — drogy — závislosť*. Bratislava: Univerzita Komenského, s. 19-38. ISBN 978-80-223-2315-4.
- KREDÁTUS, J., 2002. Od funkčnej k disfunkčnej rodine, od kvality k nekvalite života. In: *Kvalita života a ľudské práva v kontextoch sociálnej práce a vzdelávania dospelých*. Prešov: Filozofická fakulta prešovskej univerzity, s. 196-203. ISBN 80-8068-088-4.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2009. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál. 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2010. *Mať pre čo žiť*. Bratislava: Karmelitánske nakladateľstvo. 136 s. ISBN 978-80-89231-23-2.
- MATOUŠEK, O., 2008. *Slovník sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál. 272 s. ISBN 978-80-7367-368-0.
- MATOUŠEK, O., 2013. Sociálně-ekologická teorie. In: Matoušek, O. a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, s. 74-76. ISBN 978-80-262-0366-7.
- MIOVSKÝ, M., 2011. Prečo primárna prevencia tak často zlyháva alebo kde sa stala chyba?

- Sociálna prevencia*. 2011, roč. 6, č. 3, s. 6–9. ISSN 1336-9679.
- MUSIL, L., 2013. Sociálna práca a jiné pomáhajúce obory/profese. In: Matoušek, O. a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, s. 506–509. ISBN 978-80-262-0366-7.
- NAPPA 2013–2020 — Národný akčný plán pre problémy s alkoholom na roky 2013–2020 [online]. Bratislava: Kancelária Svetovej zdravotníckej organizácie na Slovensku, 2013 [vid.. 2014-03-17]. 20 s. Dostupné z: <http://www.primarnykontakt.sk/wp-content/uploads/2013/11/NAPPA_SLOV-1.pdf>
- NMCD — Stav drogovej problematiky na Slovensku: Súhrn výročnej správy NMCD o stave drogovej problematiky v roku 2012 [online]. Košice: Equilibria, 2013 [vid. 2014-03-15]. 16 s. Dostupné z: <<http://www.infodrogy.sk/indexAction.cfm?module=Library&action=GetFile&DocumentID=1072>>
- NEŠPOR, K., 2011. *Návykové chováni a závislosť*. 4. vyd. Praha: Portál. 176 s. ISBN 9788073679088.
- NEŠPOR, K., 2013. Lidé závislí na alkoholu. In: Matoušek, O. a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, s. 380–381. ISBN 978-80-262-0366-7.
- OGBORNE, C. A., 1997. Theories of Addiction and Implications for Counselling. In: Harrison, S. — Carver, V. *Alcohol & Drug Problems: A Practical Guide for Counsellors*. Toronto: Addiction Research Foundation, p. 3–22. ISBN 978-08-886-8295-6.
- OKRUHLICA, L., 1998. Základné pojmy a princípy. In: Okruhlica, L. a kol. *Ako sa prakticky orientovať v závislostiach*. Bratislava: Centrum pre liečbu drogových závislostí: Inštitút drogových závislostí, s. 13–39. ISBN 80-968111-1-8.
- ONDREJKOVIČ, P., 2009. Konzumácia drog a drogové závislosti, alebo prečo ľudia užívajú drogy. In: Ondrejkovič, P. a kol. *Sociálna patológia*. 3. vyd. Bratislava: Veda, s. 265–292. ISBN 978-80-224-1074-8.
- PAVELOVÁ, L., 2011. Závislosti a ich vplyv na rodinný systém. In Hardy, M. — Mühlpachr, P. — Dudášová, T. *Sociální patologie rodiny*. Brno: Institut mezioborových studií, s. 291–299. ISBN 978-80-87182-17-8.
- PAYNE, M., 2014. *Modern social work theory*. 4th ed. Basingstoke: Palgrave MacMillan. 464 p. ISBN 978-0-230-24960-8.
- RÄTSCHE, CH., 2011. *Psychoaktivní rostliny*. Olomouc: Fontána. 288 s. ISBN 978-80-7336-625-4.
- REŠOVSKÝ, J., 2011. Potrebuje naša spoločnosť v 21. storočí rodinu? In: *Zborník príspevkov z vedeckej konferencie Štatistického úradu SR: Kvalita života v podmienkach globalizácie*. Bratislava: Štatistický úrad SR, s. 227–232. ISBN 978-80-8121-107-2.
- SOBOTKOVÁ, I., 2012. *Psychologie rodiny*. 3. vyd. Praha: Portál. 224 s. ISBN 978-80-262-0217-2.
- ŠAVRNOCHOVÁ, M., 2011. Deti alkoholikov si vyžadujú individuálny prístup. In: Hardy, M. — Mühlpachr, P. — Dudášová, T. *Sociální patologie rodiny*. Brno: Institut mezioborových studií, s. 300–308. ISBN 978-80-87182-17-8.
- TĚMINOVÁ, R. M., 2011. Válka proti drogám skončila neúspechom aneb od moci k pomoci. *Fórum sociální práce*. 2011, roč. 2, č. 2, s. 71–72. ISSN 1804-3070.
- TÓTHOVÁ, J., 2011. Úvod do transgenerační psychologie rodiny. Praha: Portál, 256 s. ISBN 978-80-7367-856-2.
- VÁGNEROVÁ, M., 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 5. vyd. Praha: Portál. 872 s. ISBN 978-80-262-0225-7.
- VOLPICELLI, J., SZALAVITZ, M., 2000. *Recovery options: The Complete Guide — How You and Your Loved Ones Can Understand and Treat Alcohol and Other Drug Problems*. New York: John Wiley & Sons Inc. 320 p. ISBN 0-471-34575-X.
- WOITITZ, G. J., 2002. *Adult Children of Alcoholics: at Home, at Work, and in Love*. Florida: Health Communications, Inc. 415 p. ISBN 978-1-55874-960-3.