

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Simona Bazalová

**Vliv rodinného prostředí na vznik drogové závislosti a možnosti
intervence**

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen prameny uvedené v seznamu literatury.

V Olomouci, dne 7. 4. 2013

.....

Podpis

Poděkování:

Ráda bych poděkovala vedoucímu bakalářské práce Mgr. Michalu Růžičkovi, Ph.D. za konzultace, pomoc, odborné vedení, poskytování rad a připomínek k této práci.

Obsah

Úvod	5
1 Drogy	7
1.1 Drogy a jejich účinky	7
1.2 Drogová scéna v ČR	13
2 Drogová závislost	16
2.1 Definice závislosti a její varovné signály	16
2.2 Modely závislosti	20
2.3 Rizikové skupiny	21
3 Rodinné prostředí	24
3.1 Rodinné faktory vzniku závislosti	24
3.2 Návykové problémy rodičů	31
3.3 Klasifikace závislosti ve vztahu k rodinnému prostředí	34
4 Možnosti intervence	36
4.1 Krizová intervence	36
4.2 Harm reduction a časná intervence	39
4.3 Rodinná terapie	41
Závěr	44
Seznam použité literatury	45
Seznam použitých zkratk	49
Anotace	

Úvod

Drogy jsou v dnešní společnosti stále častějším tématem, dostávají se čím dál víc do podvědomí a jsou stále více přístupnější veřejnosti. Tomuto faktu se nelze vyhnout, ať se k tomu společnost postaví jakkoliv odmítavě, drogy vždy byly a budou mezi námi. Skoro každý si jednou za život nějakou drogu vyzkouší na vlastní kůži, ať už v podobě legálních drog jako jsou cigarety či alkohol, tak i nelegálních jako například joint marihuany. Nemusí se vždy jednat o nátlak společnosti a vliv party, kořeny tohoto pokušení mohou, ač nevědomky, začít právě u rodiny. Rodina je už od prvopočátku jednou z nejdůležitějších platform společností. Je odpovědná za vývoj dítěte a jeho výchovu, což do budoucna formuje jeho postavení ve společnosti. Každý rodič se snaží pro své dítěte udělat a poskytnout mu to nejlepší, ale ne vždy je tomu tak, jak se na první pohled může zdát. V této práci chci upozornit a věnovat se problematice, že právě rodinné prostředí může být prvním krokem ke vzniku tohoto problému, bez ohledu na sociální postavení, vzdělání či majetek.

Cílem bakalářské práce je upozornit na mnohé rizikové faktory a situace, které ohrožují členy rodiny, především děti, a následně mohou vést k mnoha příčinám drogové závislosti. Dále charakterizovat závislost a rizikové skupiny jedinců, kteří mohou být potencionálními uživateli, a možné rozličné intervence, jak situaci změnit či ovlivnit.

První kapitola stručně popisuje dosavadní druhy drog a jejich účinky, které po jejich užití nastávají. A vymezuje současnou drogovou scénu v České republice.

Druhá kapitola se věnuje závislosti. Definuje závislost jako takovou a upozorňuje na mnohé varovné signály, které mohou být první stopou k odhalení problému drog u dítěte. Dále modely závislosti a identifikaci dalších možných rizikových skupin z hlediska drog, včetně rodiny.

Třetí kapitola je zaměřena právě na rodinné prostředí, které je v mnoha ohledech klíčové. Rodinné prostředí jako takové nelze jednoznačně charakterizovat, proto popisují možné řady mechanismů či faktorů a zvyků v rodině, které se na závislosti podílejí. Upozorňuji na návykové problémy rodičů, které výchovu komplikují a mohou být určitým spouštěčem závislosti právě u samotného dítěte.

Čtvrtá kapitola se zabývá možností následné intervence, které se využívají pro řešení situace a dalších možností poskytovaných právě pro danou problematiku drog a následky s nimi spjaté.

1 Drogy

1.1 Drogy a jejich účinky

Vycházíme ze skutečnosti, že drogy byly, jsou a budou – ať už se nám to líbí nebo ne, a je na nás, abychom se s tímto faktem vyrovnali, jak nejlépe umíme. (Presl, 1995, s. 8)

Pro začátek bychom si měli vysvětlit základní pojem, co to droga vlastně je?

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje drogu jako jakoukoliv přírodní nebo syntetickou látku, která, je-li vpravena do živého organismu, může pozměnit jednu nebo více psychických či somatických funkcí.

Presl (1995) zmiňuje, že drogu můžeme nejstručněji chápat jako každou látku, ať přírodní nebo syntetickou, splňující dva základní požadavky:

1. má psychotropní účinek, což ovlivňuje prožívání reality – působí na psychiku člověka.
2. může vyvolat závislost

„Návyková látka je každá chemická látka, která mění psychický stav a na kterou se může vytvořit návyk a závislost.“ (Fisher, Škoda, 2009, str. 88)

V dnešní době je problém drog a celkově slovo droga spojována s něčím nelegálním a škodlivým. Nelze, ale popřít i její často pozitivní účinky, které se využívaly a dodnes využívají. Každá droga má v různé míře svoje rizika i přednosti, které bychom měli alespoň v základech znát. (Presl, 1995)

Jedním z hlavních rizik je možná ztráta kontroly nad původně občasnou konzumací a postupný vznik závislosti, avšak riziko je u každé drogy. Právě míra rizika vzniku závislosti slouží jako hlavní kritérium pro dělení drog na tzv. měkké a tvrdé, či lehké a těžké. První skupinu lze chápat tak, že drogy sem zařazené se mohou užívat v přijatelném intervalu i množství, kde vznik závislosti není alarmující a nemá negativní vliv na osobnost člověka. Příkladem může být káva, tabákové výrobky, alkohol a produkty z konopí. Oproti tomu u drog tvrdých je vznik závislosti jednoznačně vyšší. (Presl, 1995)

Existují různá dělení drog, ale pokud bychom měli uvést všechny druhy, bylo by to nesmírně vyčerpávající. Proto uvedeme následující skupiny podle oblíbenosti v dnešní společnosti a zmíním v základních faktech jejich účinky:

I. Stimulační drogy

metamfetamin-pervitin, kokain, extáze (MDMA)

II. Opiáty

heroin, braun

III. Kanabinoidy

marihuana, hašiš

IV. Halucinogenní drogy

LSD, psilocybin

V. Těkavé látky

toluen

První skupinu zahrnují **stimulační drogy**, které jsou na světě značně oblíbené a v různé podobě zastoupené. Mají silný účinek a to především na mozek. „*Základním efektem těchto drog je celková stimulace. Zrychlují psychomotoriku, dochází k odstranění únavy, pocitu zvýšené psychické i fyzické výkonnosti, celkovému zrychlení psychiky a nabídce představ, euforizaci, zvýšené empatii, ale i k uvolňování zábran.*“ (Vavřínková, Binder, 2006, s. 45)

- **Pervitin** – metamfetamin (lidově „péčko“, „perník“, „piko“). Nejčastěji se pervitin užívá nitrožilně a šňupáním. Jedná se o jednu z nejoblíbenějších drog na světě, jejíž výroba není příliš složitá. Základní látkou pervitinu je efedrin. „*Efedrin je obsažen v některých lécích proti kašli. U nás se pervitin mnoho let vyrábí pokoutně právě z efedrinu a příbuzných látek (v poslední době např. z přípravku Modafen).*“ (Nešpor, Csémy, 2003, s. 30) Efekt pervitinu je výrazný a velice příjemný. Jedná se o pocit euforie, zvýšené sebevědomí, překonání únavy, bolesti i spánku. (Hajný, 2001). Často vyvolává halucinace!
- **Kokain** – mezi uživateli je známý jako „koks“, „kokos“, „sníh“ a také jako „cukr“. Klasický představitel stimulačních drog. Užívá se šňupáním, kouřením a injekčně.

Jedná se o přírodní drogu, alkanoid obsažený v listech keře Erythroxylon coca. Tato droga se užívá i v původní podobě – žvýkáním listů obsahující kokain. (Presl, 1995). Užívání koky je spjato s kulturou jihoamerických indiánů, tyto keře znali již staří Inkové přibližně 2000 let př. n. l. Psychotropní efekt je poměrně krátký cca 20-30 minut po užití a účinky jsou podobné jako u pervitinu. „*Při akutním užívání kokainu jakýmkoliv způsobem se nejprve dostavuje euforie, podobně jako po požití alkoholu, které postupně přechází do deprese. Někdy se objeví projevy připomínající deliria, halucinatorní stavy. Při opakovaném užívání se stále častěji objevují deprese, někdy se sebevražednými sklony, pocity úzkosti, postižení se nemohou soustředit na žádnou činnost, pozorují zhoršení paměti, jsou popisovány paranoidní psychózy.*“ (Janík, Dušek, 1999, str. 94-95) Braní kokainu je častým jevem mezi prostitutkami – považuje se za drogu prostitutek, protože u žen se vyskytuje zvýšená sexuální chuť. Z důvodu poklesu zájmu o kokain v USA byl objeven crack. „*Anglické slovo „crack“ označuje vysoce koncentrovaný kokain smíchaný s jedlou sodou a vodou. Většinou se kouří a závislost vzniká velmi rychle.*“ (Nešpor, Csémy, 2003, s. 30). Díky tomu se mohla snížit jeho cena a oslovit další vrstvy společnosti.

- **Extáze** – MDMA, uživatelé nazývají jako „éčko“, „extoška“, „xtc“ atd. „*Extáze svým účinkem spadá na pomezí stimulací a psychodelik (halucigenů).*“ (Minařík, Páleníček in Kalina a kol., 2003, str. 200) Původně se extáze používala jako lék v psychiatrii. Vavřínková (2006) popisuje tablety a kapsle tak, že mají často různá označení a výrazný design – označený písmem nebo zvířaty, barevné nebo průhledné kapsle. „*Nebezpečnost drogy ještě pronikavě roste při kombinaci s jinými látkami, např. hašišem nebo alkoholem.*“ (Nešpor, Csémy, 2003, s. 32) „*Vedle svého stimulačního účinku podobnému tomu u amfetaminů obvykle vyvolává příjemné, snadno kontrolovatelné emoční stavy s relaxací a bez pocitů strachu, pocity štěstí a blaha, a toto vše někdy může být provázeno halucinacemi.*“ (Minařík, Páleníček in Kalina a kol., 2003, str. 200). Dále Vavřínková (2006) upozorňuje, že po požití dávky se dostavuje pocit příjemného tepla, prohlubuje se porozumění, solidarita a také euforie. Tento efekt trvá přibližně 2 hodiny. Následně přichází zklidnění s příjemným prožitkem, což může trvat až několik hodin.

Ve druhé skupině se budeme zabývat **opiáty**. Jedná se o přírodní látky tzv. alkaloidy, které se získají ze surového opia. Mezi základní alkaloidy patří morfium, kodein, papaverin, theain atd. Surové opium se získá z naříznutých nezralých makovic (papaver somniferum).

Efekt opiátů je celkově zklidňující. „*Způsobují příjemné uvolnění a uklidnění, příjemné pasivní prožívání okamžiku, odstranění problému každodenního života.*“ (Vavřínková, Binder, 2006, str. 40). Na opiáty roste postupem času tolerance - k dosažení stejného účinku se musí zvyšovat dávka drogy. (Nešpor, Csémy, 2003).

- **Heroin** - diacetylmorfin (lidově nazývaný „háčko“, „herák“, „eič“), klasický představitel opiátů. Pro výrobu heroinu bývá základní látkou morfin anebo přímo opium. Nejčastěji se aplikuje nitrožilně, další způsoby jsou kouření, šňupání a inhalace z aluminiové folie. (Minařík in Kalina a kol., 2003). „*Heroin vyvolává rovněž euforii, která ale není spojena s aktivitou a probuzením. Má spíše tlumivý charakter a uživatel je více ve svém „vlastním světě“ než uživatel pervitinu, který je naopak značně komunikativní.*“ (Hajný, 2001, s. 20). „*Heroin je typickým příkladem drogy s tzv. neakceptovatelným rizikem. Závislost vzniká pravidelně a poměrně rychle, již po několika týdnech.*“ (Minařík in Kalina a kol., 2003, s. 162) Závislost je charakterizována poměrně rychle vznikající somatickou závislostí, ale je i silně vyjádřena psychická závislost - touha po droze. (Janík, Dušek, 1990)
- **Hydrokodon** – známější jako „braun“, slangový výraz, který je odvozen z jeho hnědé barvy. Specificky česká droga, která se vyrábí ze směsi derivátů kodeinu. Účinky jsou podobné jako u heroinu, ale zdůrazňuje se jeho silnější euforizační efekt. (Kalina a kol., 2003) „*Zneužívá se injekčně a vyvolává silnou závislost s výrazným odvykacím syndromem. Dnes byl do značné míry vytlačen dováženým heroinem.*“ (Nešpor, Csémy, 2003, s. 30)

Třetí skupinu zahrnují **kanabinoidy**. Jedná se přírodní látky, které obsahuje cannabis sativa (konopí seté). Pochází původně z Asie a patří k nejstarším pěstujícím se rostlinám pro psychotropní účinky. Obsahuje látku THC - tetrahydrocannabinol, která způsobuje uvolnění a euforii. „*Kanabinoidy mají kromě psychotropního účinku i další zajímavé a potenciálně využitelné vlastnosti.*“ (Miovský in Kalina a kol., 2003, s. 175). Jedná se o užití

například v neurologii, ve vnitřním lékařství, očním lékařství, ale i léčba chronické bolesti a při léčbě afektivních poruch. (Miovský in Kalina a kol, 2003)

- **Marhuana** – ale také jako „tráva“, „zeli“, „gandža“ atd. Jedná se o jednu z nejoblíbenějších a nejčastěji užívaných drog vůbec. Marhuana se nejčastěji kouří, a to především samičí rostliny konopí, která má silnější účinek než rostliny samčí. Ale jsou běžné i další úpravy ve formě přidání do pití, čajů anebo pečiva. *„Od marihuany se obvykle očekává, že přinese okamžiky euforie - smích často neadekvátní příčině, zvýšenou citlivost na určité podněty (výraznější vnímání zvuků, hudby, barev či chuti). Myšlení může být zrychlené, ale i zpomalené, koordinace pohybů bývá častěji změněná.“* (Hajný, 2001, s. 18) Ačkoliv se to nezdá, marihuanové cigarety obsahují **více rakovinotvorných látek** nežli tabák. (Nešpor, Csémy, 2003).
- **Hašiš** – známý také jako „haš“, „čokoláda“. Má zelenou až hnědou barvu. Za hašiš se považuje zaschlá a zformovaná pryskyřice rovněž ze samičích rostlin konopí. (Presl, 1995) Stejně jako marhuana se kouří a účinky jsou podobné – euforie, zkreslené vnímání, zhoršená koordinace.

Předposlední skupinu, tedy čtvrtou, zahrnují **drogy halucinogenní**. Tuto skupinu můžeme charakterizovat jako rozsáhlou skupinu přírodních a syntetických látek, které vyvolávají změny vnímání. (Kolektiv autorů občanského sdružení SANANIM, 2007) Vnímání je porušeno do různé hloubky a intenzity - výskyt iluzí, zvýšená citlivost vnímání prostoru, barev a v poslední řadě halucinace. Hajný (2001) uvádí, že tyto drogy mají největší podíl na účincích, které odvádějí pozornost od reálného světa. *„Halucinogeny, pervitin i marhuana, mohou vyvolávat tzv. **flashback** (čti flešbek). Při něm se dostavuje pocit jako po použití drogy, i když požitá nebyla. Nejpozději po roce až dvou abstinence flashbacky přestanou“.* (Nešpor, Csémy, 2003, str. 32)

- **LSD** – lysergamid, derivát kyseliny lysergové. Na trhu se objevuje ve formě tzv. tripů či krystalů. V prvním případě se jedná o papírové čtverečky s různými symboly. Potisk tripů je spojován s určitou „klasifikací“ kvality. (Miovský in Kalina a kol., 2003) Jak tripy, tak krystaly se užívají rozpouštěním

v ústech pod jazykem. Malé množství látky vyvolává změny emotivity, euforie a lehké poruchy vnímání zvuků a barev. Oproti tomu plná dávka působí razantněji! Dochází k ponoření se do vnitřního prožitkového světa. Mění se celkově vnímání. Barvy lze vnímat nejen zrakovou cestou, ale i sluchem. Prostor se může zmenšovat nebo zvětšovat, popřípadě rozpadat. Někdy může nastat stav, který umožňuje návrat k dětství, embryonální fázi života a porodu, jindy o splnutí s přírodou a vesmírem. (Presl, 1995) Právě díky účinkům LSD, se prováděly v 50. a 60. letech pokusy o terapeutické využití: „*LSD se u nás jeden čas používalo v rámci výcviku psychologů a psychiatrů. Předpokládalo se, že prožitek halucinací jim lépe pomůže se vcítit do duševního stavu jejich pacientů.*“ (Nešpor, Csémy, 2003, s. 32)

- **Psilocybin** – obsažen v houbě, která se běžně vyskytuje na území ČR tzv. Lysohlávka česká (Psilocybe bohemica). Tato droga patří k nejrozšířenějším přírodním halucinogenním látkám. Konzumují se většinou hlavičky hub, které se suší, nakládají nebo se z nich dělají čaje. Někteří konzumenti si je máčí v medu pro zmírnění nepříjemné chuti. (Miovský in Kalina a kol., 2003) Vyvolávají stavy výrazné euforie, smíchu a pohody. Větší dávka vyvolává účinky podobné jako těm u LSD. „*Lysohlávky lze označit spíše jako příležitostnou (sezónní) doplňkovou drogu, jinak je její užití úzce vázáno na specifické subkulturní skupiny.*“ (Miovský in Kalina a kol., 2003, s. 170)

V poslední, páté skupině zastupují **těkavé látky**. Patří mezi jednu z nejnebezpečnějších návykových látek, z důvodu snadného předávkování a rozsáhlému poškození organismu. Do této skupiny jsou zařazeny ředidla, lepidla, některá rozpouštědla, ale i látky plynné např. rajský plyn. „*Jednotlivé těkavé 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.*“ (Hampl in Kalina a kol., 2003, s. 193)

Tyto látky jsou oproti jiným většinou dostupné v obchodech a za relativně nízkou cenu. Takže mezi tradiční uživatele patří především děti a studenti. „*Užívání se děje inhalací, tj. vdechování z napuštěného hadru nebo smotky vaty pod dekou, případně z igelitového sáčku.*“ (Kolektiv autorů sdružení SANANIM, 2007, s. 151)

- **Toluen** – methylbenzen, v současné době je nejrozšířenějším zástupcem těkavých

látek u nás. Hampl (in Kalina a kol., 2003) uvádí že, se jedná o bezbarvou kapalinu, získanou z ropy, lehkého oleje nebo koksových plynů. Jak už jsme zmínili, inhaluje se z napuštěné tkaniny, ale někteří uživatelé si ke zvýšení účinku při inhalaci přetahují přes hlavu igelitový sáček. *„Na rozdíl od všech ostatních drog jde totiž při čichání toulenu jen těžko odměřit přesnou dávku. Tím se markantně zvyšuje riziko nechtěného předávkování.“* (Presl, 1995, str. 43) Toulén vyvolává pocity euforie, barevné a živé halucinace a sny. A vyvolává silnou psychickou závislost!

Musíme si uvědomit, že drogy nepřináší jen příjemné prožitky. Při jejich intoxikaci se stávají vysoce nebezpečné, jak na psychiku, tak na somatické funkce člověka! V nejhorším případě dochází k předávkování a to vede k smrti jedince, kdy uživatel, ať už vědomě nebo nevědomě, vezme látku v neadekvátním množství. Měli bychom brát zřetel také na to, že na každého uživatele působí drogy odlišně. Musíme si uvědomit, že drogy více berou, než dávají!

Alkohol a nikotin zde záměrně neuvádíme, veřejnosti jsou dostatečně známé. Jsou sice stejně nebezpečné jako jiné návykové látky, ale na rozdíl od nich jsou naší společností tolerovány (v jisté míře).

1.2 Drogová scéna v ČR

V České republice neexistuje přesná evidence závislých osob na drogách. Existující drogový informační systém monitoruje tzv. „incidenci problémových uživatelů drog“, kam patří nově evidovaní uživatelé v dostupných zdravotních i nezdravotnických zařízeních. Počet nově evidovaných uživatelů každým rokem narůstá. Mezi nejčastěji užívané první drogy patří marihuana, organická rozpouštědla a pervitin. Většina uživatelů uvádí za první místa setkání s drogou rockové koncerty, kluby, diskotéky, ale také školu. Od této skutečnosti se odráží typická věková hranice u prvních experimentů s nealkoholickými drogami 13 až 17 let. Regionální rozdíly nejsou v ČR v užívání jednotlivých skupin drog výrazné. Největší počet uživatelů heroínu je v Praze a severních Čechách, pro jižní a severní Moravu je typické užívání pervitinu. (Tyler, 2000)

Ve srovnání s dalšími 34 evropskými státy došlo k alarmujícím závěrům, Česká republika se umístila na prvním místě v celoživotním užívání jakékoliv nelegální drogy. Stejně tak zaujímá první příčky v kouření cigaret a konzumaci alkoholu. (www.drogy-info.cz)

Hygienická stanice hl. m. Prahy (2012) eviduje celkový odhad problémových uživatelů drog v České republice, který se pohybuje kolem 38 600 problémových uživatelů (26100 mužů/12400 žen). Ze závěru výroční zprávy ČR bych uvedla několik zajímavostí:

- Nově evidovanými klienty v roce 2011 bylo celkem 2 715 injekčních uživatelů některé z drog (tj. 60,2 %). Ze všech klientů 6 471 osob, což je zhruba 59 % léčených uživatelů drog, užívá kromě základní drogy i 1 – 2 drogy sekundární. Jako sekundární drogou je nejčastěji užívána marihuana, pervitin, heroin, extáze.
- V průběhu roku 2011 užívalo heroin jako základní drogu 1 125 osob.
- U věkové skupiny 15 – 19 let je více uživatelů drog mezi ženami než mezi muži.
- Výměnný program stříkaček a jehel je nejvíce realizován v Praze, Ústeckém a Středočeském kraji, počty výměnných setů se zvýšily v kraji Karlovarském, Královohradeckém, Pardubickém, Jihočeském, Libereckém, Moravskoslezském a Jihomoravském.
- Počty identifikovaných HIV narkomanů jsou poměrně nízké.
- Celkem 678 léčených uživatelů drog uvedlo, že s ním v domácnosti žijí děti, sami s dítětem žijí výrazně častěji ženy než muži.
- Ženy jsou v užívání pervitinu, ale i heroinu aktivnější v nižším věku než muži.
- Nejvyšší počty injekčních uživatelů drog nemocných akutní virovou hepatitidou typu B nahlásil kraj Jihomoravský, Moravskoslezský a Vysočina, nejvíce nakažených však registrovala Praha – 48% z celé ČR. Po epidemii v roce 2008 počet nemocných hepatitidou typu A klesá.
- Počet případů akutního předávkování a zdravotních komplikací se snižuje. Bylo evidováno 5 úmrtí v souvislosti s akutní intoxikací, což však neodpovídá realitě úmrtí přímo zaviněným požitím návykových látek v ČR.

Legislativní opatření:

V současné době v reakci na rozvíjející se produkci a obchod drog, a s tím spojený růst drogové scény skrze veškeré zeměpisné oblasti bez omezení hranic, jednotlivé státy přistupují k přijetí řady mezinárodních úmluv. *„Klíčový význam v celosvětovém měřítku i z hlediska České republiky přitom má Organizace spojených národů a na její půdě uzavřené tři nejvýznamnější mezinárodní dohody týkající se omamných a psychotropních látek:*

1. *Jednotná úmluva o omamných látkách z roku 1961, ve znění Protokolu z roku 1972 o změnách jednotné úmluvy o omamných látkách (vyhláška č. 47/1965 Sb., ve znění č. 458/1991 Sb.)*
2. *Úmluva o psychotropních látkách z roku 1971 (vyhláška č.62/1989 Sb.)*
3. *Úmluva OSN proti nedovolenému obchodu s omamnými a psychotropními látkami z roku 1988 (sdělení č. 462/1991 Sb.)“ (Sotolář in Kalina a kol., 2003, str.54)*

Uvedené úmluvy vychází z toho, že výroba, obchodování a konzumace drog představuje vážný celosvětový problém, který se nevyhýbá žádnému státu, bez ohledu na jeho ekonomickou vyspělost, kulturu, historii či geografickou polohu. Za cíl těchto dohod můžeme považovat legislativní opatření k omezení nelegální výroby, manipulace, obchodu a další zneužívání omamných a psychotropních látek. Porušením těchto legislativních opatření a zákonů lze osoby porušující tyto zákony trestně stíhat. Od roku 1993 má Česká republika vlastní protidrogovou strategii, která se snaží zavést pravidla zakotvená v uvedených úmluvách. Specifické závazky jsou pak promítnuty zejména v § 187 až §188 a trestního zákona a §29 a §30 zákona o přestupcích. (Sotolář in Kalina a kol., 2003)

Klíčovou mimotrestní normou je zákon č. **167/1998 Sb.**, o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, upravující omezení v zacházení s omamnými a psychotropními látkami, přípravky a prekursory. (Sotolář in Kalina a kol., 2003) V dubnu 2011 proběhla změna zákona o návykových látkách, zákonem **106/2011 Sb.**, kterým se mění zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů. „*Tato novela zařazuje na seznam návykových látek celkem 33 chemických látek.*“ (www.drogy-info.cz)

Další zákony související s drogovou problematikou:

- Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník
- Zákon č. 379/2005 Sb., o opatření k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem, a jinými návykovými látkami
- Zákon č. 37/1989 Sb., o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi
- Zákon č. 200/1990 Sb., o přestupcích

2 Drogová závislost

2.1 Definice závislosti a její varovné signály

Definice závislosti podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí

Syndrom závislosti:

„Soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, priorita v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí.“ (www.uzis.cz)

Definitivní diagnóza závislosti se stanoví pouze tehdy, když během jednoho roku dojde ke třem nebo více z uvedených **znaků**:

1. Silná touha nebo pocit puzení užívat látku- craving, bažení
2. Potíže v sebeovládání
3. Tělesný odvykací stav
4. Průkaz tolerance k účinku látky (zvyšování dávek, aby se dosáhlo stejného účinku)
5. Postupné zanedbání jiných potěšení nebo zájmů
6. Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků

(Nešpor, 2000)

Identifikaci psychoaktivních látek je klasifikována v MKN 10 V. Poruchy duševní a poruchy chování. Poruchy duševní a poruchy chování způsobné užíváním psychoaktivních látek (F10–F19), jejich statistický kód je uváděn v podobě F1x.2, kdy se před desetinou tečku doplňuje příslušná návyková látka. Číslo 2 znázorňuje syndrom závislosti.

F10.2	Závislost na alkoholu
F11.2	Závislost na opioidech
F12.2	Závislost na kanabinoidech
F13.2	Závislost na tlumivých lécích- sedativa, hypnotika
F14.2	Závislost na kokainu
F15.2	Závislost na jiných stimulacích, včetně kofeinu
F16.2	Závislost na halucinogenech
F17.2	Závislost na tabáku
F18.2	Závislost na rozpouštědlech
F19.2	Závislost na několika látkách nebo jiných psychoaktivních látkách

Tab. č.1: Jednotlivé druhy závislosti

Definice závislosti podle Americké psychiatrické asociace (DSM-IV)

DSM-IV diagnózu závislosti definuje následovně - pacient by měl v průběhu celého roku vykazovat, alespoň **tři** ze sedmi uvedených příznaků:

- Růst tolerance
- Odvykací příznaky po vysazení látky
- Člověk přijímá látky ve větším množství a delší dobu, než měl v úmyslu
- Dlouhodobá snaha omezit a ovládat přijímání látky
- Trávení velkého množství času užíváním a obstaráváním látky nebo zotavováním se z jejich účinků
- Omezení nebo zanechání sociálních, pracovních a rekreačních aktivit
- Pokračování v užívání látky i přes dlouhodobé a opakující se problémy, i když o nich člověk ví (Nešpor, 2000)

Varovné signály

Většina rodičů naprosto odmítá přijmout fakt, že právě jejich dítě by mohlo brát drogy. Někdy to dochází až tak daleko, že se u rodičů vyskytne určitý druh ignorace a veškeré zjevné známky užívání drog, které postupně vyplouvají na povrch, raději přehlížejí. Tím si vůbec neuvědomují, že dítěti spíše ubližují. Právě naopak při zjištění faktu, že naše dítě se stává potenciálním uživatelem, je situace tak závažná, že by se měli vymýšlet a provádět jakékoliv změny nebo postupy, a tím situaci aspoň minimálně řešit. Určitě se také vyplatí (ať už je jakkoliv případ nejasný) konzultovat situaci s odborníkem. Právě léčba začínajících problému je podstatně snazší a účinnější.

„Vždy je třeba mít na mysli to, že pokud dítě bude chtít skrýt užívání drog (a to obvykle chce) a je schopno v tomto ohledu racionální kontroly, může dosáhnout velkého mistrovství a rodiče při běžném pohledu nic nepoznají.“ (Hajný, 2001, str. 22)

Varovná znamení uvádí ve své knize Martin Hajný (2001) následovně:

- **Náhlá změna nálad, netypické reakce na určité situace**

K typickým projevům patří jak zvýšená podrážděnost, tak nápadný klid i pasivita. Někteří se začnou více stranit, jiní se stávají hvězdou společnosti.

- **Zhoršování ve škole**

Typické zhoršování prospěchu, zanedbávání úkolů, častá absence ve škole nebo dítě přestane chodit do kroužku.

- **Změna přátel a známých**

„Výrazná změna blízkých lidí kolem dítěte vždy naznačuje nějakou změnu.“ (Hajný, 2001, str. 23) je dobré zvýšit svoji pozornost pokud se jedná o starší děti anebo o lidi, se kterými vás nechce dítě seznámit.

- **Výrazná změna v oblékání a stylu hudby**

Prudké změny patří především k období dospívání a není snadné se orientovat v tom, co může být spojeno s užíváním drog. V této době je dobré si dítěte více všímat a komunikovat s ním.

- **Skrývání a zakrývání**

Červené oči po kouření marihuany a zúžené zornice po heroinu mohou skrýt sluneční brýle. Vpichy po jehlách zase dlouhé rukávy. Plandavé oblečení skryje ztrátu váhy. Nadměrné skrývání, zamykání a podrážděnost by nemělo zůstat bez povšimnutí.

- **Častá vyčerpanost, únava a spavost**
„Spíše než o skutečné vyčerpání organismu jde o souhrn dílčích příznaků spojených s užíváním.“ (Hajný, 2001, str. 24) Spavost je původním znakem užívání - obzvláště v době nejsilnějšího účinku.
- **Lži a předstírání**
 Lhaní je jedním z typických příznaků narušení osobnosti závislého. Hlavní důvod lži je potřeba dítěte skrýt svůj životní styl, pohyb přes den, utrácení peněz a nadále si zajistit možnost pokračovat v užívání drog nebo pití.
- **Překvapivě rychle nastupující sexuální aktivita**
 Mladí lidé užívají alkohol či drogy k povzbuzení nebo k potlačení rozpaků před sexuální aktivitou.
- **Izolace od rodiny**
 Dlouhodobě přetrvávající samota blokuje přirozenou komunikaci. Může se jednat o výsledek zapojení dítěte do jiného světa – světa drog. Taková izolace se dá překonat, ale velice pomalu a vyžaduje citlivost a značnou vynalézavost rodičů.
- **Snížené sebevědomí**
 Experimentování s drogami často doprovází pocity outsidera nejen ve škole, ale i v rodině. Dítě si připadá stále jen kritizované, neúspěšné a odmítané. Tyto propady a krize jsou významným signálem pro blízké.
- **Chybějící léky či alkohol v domácnosti**
 Ztráta léků na spaní nebo prášků proti bolesti, je signálem, že dospívající nebo jeho známí zkouší drogu. To samé platí i o alkoholu. Bezplatný zdroj alkoholu v domácnosti je velké lákadlo.
- **Ztrácející se věci a peníze**
 V případě, že dítě začne brát peníze, prodávat nebo dávat do zastaváren své nebo cizí věci, je známka toho, že se v jeho životě objevila nová potřeba. Nemusí se nutně jednat o koupi drog, ale je dobré zvýšit pozornost, pokud porušuje běžné normy, bere si věci bez dovolení a nedokáže doložit svoje útraty.

2.2 Modely závislosti

➤ Biomedicínský model

V tomto modelu je drogová závislost nemocí v lékařském slova smyslu (chorobná porucha mozkových funkcí, do jisté míry s dědičnými dispozicemi). Považuje se za nemoc chronickou, obtížně léčitelnou a nejspíše nevléčitelnou, s častými recidivami v případě užití další drogy („závislý nikdy nepřestane být závislý, ale může abstinovat“). Drogová závislost sice není úplně vyléčitelná, je však léčitelná (specifická dieta – trvalá abstinence). Tomuto tvrzení odpovídají i převládající léčebné metody: ústavní izolace, detoxikace a léčba prací. Z dnešního pohledu tento model problematiku závislosti zužuje. Odmítnul tradiční pojetí duševní choroby jako škodlivé sociální deviace. V současné době je biomedicínský přístup částečně překryt přístupem bio-psycho-sociálním. (Kalina in Kalina a kol., 2003)

➤ Bio-psycho-sociální model

Model bio-psycho-sociální rozšiřuje model biomedicínský o rozměr psychických funkcí, mezilidských vztahů, jejich dynamického vývoje a vzájemného podmiňování. Rozmach tohoto modelu nastal v 60. letech, kdy se drogy staly společenským problémem, ale do psychiatrie vstoupil již po II. světové válce. Po několik desetiletí je tento přístup hlavním proudem soudobých strategií na straně poptávky po drogách. Pracuje s pojmy ze zdravotnictví např. individuální diagnóza, prevence, léčení a rehabilitace. Zároveň se opírá o obsáhlý koncept zdraví, prosazovaný WHO. Takovýto přístup má jak široký záběr, tak i své hranice, což je spíše výhoda než nevýhoda. Díky vývojovému hledisku dokáže prolomit zakořeněnou tezi o trvalé a nevléčitelné nemoci. Činí přijatelnou představu, že za využití vnitřních a vnějších podmínek, může člověk svoji závislost přerůst – nezůstat pouze abstinujícím alkoholikem či toxikomanem, ale uzdravit se a být nadále zdravým člověkem. Ovšem tuto perspektivu nemůžeme brát platnou pro všechny případy, jak tvrdí mnozí odborníci. Vývojově přerůst svou závislost je jednodušší pro náctiletého uživatele heroinu, který se díky léčbě může vyrovnat s nesplněnými a zanedbanými úkoly a přesunout se do prostředí, v němž heroin nemá místo a nevyskytuje se ani jako nabídka či pokušení. Zatímco závislý na alkoholu ve středním věku tuto vývojovou perspektivu nemá a většinová společnost mu bezalkoholové prostředí pro jeho abstinenci nenabízí, jelikož je alkohol součástí každodenního života. V rámci tohoto modelu má své místo farmakoterapie. V léčbě závislosti má sice omezený, ale významný prostor uplatnění. Osvědčuje se v kombinaci

s psychoterapií a psychosociálními terapiemi obecně jako účinnější. (Kalina in Kalina a kol., 2003)

2.3 Rizikové skupiny

Na základě jednotlivých analýz několika studií, byly identifikovány vysoce rizikové skupiny z hlediska užívání drog. Faktory spojené s užíváním drog v ranném věku často působí současně. Děti ohrožené konzumací drog v ranném věku se často ocitají v mimořádně složitých situacích, kdy musejí řešit problém v rodině, ve škole, ale i v sociální a psychické rovině. (Prinz et al., 2000 in EMCDDA, 2010a). Identifikování ohrožených skupin se tak stává důležitým nástrojem, zejména u těch skupin, které své užívání drog nemusejí vnímat jako problém. (EMCDDA, 2010b)

Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) (2010a) uvádí tyto hlavní rizikové faktory:

1. Rodina

U dětí jejichž rodiče nebo sourozenci užívají návykové látky, hrozí daleko větší riziko užívání drog v raném věku. *„Hlavním důvodem jsou problémy v sociálním a psychickém fungování rodiny nebo neurobiologický dopad matčina užívání návykových látek v těhotenství na rozvoj dítěte.“* (Bancroft et al., 2004, Obor et al., 2001, Repetti et al., 2002 in EMCDDA, 2010a, str. 19) Nemůžeme vyloučit ani užívání alkoholu, který úzce souvisí se zvýšeným rizikem užívání drog. Nelze přeceňovat ani dědičnost a vliv rodinného prostředí. Bohužel je statisticky prokázáno, že u dětí pocházejících z rodin, kde jeden z rodičů nebo oba pili, je výskyt problému s alkoholem nebo drogami mnohem vyšší. (Nešpor, Csémy, 2003)

Vliv rodiny je velice důležitý faktor, a proto ho můžeme považovat za jeden z nejdůležitějších vůbec. Zároveň se však jedná o faktor, u kterého se vyskytuje velké množství rizikových činitelů např. citová deprivace v dětství, nejasná pravidla ve výchově dítěte, rodiče i sourozenci schvalují požívání alkoholu, časté stěhování, zneužívání dítěte atd... (Nešpor, 2001) Více o rodině a jejímu vlivu uvádíme v následující kapitole.

2. Škola

Jedná se především o děti, které předčasně ukončí školní docházku, se špatným prospěchem, záškoláctvím, vyloučením či vykázáním ze školy. Ale někdy i samotná škola zvyšuje riziko problémů s návykovými látkami. Jedná se hlavně o případy, kdy škola neprovádí prevenci nebo používá neučinné postupy (jednorázové přednášky), nedostatečně spolupracuje s rodiči a nespolupracuje s vhodnými organizacemi. Na škole neexistují jasná pravidla týkající se zákazu návykových látek. Alkohol, tabák či jiné návykové látky jsou žákům snadno dostupné v okolí školy. Dále škola neposkytuje dostatečné množství mimoškolních aktivit a vhodné způsoby trávení volného času. Právě pro selhávající a problémové žáky, kteří jsou například zesměšňováni a ponižováni, by měla hledat pozitivní alternativy a cesty, jak jim pomoci. (Nešpor, 2001) „*V několika členských státech (Belgie, Česká republika, Německo, Francie, Slovensko, Slovinsko, Finsko) slouží žákům se studijními a sociálními problémy pedagogicko-psychologické poradny. Cílem poradenství je prevence neúspěchů ve škole a náprava poruch učení a chování.*“ (EMCDDA, 2010b, str. 27)

3. Národnostní menšiny a jiné sociálně vyloučené skupiny

Neexistuje žádná jednotná definice etnických skupin. Každá země tyto populace definuje podle jiných kritérií, které charakterizuje daná zem. Specifickou etnickou menšinu s rozmanitými způsoby chování a kulturními tradicemi představuje romská komunita. Avšak etnicita sama o sobě není z hlediska užívání drog rizikem. (EMCDDA, 2010b) Zajímavostí je, že ve Velké Británii v roce 2005 bylo zjištěno, že žáci smíšeného etnického původu užili drogy častěji než jakákoli jiná skupina.

O společnosti a prostředí stojí uvažovat jako o ovlivňujících činitelích. Chudoba, nedostatek příležitosti ke vzdělání a uplatnění, náhlé sociální a politické změny, nestabilita, nedostatečná zdravotní a sociální péče, rasová nebo jiná diskriminace popřípadě jazyková bariéra. Ve světě není životní úroveň rozšířena rovnoměrně, ale společnost by měla poskytovat dobré možnosti, jak situaci aspoň minimálně řešit, upravit společenské normy a zákony tak, aby ve společnosti převládal odpovědný postoj.

4. Mladiství delikventi a děti v náhradní péči

„*V některých členských státech (např. Nizozemí, Spojené Království) jsou mladí lidé podílející se na zločinnosti a děti v náhradní péči označováni z hlediska užívání drog*

za rizikovou skupinu.“(EMCDDA, 2010a, str. 20) Na Slovensku se snaží prosadit formu výchovy v náhradních rodinách, které pozitivně působí na emoční život dětí a minimalizuje dopad vyplývající z umístění mladého člověka do ústavního zařízení. (EMCDDA, 2010b)

5. Psychické problémy: ADHD, poruchy chování a duševní poruchy

Děti trpící ADHD jsou stále častěji označovány za rizikovou skupinu. „Tyto děti někdy působí dojem nešikovnosti, jejich nálady často kolísají z jedné krajnosti do druhé. Nezřídka reagují impulzivně a bez rozmyslu. Hůře se soustřeďují, mívají problémy ve škole s chováním, ale i s prospěchem, i když mohou být chytré.“ (Nešpor, Csémy, 2003, str. 21)

Časté užívání drog, zejména konopí, je mezi psychiatrickými pacienty hojně rozšířeno a někdy dokonce bývá užíváno jako způsob neadekvátní samoléčby. (Wintton in EMCDDA, 2010a)

Za rizikové činitele můžeme považovat i *osobnost dítěte a dědičnost* (problémy s návykovými látkami a duševní nemoc u předků, komplikovaný porod, poškození mozku při porodu, chronická traumatizace a onemocnění, nižší inteligence, nezvládání stresových situací, nízká frustrační tolerance apod.), *nebezpečná zaměstnání* (nadmíra stresu v práci, napjaté pracovní vztahy, existenční nejistota, tlak ze strany zaměstnavatele, neostrá hranice mezi profesí a osobním životem, ale i nezaměstnanost), *vrstevníky* (kladný vztah k alkoholu a drogám, problémy s autoritami, protispolečenské chování, cínismus, sklon děti zesměšňovat, snižovat jejich sebevědomí anebo dokonce šikanovat své okolí, pobízení k pití, kouření atd...). (Nešpor, 2001)

3 Rodinné prostředí

3.1 Rodinné faktory vzniku závislosti

Rodina je po celá staletí považována za nejdůležitější sociální skupinu, ve které člověk žije. Dochází v ní k vytváření fyzických, psychických a sociálních vazeb. Rodina formuje jedince v průběhu jeho vývoje a je významným nositelem budoucí společenské role a identity. V některých případech se může stát zdrojem vzniku a rozvoje různých psychických problémů a následných sociálně patologických jevů. (Fisher, Škoda, 2009) „*Rodinné prostředí závislých nelze jednoznačně charakterizovat a spíše než typickou rodinu závislého můžeme zobecňovat některé opakující se znaky, které se na rozvoji (spíše než na vzniku) závislosti podílejí.*“ (Hajný in Kalina a kol., 2003, str. 140)

Z pozorování lze vyvodit závěry a zobecnit je tak do **řady mechanismů či faktorů**, které překládá Hajný (in Kalina a kol., 2003) a jsou charakteristické pro rodinu závislého:

- **Nedostatečná pozornost nebo problematická reakce ze strany rodičů na chování dítěte**

Chování dítěte se utváří do jisté míry v souladu s očekávání či zpětnou vazbou rodičů. Rovněž sebejistota dítěte roste s mírou pevné, nekolísající a dostatečné pozornosti rodičů, která je adekvátní k jeho věku. Jako zadržující faktory, které brání změně ke zdravějšímu rodinnému prostředí, můžeme považovat právě nedostatečnou pozornost k pozitivnímu chování dítěte a naopak nadměrnou pozornost k chybě a selhání. Výchovné postupy jsou prováděny nedůsledně, neprůhledně a mnohdy prostřednictvím výčitek, skrytě vnucovaných pocitů viny anebo v podobě nerealistických předsevzetí.

- **Narušené či zatížené vztahy mezi dítětem a rodičem**

Rodinné vztahy závislých jsou známé svoji opakující se strukturou: nadměrně ochraňující a pečující matka a chladný, slabý či nepřítomný otec. Vztahy mezi otcem a synem jsou značně konfliktní, negativní a prázdné. Tyto situace přispívají jako udržující faktor k narušeným vztahům. Závislý, který se při svém chování setká jen s nedůslednou a přitom milující matkou, nezískává dostatečný kontakt s realitou. V případě dlouhodobé nepřítomnosti disciplíny, kterou většinou otcové představují, může jít skutečně i o jeden z faktorů vzniku závislosti.

- **Chaotické či špatně vymezené vztahy mezi generacemi**

Mezigenerační vztahy stojí za pozornost, neboť představují významnou oblast, ve které probíhají kritické okamžiky vývoje k samostatnosti. Společnost ve svých normách a kulturách věnuje vymezení generací velkou pozornost. V rodinách závislých není jasně stanoveno, kdo co má dělat, co je či starost a čím si kdo může být jistý. Dítě pak vyrůstá v nejistotě, kde se neustále mění jeho kompetence, svoboda i odpovědnost. Za extrémní narušení mezigeneračních hranic se považuje sexuální zneužívání či incest. Následky tohoto činu jsou většinou velmi traumatizující. Většinou vedou k problémům se sebeúctou, sebevražedným myšlenkám, poruchám tělového schématu, škodí v partnerských vztazích a poruchám příjmu potravy. Cuskey (1979) ve svém výzkumu uvádí, že až 90% závislých žen zažilo sexuální zneužití v rodině.

- **Skryté, nedostatečné či naopak excesivní vyjádření hněvu v rodině**

„Zlost, vztek, agresivní reakce či prostá důsledná asertivita - v rodinách existují velice různé způsoby, jak s těmito přirozenými emocemi a afekty zacházet.“ (Hajný in Kalina a kol., 2003, str. 141) V některých rodinách jsou zlostné projevy nadměrně potlačovány, v jiných se obráceně objevují v nadměrné a neadekvátní míře. Jednotliví členové své oprávněné výhrady či zlost úmyslně nebo nevědomě skrývají. Někteří lidé si myslí, že výměna názoru nebo hádka povede ke katastrofě a vyslovení tragických pravd. *„Zvýšená hladina napětí, obava ze zneužití otevřené komunikace nebo pocit ohrožení v domácím prostředí vedou k různorodým nepříznivým důsledkům pro všechny členy rodiny. Pro uživatele drog jsou pak nepochybným udržujícím faktorem.“* (Hajný in Kalina a kol., 2003, str. 141)

- **Závislost v roli prvku, který udržuje v rodině rovnováhu**

Užívání drog se objevuje v době, kdy přichází první známky odpoutání dítěte od rodiny. Představuje jakousi samostatnost, ale vnitřně je dítě stále závislé na rodičích. V některých rodinách může být toto chování skryté a nevědomě udržováno ostatními blízkými – obvykle rodiči. Dokud se neztrácejí z domova věci a ve škole si dítě udržuje prospěch, tak se zdá být vše v pořádku a v rodině panuje dočasně setrvalý stav. Motivem takového přístupu bývá úzkost ze skutečné separace dítěte a osamocení rodičovského páru (tzv. syndrom prázdného hnízda) anebo obava z odkrytí do té doby neřešených problémů.

- **Jeden či více závislých členů rodiny**

Jedním z nesporných faktorů pro vznik a rozvoj závislosti u dítěte je závislost dalšího člena v rodině, a to obvykle **rodičů**. Míra rizika závisí na tom, jak závislost rodiče ovlivňuje chod rodiny, rodinné rituály a společně trávený čas. Rizikový vliv závislého člena rodiny na dítě spočívá i v tom, že se může stát předobrazem. Dítě mohou znejistit i nečekaně měnící se reakce rodiče. „*Plačtivé nálady, nenaplněná předsevzetí a odevzdanost závislého rodiče narušují proces žádoucí idealizace, identifikace dítěte s rodičem, zklamávají jeho očekávání a přispívají k rezignovanému životnímu postoji.*“ (Hajný in Kalina a kol., 2003, str. 142) K hlubokému narušení důvěry a bezmocného vzteku vede typické popírání závislosti ze strany rodiče. Problematické jsou důsledky chování rodiče, který problémy svého partnera přehlíží anebo řešení donekonečna odkládá.

- **Kodependence**

„*Jde o určitý vzorec osobnostních rysů, který lze předpokládat u většiny členů rodiny se závislým členem.*“ (Hajný in Kalina a kol., 2003, str. 142) Můžeme si uvést následující znaky: 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. Takže členové takovéto rodiny se chovají tak, že drogovou závislost umožňují (jejich chování to usnadňuje). Motivem může být např. odvedení pozornosti od vážného partnerského konfliktu anebo zprostředkování komunikace mezi rodiči. (Čermák in Kalina a kol., 2003)

Negativní působení rodiny na jedince patří k příčinám vzniku závislostí velmi častým a značně zásadním. Bez podpory fungujícího rodinného zázemí je velmi složité nalézt řešení. Děti z dysfunkčních rodin se velmi často potýkají s pocity psychické deprivace z dlouhodobého neuspokojování citových potřeb. Rodiče se jim nevěnují tak, jak by měli a případná výchovná opatření nemají účinnost. (Fisher, Škoda, 2009)

Existují i **typické rysy** rodin, kde se můžeme setkat se závislostí, která je však v různých rodinách rozlišná. Nešpor (2000) předkládá problémy, se který se setkáváme nejčastěji:

1. **Pseudoindividuace** (zdánlivé osamostatnění), které popsal americký lékař J. Haley. Dítě s návykovým problémem odmítá autoritu rodičů, ale současně není schopné se postarat samo o sebe a selhává v životních situacích a tím se zvyšuje jeho závislost na rodině a snižuje se jeho schopnost skutečně se osamostatnit.

2. **Umožňování** usnadňuje návykové chování, za „umožňovače“ můžeme považovat člena rodiny, který např. vymyšlením omluv oddaluje skutečné řešení.
3. **Triangulace** (vytváření trojúhelníků) Dospívající s návykovým problémem si např. matce stěžuje na otce a otcí na matku nebo terapeutovi na rodiče a rodičům na terapeuta atd. Dospívající si tím vytváří prostor pro pokračující návykové chování. Účinnou obranou proti triangulaci je zlepšení komunikace mezi dospělými.
4. **Rozmělnění meziosobních a mezigeneračních hranic** se často projevuje spojenectvím např. mezi odpouštějící matkou a dospívajícím proti přísnému otcí. Identifikace jednoho z rodičů s problémovým dítětem komplikuje překonání návykového problému u dítěte.
5. **Patologická rovnováha** nebo-li závislost jednoho z rodičů poskytuje příležitost a nezřídka předchází vzniku návykového chování dítěte.

Za další důležitý faktor můžeme považovat **zvyky v rodině**, které zvyšují užívání drog. Hajný (2001) na ně ve své knize upozorňuje:

- **Svoboda ano či ne?**

„Svoboda je v rodině vždy důležité téma. Svoboda úzce souvisí s nezávislostí a ta opět stojí proti závislosti – na lidech i drogách. Zdá se, že rizikovým prostředím mohou být takové rodiny, kde panují extrémní poměry: přílišná svoboda, která hraničí s chaosem nebo lhostejností na jedné straně a na druhé zase vztahy, kde jsou si všichni tak blízko, že bez sebe neudělají krok, se vším se svěřují – představují dokonalé hnízdečko.“ (Hajný, 2001, str. 27)

- **Předčasně zralé děti**

Každé dítě zraje v různých směrech různě rychle. Některé děti se začnou chovat poměrně brzy, často již kolem 8 roku, velmi zodpovědně a aktivně.

- **Dítě jako důvěrník rodiče**

Situace kdy si jeden z rodičů opakovaně stěžuje na toho druhého. Dítě taková pozornost zpočátku těší, cítí se být poctěno důvěrou, cítí, že rodičům pomáhá. Problém spočívá v tom, že jde stále o dítě, které je emočně nepřipravené, zranitelné a zneužitelné.

- **Když dítě „musí“ být příliš hodné a dokonalé**

Klid, věkově neadekvátní odpovědnost, rozumnost a úcta ze strany dospělých najednou začne bránit ve zdravém vývoji, ke kterému patří zlobení, chyby, vzteklost popřípadě rebelie. Kvůli nátlaku ze strany rodičů se k takovému chování dokážou odhodlat jen za pomoci rizikových situací – a to za pomoci alkoholu nebo pod vlivem drog dokážou být spontánní a říct druhým něco od plic.

- **Nadměrná volnost a nedostatek kontaktu mezi rodiči a dětmi**

Se svobodou je spojena volnost – zoufalé úvahy některých rodičů. Někteří rodiče jsou k soukromí dítěte přehnaně ohleduplní. Z výchovy se vytrácí několik důležitých věcí: společný čas trávený s rodinou, čas na klidný dialog mezi dítětem a rodiči, možnost učit se o partnerských vztazích, a jak zvládat konflikty apod. Díky tomu se dítě dostává do světa dospělých příliš rychle, aniž by mělo možnost rodiče využít jako vzor chování a jejich zkušenosti při výběru přátel a možnosti trávení večera příjemnou variantou.

- **Příliš liberální a nedůsledná výchova**

„Nadměrně liberální výchova doprovázená občasnými nepřesvědčivými pokusy rodičů o zásahy do života dítěte, může přispět k nerovnoměrnému vývoji dítěte.“ (Hajný, 2001, str. 32) I taková výchova může vést k nedostatečnému uspokojování potřeb.

- **Nadměrná kontrola a náročnost**

Pokud se náročná a kontrolující výchova daří, objevují se skutečné důsledky – úspěchy a výsledky. Každé dítě chce být úspěšné a oceňované. Avšak tam kde je vysoká sebekontrola a nároky dítěte na sebe přehnané a málo vyvážené, může dojít k problematickému vývoji: dítě si samo osvojí přílišnou náročnost. Problémy se pak objevují v podobě, kdy se dítě přetěžuje, nikdy není spokojeno, nic mu není dost dobré a to vede časem k vyčerpání, omezení životních hodnot, ochuzení citového života atd... Dítě nesnese selhání – úlevou mu jsou impulzivní tendence k přejídání, gamblingu, užívání drog a pití alkoholu.

- **Když je výchova jen to, co se říká**

Jedním z typických rysů je nepružný a úzký výběr výchovných přístupů. Například mezi ně patří: nekonečné domlouvání, které tvoří směs výčitek, výhrůžek, příslibů

a manipulací. Mlčení, ve kterém rodiče dávají najevo svůj hněv např. „O tom stejně nemá cenu se bavit...“. Nebo rodiče vymyslí trest, na který stejně zapomenou.

- **Neřešené konflikty**

Předpokladem řešení konfliktu je, že si určitý problém uvědomíme, přemýšlíme o něm a s někým o tom mluvíme. Patří k tomu otevřené vyjadřování a někdy i ostřejší hádka. Po odeznění hlavního konfliktu se dostavuje úleva, objevují se další nápady, jak něco udělat a změnit. U problematických rodin je tato schopnost řešit konflikty omezená. Příklad: nikdo z rodiny nevěří, že by další rozhovor něco vyřešil. Otec se konfliktům vyhýbá odchodem z místnosti. K neřešení konfliktů někdy přispívá zkušenost, že snaha něco vyřešit pokaždé skončí hádkou, která nikam nevede.

- **Řešení nepříjemných pocitů náhradními prostředky**

Nepříjemné je cítit zlost, smutek, prožívat osamělost, úzkost a strach. Rodiče by měli být vzorem, jak zvládat nepříjemné pocity. Dítě musí vědět, že je normální se občas cítit špatně a mít možnost co s těmito pocity dělat. Riziko vzniku zneužívání návykových látek je vyšší právě v těch rodinách, kde převládá náhradní řešení problémů.

- **Nadměrný stud**

Pocity studu mají asi největší vliv na sebeúctu. Pokud se v rodině nemluví o přirozených věcech na rovinu, vyčítá se chování typu: tohle dělají jen „zlobivé děti“, můžeme mít postupem času, značné stopy na sebevědomí. Dítě potřebuje jisté zázemí, jistotu a otevřenost rodičů.

- **Nadměrné pocity viny**

Pocity viny mají v prožívání určité místo, ale rozhodně mají mít své trvání a míru. V rodinách toxikomanů se vyskytují výchovné přístupy, které jsou založeny na výčitkách, citovém vydírání a manipulaci s pocitem viny. Pocity viny hrají velkou roli. Ví, že svým blízkým ublížil a cítí část viny, ale neumí s těmito pocity zacházet. Prostřednictvím drogy se snaží utéct od tohoto pocitu a vyhýbá se situacím a lidem, kteří je připomínají. Z toho pak má ještě větší pocity viny a ty opět řeší drogou, a tak se vše točí dokola.

- **Negativní stereotypy**

Jedná se přesvědčení, že něco prostě tak je a jinak být nemůže. Některé stereotypy mohou být pro růst dítěte velmi omezující, odnáší si je do svého života a vztahů. Příklad: muži jsou sobci, nic nechápují a ženy jsou hysterky, které pořád dělají scény. Od 18 at' si dělá, co chce, nemá cenu rozebírat problémy a mluvit o nich atd.

- **Stěhování**

K nejvýše hodnoceným stresovým situacím patří časté stěhování. Ztráta známého prostředí, lidí a obzvláště ztráta bezpečného pocitu z vlastního osobního prostoru jsou zdrojem stresu. „Některé děti jsou extrémně citlivé na přerušení vztahů s kamarády a jen obtížně si budují nové vztahy. Drogy zde mohou sehrát roli zprostředkujícího činitele.“ (Hajný, 2001, str. 47) Pod jejich vlivem se člověk lépe seznamuje, překonává strach a ostych. Může se objevit problém, že v novém místě bydliště se vyskytují skupiny lidí, které drogy berou. Je pravděpodobné, že dítě ve snaze začlenit se, se začne s dotyčnými lidmi stýkat a s drogami experimentovat.

- **Chtěli jsme pro něj jen to nejlepší aneb dítě – nástroj neuspokojených ambicí rodičů**

Celý problém souvisí s tím, že rodiče si přejí pro dítě lepší život, než měli oni sami. Přejí si, aby pokračovali v jejich šlépějích anebo aby dokázali to, co sami nezvládli. Rodiče v tomto směru ztrácí schopnost vnímat, co by dítě chtělo samo. Dlouhodobý tlak na změnu osobnostních rysů a schopností dítěte, může v dospívání vést k extrémním reakcím a narušení vztahů.

- **Rozvod**

Toto velice rozsáhlé téma nepochybně nesmí chybět. V souvislosti s drogami se důsledky rozvodu mohou projevit v mnoha směrech. Dítě na sebe upozorňuje změnou chování (pozdní příchody, experimentování s drogami) a tím si říká o zvýšenou pozornost či důslednost. Dítě se začne chovat problematičtě, aby vytvořilo situace, ve kterých se rodiče opět spojí a snaží se o něj postarat nebo změnit jeho chování. Popřípadě se začne obracet k vrstevníkům, u kterých hledá vše, co nemůže najít doma. Dítě potřebuje otevřenost ve věcech, které se ho týkají a nebýt stavěno na druhé místo. Pro dítě to má stejně trpké následky jako pro samotné

rodiče. Bolest či zlost jsou přirozené reakce a dítě se postupem času se situací vyrovná, pokud bude mít oba rodiče nadále k dispozici a nebudou ho neadekvátně využívat.

3.2 Návykové problémy rodičů

Výchovu dítěte stěžují a komplikují problémy rodičů. Rodiče, kteří se dokážou se svými problémy vyrovnat, tím pomáhají nejen sobě, ale zároveň i dětem. Na první pohled dítě nemusí poznat, že se v rodině vyskytuje problém, ale přinejmenším bude cítit, že něco není v pořádku. *„Přibližně 50 – 70% stávajících problémových uživatelů drog v evropských zemích uvádí, že jeden z jejich rodičů, případně oba dva, užívali problémově alkohol nebo drogy.“* (Hoffman a SU in EMCDDA, 2010b, str. 29) Rodina je vystavena nesmírné zátěži, která zapříčiňuje a zároveň přispívá k reakci nalomené rodiny na daný drogový problém. Ukazuje se, že rodinné problémy, ať už mezi rodiči nebo rodiči a dětmi, zcela ztrácejí svůj původní obrys v důsledku života s drogovým problémem. (Barnardová, 2007)

„Rodiče dítěte jsou často sami osobnostně nezralí, s nedostatečnou integritou osobnosti, s patologickými ochrannými mechanismy. Bývají neurotičtí, s konzumním přístupem k životu.“ (Trávníčková a kol, 2001, str. 45) *„Je zřejmé, že přetrvávající drogové problémy rodičů se odrážejí v nestabilitě péče a pravidlech rodinného soužití vůči dětem.“* (Preslová in Kalina a kol., 2003, str. 244) Hlavně jako děti hledáme u rodičů bezpečí, klid a jistotu a rodiče se stávají středem pozornosti. Závislí rodiče se dopouštějí mnoha selhání (neřešení konfliktů, vydírání, týrání) a výchovu svých dětí zanedbávají. Rodiče mohou se svými dětmi v určité míře i manipulovat, a to k dosažení své potřeby s hlavním cílem obstarání drogy. *„Manipulujeme, když se snažíme nějak nepřímo dosáhnout toho, co chceme nebo potřebujeme. Cílem Manipulace je neřici přímo, co chci, ale přesto nějak dosáhnout toho, co potřebuji. Důvodem může být třeba strach z neúspěchu, odmítnutí nebo nechuť dát najevo, že od druhých něco potřebuji.“* (Hajný, 2001, str. 36) Děti, které vyrůstají v domácnostech drogově závislých, dělají, co mohou, aby toto rodinné tajemství udržely v tajnosti. Nejen, že se za své rodiče stydí, ale zároveň se bojí, aby nebyly odebrány z rodičovské péče. (Barnardová, 2007)

„V mnoha rodinách, kde se vyskytuje návyková nemoc, platí nepsané pravidlo, že se o tom nesmí mluvit v rodině a zvláště ne mimo rodinu.“ (www.drnespor.eu) V důsledku toho mnoho dětí si není jistých tím, kdy mají říci pravdu a lhát, váhají, jestli je jejich chování normální, sami sebe posuzují bez slitování a berou se příliš vážně, mají problém se bavit

a v neposlední řadě mají problém navázat důvěrné vztahy. Proto je důležité, abychom si uvědomili, že něco jako normálnost prostě neexistuje. Je to jako domeček z karet, jestliže základy nejsou bezpečné, stačí nepatrný vánek a celá stavba se zhroutí. (Woititzová, 1990)

Za ohrožené rodiny lze považovat ty, kde jeden nebo více členů problémově užívá alkohol nebo drogy, případně rodiny, v nichž ve značné míře dochází ke konfliktům a násilí mezi rodiči, kde panují špatné mezilidské vztahy anebo vážné ekonomické problémy. (EMCDDA, 2010b) *„Závislost chápou jako jev, který není izolovaný, ale existuje v systému vztahů dotyčného člověka. Stává se tak dočasně nutným prvkem, který umožňuje určité fungování, postoj a udržuje rovnováhu. Mnohem zřetelnější však takový proces bývá v rodině, kde je například závislý jeden z rodičů, než v rodinách, kde dospívající dítě bere nelegální drogy. V rodinách sociálně stabilizovaných alkoholiků se můžeme opravdu setkat s tím, že pití se stane součástí kultury a zajišťujícím prvkem, bez kterého to nejde.“* (Kalina a kol., 2008, str. 41)

Nešpor (2001) ve své knize uvádí několik typů, co je vhodné a nevhodné pro řešení situace problému s alkoholem nebo návykovou látkou jednoho z rodičů, jak varovat děti před návykovými riziky a dbát o včasnou prevenci v rodině.

Tipy pro vhodné řešení:

- Varovat dítě před alkoholem a jinými návykovými látkami.
- Léčit se a abstinovat od návykových látek včetně alkoholu.
- Pokud se jedná o vážný problém, snažíme se dítěti vysvětlit, že se jedná o nemoc.
- Jestliže, jeden z rodičů kvůli závislosti přestává fungovat, mohou ho dočasně nahradit jiní dospělí členové rodiny. Dbáme na to, aby si dítě k těmto dospělým vytvořilo dobré citové vztahy.
- Chránit sebevědomí dítěte. V rodinách, kde je problém s alkoholem nebo drogou je to obzvláště důležité. Hledáme a nacházíme důvody, proč dítě pochválit a povzbudit.
- Poskytnout dítěti možnost soustředit se na záležitosti, které odpovídají jeho věku např. čas si hrát.
- Vytvořit předvídatelné a bezpečné prostředí. Důležitý význam mají rituály, jako jsou oslavy svátku narozenin, společné jídlo, návštěvy apod.

Co je nevhodné:

- Pokoušet se učit děti kontrolovaně konzumovat alkohol nebo brát drogy. U dětí se závislost rozvíjí mnohem rychleji a hlavně je toto jednání v rozporu se zákonem.
- Vyvolávat u dětí pocity viny, takové pocity mohou dítě zbytečně provázet i v dospělosti a komplikovat mu život.
- Používat a přetěžovat děti, aby zastaly všechno to, co má dělat selhávající rodič. Tyto předčasné situace ohrožují zdravý vývoj dětí.
- V rodinách, kde mají rodiče problém s alkoholem nebo jinou návykovou látkou, nepodceňujeme bezpečnost dětí. Riziko sexuálního zneužívání, týrání nebo zanedbání je mnohem vyšší, než ve zdravých rodinách. V takovém případě je nutné se obrátit na odborníky (zdravotníky, policii nebo na oddělení péče o děti okresního úřadu). (Nešpor, 2001)

V posledních letech se stále více věnuje pozornost otázce rozdílu mezi drogově závislými muži a ženami. Rozdíly mezi problematikou drog žen a mužů jsou zásadní a často vyžadují zcela odlišný přístup, tuto skutečnost potvrzují statistická data a zkušenosti z praxe. (Preslová in Kalina a kol., 2003) Pokud mluvíme o rodičích – uživatelích, jedná se téměř vždy výlučně o matky. Otcové bývají v rodném listě dítěte poměrně málo uvedeni, a to z důvodu, že o dítě neprojevují zájem, jsou matce neznámí anebo z dlouhodobé spolupráce vypadávají. (Preslová, 2011)

Celospolečensky velmi vážný dopad má problematika toxikomanek. Jejich děti potřebují vhodné rodinné zázemí, dostatek lásky a porozumění. *„Je pravděpodobné, že narůstající počet dětí drogově závislých matek ve společnosti zvyšuje nebezpečí, že se při neřešení rodinné situace mohou vydat podobnou cestou jako rodiče. V takovém případě by hrálo svůj vliv sociální prostředí.“* (Preslová in Kalina a kol., 2003, str. 244) Prostředí, ve kterém dítě v prvních letech života vyrůstá je pro jeho vývoj rozhodujícím faktorem, a to z hlediska jak zdravotního, tak i psychosociálního.

Právě socializace dětí, které mají závislou matku, je poškozena ve větším rozsahu. V rodinách, kde je závislý otec, se až ve 40% u dětí objevují psychické poruchy. (Heller, Pecinová in Trávníčková, 2001) Česká republika nabízí léčbu drogové závislosti pro matky

s dítětem, jako jedna z mála zemí Evropy. Služby nabízí terapeutická komunita Sananim - Karlov.

V mnoha případech se můžeme setkat s typickými reakcemi dětí na závislost jednoho nebo obou rodičů:

Rodinný hrdina – nejčastěji na nejstaršího sourozence se přenášejí nároky za rodiče, což přesahuje jeho možnosti. V dospělosti se u takového dítěte objevují pocity méněcennosti a nedostatečnosti. Takového jedince musíme směřovat k činnostem, které odpovídají jeho věku, a nečinit ho odpovědným za problémy rodičů.

Ztracené dítě – toto dítě málo a obtížně komunikuje, je uzavřené a uniká do fantazií vnitřního světa. Důležité je překonat návykový problém v rodině, aby se těmto dětem dostalo potřebné pozornosti a vřelosti, aby se naučily oceňovat vnější svět a žít v něm.

Klaun – snaží se prostřednictvím veselí odvádět pozornost od problémů rodiny. Řídí se heslem: „je lépe, když se smějeme, než abychom se hádali nebo prali“. Podstatné je neposilovat šaškování a měly by se hledat přiměřené způsoby, jak projevit a posilovat zdravé sebevědomí dítěte.

Černá ovce – odvádí pozornost od problémů rodičů tím, že na sebe upozorňuje zlobením, delikvencí apod. Zde je důležité neposilovat nevhodné chování, stanovit hranice a meze a posilovat sebevědomí. (Wegscheiderová-Cruseová, 1989 in Nešpor, 2000)

Dívky se častěji identifikují s rolí klauna a ztraceného dítěte, i když méně častá je identifikace s rolí klauna v rodinách, kde se závislost vyskytuje u obou rodičů. (Veronicová, 1998, in Nešpor, 2000) U těchto čtyř typických reakcí je především důležité překonat právě návykový problém rodičů.

3.3 Klasifikace závislosti ve vztahu k rodinnému prostředí

Typ závislosti s rodinnou strukturou dává do souvislosti Cancrini (1985 in Kalina a kol., 2003). Jeho klasifikace rozlišuje závislost na traumatickou, neurotickou, přechodnou a sociopatickou.

1. **Závislost traumatického typu** - rodinnými faktory v tomto případě jsou zneužití, úmrtí, nezvládnutý odchod jednoho z rodičů, násilí, onemocnění, psychická porucha v rodině atd.

2. **Neurotická závislost** - vyskytuje se nejčastěji, vyvíjí se v rodině s nahromaděným napětím, neřešenými vztahovými problémy, špatným zdůrazňováním rozdílů mezi „dobrým“ a „špatným“.
3. **Přechodová závislost** - odpovídá hraničním osobnostním rysům. Patří k nim nestálost v osobních vztazích, úniky do fantazijního prožívání nebo zcela psychotické myšlení. V rodinách se může rovněž vyskytovat psychická zátěž a nebo těžké trauma.
4. **Sociopatická závislost** - závislý prošel rodinou, kde fungovala lhostejnost, kriminalita, fyzické násilí či zneužívání. Užívání drog není primárním zdrojem jeho problému. Spíše tvoří další část jeho celkového problému.

4 Možnosti intervence

4.1 Krizová intervence

Definice krizové intervence

„Krizová intervence je odborná metoda práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou, ohrožující. Krizová intervence pomáhá zpřehlednit a strukturovat klientovo prožívání a zastavit ohrožující či jiné kontraproduktivní tendence v jeho chování. Krizová intervence se zaměřuje jen na ty prvky klientovy minulosti či budoucnosti, které bezprostředně souvisejí s jeho krizovou situací. Krizový pracovník klienta podporuje v jeho kompetenci řešit problém tak, aby dokázal aktivně a konstruktivně zapojit své vlastní síly a schopnosti a využít potenciálu přirozených vztahů. Krizová intervence se odehrává v rovině řešení klientova problému a překonávání konkrétních překážek.“ (Vodáčková, 2007, str. 60)

Po nějakém čase vede závislostní chování ke krizové situaci. Lidé se závislostním chováním především na návykové látce mají omezené zvládající strategie, což je výsledkem toho, že lidé se závislostí prožívají častěji krizové situace než lidi bez ní. Nejčastější krizové situace závislostního chování, jsou *situacní* (např. odchod partnera, ztráta zaměstnání, diagnostikování infekční nemoci atd...) a *neodkladné krizové stavy* (např. toxická psychóza nebo sebevražedný stav). (Hajný, 2002; Libra, 2003 in www.adiktologie.cz) Některé okamžiky krize mohou mít pro člověka se závislostí pozitivní vliv. Onen okamžik (např. umrtí, prožití hromadného neštěstí) ho přivede do kontaktu s adiktologickými službami. (Vodáčková, 2002 in www.adiktologie.cz) Na druhé straně závislostní chování se může stát způsobem zvládnutí situace. Někteří lidé zvolí příjemnější řešení krize prostřednictvím užití návykové látky, jejichž hlavní funkcí je zmírnění popřípadě odstranění psychické bolesti, která krizovou situaci doprovází. (Hajný, 2002 in www.adiktologie.cz)

Cíl krizové intervence je jednak **aktuální** – uklidnit klienta, stabilizovat jeho stav, snížit nebezpečí, že se krize bude nadále prohlubovat, a jednak **perspektivní** – propracovat s klientem blízkou budoucnost, hledat v případě nutnosti další řešení. Pracovník v průběhu krizové intervence nabízí klientovi pomoc s cílem:

- a) Usnadnit komunikaci (nejen mezi klientem a pracovníkem, ale především mezi klientem a jeho okolím)
- b) Nabídnout klientovi správný odhad problému a jeho vhodné řešení

- c) Pomoc klientovi při vyjádření emocí
- d) Pomoc klientovi získat opět sebedůvěru
- e) Zjistit možnosti podpory v okolí klienta (jak laické, tak profesionální)

Jestli má být krizová intervence účinná, je zapotřebí zvýšené otevřenosti pro vnější pomoc a možnosti změn, protože jakmile akutní krize odezní, motivace a připravenost ke změnám se zmenšuje. (Kalina a kol., 2001)

Různé krize nabízí klientovi příležitost, aby si z dané situace odnesl určitou zkušenost. Může se jednat jak o zkušenost negativní tak i pozitivní. V případě zkušenosti negativní, klient z krize nevychází obohacen o nové poznatky a dovednosti, jak danou krizi zvládat. Ale naopak v případě, je-li zkušenost pozitivní, klient si osvojí nové poznatky a dovednosti, které jsou ke zvládnutí zátěžových situací potřebné. Dále se závislý jedinec musí naučit poznávat situace, které působí jako spouštěče krizových reakcí. Když krize pomine, klient se může za pomoci poradce zpětně zamyslet nad svými pocity, které vedly ke vzniku krizové situace. Na základě povědomí o těchto spouštěcích událostech, poradce může vytipovávat příslušné dovednosti (respektující jeho slabiny), které by si klient měl osvojit ke zvládnutí zátěžových situací. (Millerová, 2011) „*U závislého klienta je nutné počítat s dalšími průvodními komplikacemi, mezi něž patří problematický vztah k autoritám, nedůvěra k druhým, emoční reaktivita a omezená schopnost kontrolovat impulzivitu.*“ (Millerová, 2011, str. 121.) Na základě toho by si měl poradce uvědomovat, že závislému člověku může chvíli trvat, než s poradcem naváže bližší kontakt, vzhledem k jeho dřívějším nedobrym zkušenostem. (Millerová, 2011)

Základním principem programu krizové intervence je pomoci efektivně, v co nejméně omezujícím prostředí (sociální kontext je součástí problému). *Základními prvky* programu by měly být:

- Nízký práh či aktivní vyhledávání ohrožených – tým programu je pohyblivý a mobilní, spíše jedná v předstihu než následně.
- Spíše asistence a pomoc v průchodu problémem na místě, ustavení rovnováhy a díky krizi se naučit novým dovednostem.
- Intervence musí být rychlá, čas hraje důležitou roli, a pokud nemáme možnost rychle reagovat nelze ji zajistit.

- Stanovit jasné cílové skupiny, pro které je program navrhován a pro jaké typy problémů jsou jeho pracovníci trénováni. (Libra in Kalina a kol., 2003)

Pracovníci týmu by měli mít určité *dovednosti* (které by měli znát a umět používat v krizové intervenci):

1) Posouzení situace

- Přijetí a zachycení zprávy nebo signálu krize.
- Zapojení klienta do spolupráce.
- Činnosti, kde se hodnotí spíše současná situace – akce „zde a nyní“.
- Získat názory od lidí, kteří hrají v krizi klienta nějakou roli.
- Spolupráce s odborníky a posouzení přítomných symptomů. Při posouzení je potřeba věnovat pozornost tomu, co klienta přivádí do krize.
- Poskytnout dostatek času. Je třeba posoudit i klientovu schopnost postarat se o sebe v základních životních situacích. Posuzuje se vztah mezi klientem a pracovníky, sociální vazby např. kdo je klíčovým člověkem, kolik podpory je schopno okolí poskytnout, kdo je účastníkem možného konfliktu.
- Přítomnost další aktuální léčby např. medikace.

2) Plánování intervence (volba přístupu) a intervence samotná

- Proces dojednávání, kontraktování - cíle intervence se od sebe mohou lišit (záleží, co kdo vidí jako problém). Sladit cíle do přijatelné podoby je jedna z dovedností týmu. Kontraktování je procesem, kterým se vytváří nejen kvalita vztahu mezi klientem a týmem, ale je rovněž i procesem, který vynáší na vědomou a zpracovatelnou úroveň popírané aspekty situace.
- Pracovní strategie týmu – obsahuje, co může tým nabídnout, co je možné dělat. Je podkladem pro klienta a jeho rodinu, aby se mohli rozhodnout, tým se ovšem drží svého kontraktu - nepřistoupí na to, co popírá důležité momenty posouzení situace.

3) Řešení situace, hodnocení výstupů, rozhodnutí o potřebné následné péči

- Někdy je třeba opět posoudit rizika a je třeba vyjednávat o dalším sledování situace. Vždy je nutné uvažovat o tom, jak snížit pravděpodobnost nekontrolovatelného zhoršení situace. Zdrojem poučení pro všechny přítomné jsou získané poznatky a zkušenosti z krize. Jestliže pominulo akutní nebezpečí, neznamená to, že se krize nemůže opakovat.

- Ukončení intervence by mělo probíhat v přítomnosti všech zúčastněných. Při hodnocení je dobré odlišit citlivé hranice mezi bláznivým/špatným, nemocným/neodpovědným a mezi obětí/zranitelností. (Libra in Kalina a kol., 2003)

Za nejčastější případy krizové intervence, kdy se uživatelé obracejí na služby, popisuje například Libra (in Kalina a kol., 2003) následovně:

- Akutní zoufalá úzkost, kdy závislost nebo zneužívání návykových látek vyvolává obavy okolí - ať už rodiny či spolubydlících – z rizika závažného duševního onemocnění nebo sebepoškození.
- Sebepoškozování či sebevražedné jednání různé etiologie.
- Onemocnění závažnou infekční chorobou – HIV, hepatitida.
- Krize v rodinných či milostných vztazích, které jsou provázeny pocity beznaděje a nenahraditelné ztráty, ohrožení citového zázemí a základních sociálních jistot.
- Zásadní ohrožení sebehodnocení klienta v důsledku vyvrcholení problému ve škole či zaměstnání.
- Úmrtí člena party, provázané popíráním pocitů viny a úzkostných pocitů vlastního ohrožení v partě i z vnějšího okolí.
- Situace, ve kterých se objevuje obraz neodvratnosti a neodklonitelnosti trestu provázaného společenským stigmatem – odsouzení za přechování drog, podvody a krádeže.

4.2 Harm reduction a časná intervence

Časné intervence kladou důraz na práci s jednotlivcem v začátku jeho užívání nebo v začátku kontaktu s odbornými službami. Jde tedy o snahu nabídnout pomoc co nejdříve. Za časné intervence se pokládají krátkodobé odborné postupy navazující na zjištění problému s užíváním návykových látek dříve, než dojde k závažnému poškození (psychické, somatické nebo sociální) či vzniku závislosti. (Kalina, 2006 in Kalina a kol., 2008) Intervence je poskytována osobám se začínajícími emočními problémy, popřípadě problémy v chování,

kteře by mohly souviset s užíváním drog. (www.drogy-info.cz) Termín časná intervence bývá obvykle spojována s pojmem Harm reduction. Chceme-li si tento pojem doslovně přeložit, znamená „snížování poškození/škod“, což se používá spíše pro dovysvětlení pojmu jako takového.

„Jako „Harm Reduction“ (HR – obvykle se nepřekládá do češtiny) se označují přístupy snižování či minimalizace poškození drogami u osob, kteří v současnosti drogy užívají a nejsou motivováni k tomu, aby užívání zanechali.“ (Kalina a kol., 2001, str. 43) Pragmatická je základní charakteristikou tohoto pohledu na drogovou závislost. Nesnaží se o absolutní eliminaci drog a jejich užívání, ale o to, aby negativní důsledky užívání drog byly co nejmenší. Dá se říct, že se zaměřuje především na stabilizaci životního stylu klienta, přičemž vychází z klientových potřeb. Dává klientům možnost rozhodnout se jak, kdy a kde mají být léčeni a přitom má na zřeteli zlepšení kvality života, zdravotního stavu a tělesné i duševní pohody. Problém jednotlivce je chápán jako problém celku, takže značné úsilí směřuje ke snížení poškození celé komunity. Intervence jsou tedy plánovány na základě potřeb klientů, ale i celé komunity. Potřeby jsou zjišťovány přímo v kontaktu s klienty a zároveň od lékařů, díky tomu je možné plánovat intervence na základě skutečných potřeb, a to tak, aby byly co nejúčinnější. (Hrdina in Kalina a kol., 2003)

Použití termínu odkazuje na specifickou oblast spojovanou s programy výměny jehel a snahou o zastavení šíření infekčních chorob, zejména HIV/AIDS a hepatitidu B a C. (Kalina a kol., 2008) Na snížení rizika šíření epidemie HIV/AIDS je uplatňována strategie Public Health. Služby vycházejí z principů Public Health nabízejí nejen bezprostřední zdravotnickou pomoc, ale také informace a vzdělání. Cílem je bezplatné poskytování injekčních stříkaček a jehel, kondomů a vzdělání v oblasti bezpečného sexu, nácvičování bezpečnějšího užívání a nácvičování čištění „nádobička“ (např. použití dezinfekčních alkoholových tampónů, vody pro injekční aplikaci, bavlněné filtry...). (Hrdina in Kalina a kol., 2003) *„V užším pojetí můžeme harm reduction definovat jako soubor praktických strategií, které redukuji negativní dopady užívání drog, a zahrnuje spektrum strategií od bezpečnějšího užívání po strategie vedoucí k abstinenci. Harm reduction strategie se snaží pracovat s klienty „tam, kde právě jsou“ a zaměřuje se na okolnosti užívání i na užívání samotné“ (Kalina a kol., 2008, str. 100)*

V Harm reduction je dalším důležitým principem nízkoprahový přístup! (Matlatt, 1993 in Kalina a kol., 2003) Tento program je určen především aktuálním uživatelům, pro které je okamžitá nebo v krátkém časovém intervalu abstinence nereálná. Nízkoprahový přístup je přístupný komukoliv bez dalších nároků či dalších stanovených omezení. Hlavním cílem je

oslovit a přijít do kontaktu s co největším počtem osob. Program je utvořen tak, aby nebránil využití služeb a nestavěl bariéry, které by mohly bránit uživatelům nebo jejich blízkým. Není třeba se předem objednávat, v pracovní době může přijít kdokoliv. Pro mnohé uživatele nebo rodinné příslušníky je důležité, aby zůstali v anonymitě z důvodu reakcí okolí nebo případné ztráty zaměstnání. (Kalina a kol., 2008) „*Většina nízkoprahových služeb v ČR používá stejný systém sběru dat, kdy je klientovi přidělen kód a na jeho základě jsou dále sledována data o populaci klientů a o využívání služeb. K uchování a zpracování dat je používána databáze FreeBase (<http://freebase.drogy-info.cz/>).*“ (Kalina a kol., 2008, str. 105)

Tyto programy pracují s nejširší skupinou klientů (v kontaktu je s nimi přibližně 60% problémových uživatelů) a pracují se všemi uživateli, kteří mají o tuto službu zájem. V rámci toho vzniká různorodá skupina uživatelů s odlišnými potřebami. Častou jsou nízkoprahové programy právě první místo, kde uživatel hovoří o svém užívání. Dostává prostor pro verbalizaci svých problémů a dostává se mu reflexe a návrhy či informace od pracovníka programu. Hlavním úkolem je předat klientovi dostatek základních informací o programu s cílem nabídnout mu důvod, proč a za jakých podmínek program dále využívat. Tato služba je důležitou branou do dalších služeb např. ambulantních a rezidenčních léčebných programů, zprostředkování léčebné péče a sociálních služeb. Díky tomu vzniká možnost nabízet uživatelům včasné řešení jejich situace dříve, než by se problémy vystupňovaly natolik, že by jejich řešení vyžadovalo mnohem náročnější a intenzivnější řešení. (Kalina a kol., 2008)

4.3 Rodinná terapie

McKay (1999 in Kalina a kol, 2003) předkládá, že v rodinné terapii se závislími členy se nejvíce uplatňují přístupy psychodynamické, behaviorální, systémové (systematické) a přístup založený na psychodynamické teorii kodependence.

„*Rodinná terapie není univerzální lék, její indikace jsou však široké.*“ (Kalina in Kalina a kol., 2003, str. 48) Jako zásadní indikace je nutné zmínit nízký věk, vysokou nezralost člena rodiny, selhávání klienta v léčbě – situaci, kdy rodina nedovolí, aby se závislý člen léčil.

Užívání návykových látek plní v rodině a jejím systému dvě funkce. Za prvé, užívání drog působí problémy v rodině samo o sobě. Za druhé, užívání je příznak nedostatku dovedností nebo neuspokojených potřeb. Pro neefektivnější intervenci je nutné určit, o jakou situaci jde. (McIntyre, 1993 in Millerová, 2011) Rodinné terapie by se mělo využívat

s rozvahou. V situacích, kdy užívání návykových látek vykazuje silně pozitivní vztah s rodinnými interakcemi, je využití rodinné terapie na místě. „*Pro takovou rodinu to může znamenat pomoc v tom, že může očekávat změny, vyzkoušet si nové způsoby fungování, dozvědět se něco o dynamice systému, zapojit silné stránky svých členů a zamyslet se nad vztahem vůči užívání návykových látek uvnitř rodiny.*“ (Americký národní institut pro užívání drog, 2003a in Millerová, 2011, str. 149) Dále Americký národní institut pro užívání drog upozorňuje, že dlouhodobá terapie nemusí být vždy nutná. Pozitivní výsledky mohou přinést jedno či dvě sezení, pokud se terapie zaměřuje na aktuální stav, má edukační charakter, problém je konkrétní a cílem je jeho bezprostřední řešení.

Terapii nemá cenu provádět, pokud k ní rodina přichází z donucení, jestli členové rodiny nevěří, že v jejich rodině existují nějaké problémy, nebo když v rodině není nikdo, kdo by si změnu přál. (Carpenter a Treacher, 1989 in Kalina kol., 2003) Rodinná terapie se provádí v zařízeních, která se zabývají léčbou i formou skupin, strukturovaných programů atd., jak u nás, tak i v zahraničí. (Kalina in Kalina a kol., 2003)

Někteří terapeuti usilují o nastavení pravidel pro komunikaci s rodinou. Pro kontakt s blízkými klienta a pro sdílení informací o rodině uvnitř „týmu“ by se měli stanovit jasná pravidla a dodržovat je! Jinak hrozí, že se terapeut diskvalifikuje vůči klientovi i rodině. Užitečná východiska pro vytvoření pravidel:

- Nikdo by se neměl stát doručovatelem vzkazů mezi klientem a jeho blízkými.
- Důležité informace musí být předány a diskutovány v týmu, neměly by sloužit/vést ke konfrontaci
- V základním kontaktu pracujeme s klientovou verzí příběhu. Při práci s rodinou nasloucháme všem verzím (verze ostatních členů).
- Jednotliví členové ani tým, by neměli bojovat s rodinou o moc a vliv na klienta, ani zavírat koalici s klientem proti jeho rodině.
- Pokud problém přesahuje kompetence zařízení, je vhodné doporučit nebo zprostředkovat příslušnou péči v zařízení jiném.
- Důležité je, aby žádná terapeutická intervence nikomu nepřinesla zahanbení!

Terapeutický tým a jeho komunikace s rodiči a partnery klientů by se měla obecně řídit zásadami: „*autonomie (klienta, jeho blízkých i terapeuta), nepoškozování, prospěšnost, věrnost (dodržovat sliby, ctít práva druhého, diskrétnost), spravedlnost (fair play, zacházení jako rovný s rovným).*“ (Zygmond a Boorhem, 1989 in Kalina a kol., 2003, str. 51)

Fisher&Harrison (1997, in Millerová, 2001) uvádějí, že poradce musí hledat takzvanou homeostázi: způsob zachování rovnováhy v rodině. To znamená, aby rodina byla schopna co nejlépe najít svoji již ztracenou rovnováhu, tak musí zkoumat popřípadě měnit své hranice, pravidla, role a hodnoty. Co se rolí týká, rodina musí zkoumat podmínky, které vedly k užití drog, identifikovat kdo se stal obětním beránkem a jaké triády udržují symptomatické chování v rodině při životě. (Kaufman, 1985 in Millerová, 2011) Na základě tohoto poznání budou schopni lépe porozumět sami sobě i rodinnému systému, což jim přinese větší svobodu v rozhodování o svém chování, nejen podle toho, jaká role jim byla přisouzena, nebo kterou na sebe vzali. Nakonec poradce musí určit, kdo bude zapojen do terapie. Poradce se musí zabývat silnými stránkami rodiny a snaží se rozpoznat, které stránky si rodina vypěstovala během vzniku a rozvoje závislosti. (McIntyre, 1993 in Millerová, 2011) „*Na základě znalosti těchto silných stránek bude poradce schopen nalézt základní pilíře, na nichž bude možné postavit rodinnou terapii.*“ (Millerová, 2011, str. 152) Jednou z problematických otázek může být, do jak velké míry zapojit do problému děti. Děti by zřejmě měly být zapojeny, z důvodu pochopení dopadu situace, ale není nezbytně nutné, aby se zapojovaly do věcí nebo se podílely na jakékoliv práci, které se jich bezprostředně netýká např. řešení manželských problémů. (Millerová, 2011) Rodinná terapie si všímá především hranic mezi rodiči a dětmi. Porušení těchto hranic, tj. vtažení dítěte do vztahu rodičů, může znamenat vážnou komplikaci ve vývoji rodiny a riziko pro zdravý vývoj jejich členů.

Závěr

Rodiče by měli být pro dítě jistý vzor a učit je správným životním hodnotám. Přípravovat je na život a čelit životním otázkám a problémům přiměřeným způsobem a jinými alternativami, než využít úniku z nepříznivé situace prostřednictvím užití drogy, ať už je její forma jakákoliv. Naučit je pochopit, že samotná droga problém nevyřeší, ale jenom oddálí, a situaci může jenom zhoršit.

Je důležité si uvědomit, že sebelepší výchova před tímto „trendem“ dítě dostatečně v jistém slovasmyslu neochrání, ovšem dobrá komunikace mezi rodinnými příslušníky a reálná fakta mohou riziko vzniku závislosti zmenšit. Právě rodina by měla být jedním z prvních obranných mechanismů, které dítě informují o možných faktech a mýtech, co se drog týče.

I když se jedná o dysfunkční či jinak selhávající rodinu, žádné jiné místo nenahradí rodinné prostředí. V této práci se snažím upozornit rodiče, aby si uvědomili, že dobro dítěte by mělo být na prvním místě. Snažit se mu věnovat dostatečný čas, řešit s ním problémy adekvátní k jeho věku či duševní úrovni, nestavit ho na druhé místo, protože je plnohodnotný člen jako každý další člen rodiny. Zároveň rodiče upozornit, aby si všímali projevů neobvyklého chování a věnovali jim dostatečnou pozornost.

Seznam použité literatury

BARNARD, Marina. *Drogová závislost a rodina*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2011. 202 s. ISBN 978-80-7387-386-8.

EVROPSKÉ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVOU ZÁVISLOST. *Problémy související s užíváním drog u dětí do 15 let*. 1. vyd. Praha: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze, 2010a. ISBN 978-80-254-6806-7.

EVROPSKÉ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVOU ZÁVISLOST. *Drogy a ohrožené skupiny mladých lidí*. 1. vyd. Praha: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze, 2010b. ISBN 978-80-254-6807-4.

FISCHER, Slavomil a ŠKODA, Jiří. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. 218 s. Psyché. ISBN 978-80-247-2781-3.

HAJNÝ, Martin. *O rodičích, dětech a drogách: drogy a jejich účinky: rizika zvyšující užívání drog: léčba: problémové situace*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2001. 133 s. Pro rodiče. ISBN 80-247-0135-9.

HAJNÝ, Martin. Rodinné faktory vzniku a rozvoje závislosti. In: *Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup*. 1.vyd. Praha, Úřad vlády České republiky: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003, s. 140-144. ISBN 80-86734-05-6.

HAMPL, Karel. Těkavé látky. In: *Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup*. 1.vyd. Praha, Úřad vlády České republiky: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003, s. 193-199. ISBN 80-86734-05-6.

HRDINA, Petr. Harm reduction – snižování poškození drogami. In: *Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup*. 1.vyd. Praha, Úřad vlády České republiky: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003, s. 263-268. ISBN 80-86734-05-6.

JANÍK, Alojz a DUŠEK, Karel. *Drogy a společnost*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. 342 s. Život a zdraví. ISBN 80-201-0087-3.

KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 1,2: mezioborový přístup*. 1. vyd. [Praha]: Úřad vlády České republiky, 2003- . sv. Monografie; no 1. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil. Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog. In: *Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup*. 1.vyd. Praha, Úřad vlády České republiky: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003, s. 78-82. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil. Rodinná terapie a práce s rodinou. In: *Drogy a drogové závislosti 2 – mezioborový přístup*. 1.vyd. Praha, Úřad vlády České republiky: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003, s. 45-52. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil a kol. *Základy klinické adiktologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008. 388 s. Psyché. ISBN 978-80-247-1411-0.

KOLEKTIV AUTORŮ SDRUŽENÍ SANIM. *Drogy: otázky a odpovědi: [příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese]*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. 198 s. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-223-2.

LIBRA, Jiří. Krizová intervence. In: *Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup*. 1.vyd. Praha, Úřad vlády České republiky: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003, s. 276-282. ISBN 80-86734-05-6.

MILLER, Geraldine A. *Adiktologické poradenství*. 1. české vyd. Praha: Galén, ©2011. 461 s. ISBN 978-80-7262-765-3.

MINAŘÍK, Jakub a PÁLENÍČEK, Tomáš. MDMA a jiné drogy „technoscény“. In: *Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup*. 1.vyd. Praha, Úřad vlády České republiky: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003, s. 200-204. ISBN 80-86734-05-6.

MINAŘÍK, Jakub. Opioidy a opiáty. In: *Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup*. 1.vyd. Praha, Úřad vlády České republiky: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003, s. 159-163. ISBN 80-86734-05-6.

MIOVSKÝ, Michal. Halucigenní drogy. In: *Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup*. 1.vyd. Praha, Úřad vlády České republiky: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003, s. 169-173. ISBN 80-86734-05-6.

MIOVSKÝ, Michal. Konopné drogy. In: *Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup*. 1.vyd. Praha, Úřad vlády České republiky: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003, s. 174-179. ISBN 80-86734-05-6.

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. 150 s. ISBN 80-7178-432-X.

NEŠPOR, Karel. *Vaše děti a návykové látky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. 157 s. Rádci pro rodiče a vychovatele. ISBN 80-7178-515-6.

NEŠPOR, Karel a CSÉMY, Ladislav. *Alkohol, drogy a vaše děti: jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat, jak je zvládat*. 5., rozš. vyd. Praha: Sportpropag, 2003.

PRESL, Jiří. *Drogová závislost: může být ohroženo i Vaše dítě?*. 2., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 1995. 88 s., [4] s. barev. il. Medica; sv. 9. ISBN 80-85800-25-X.

PRESLOVÁ, Ilona. Závislé matky s dětmi. In: *Drogy a drogové závislosti 2 – mezioborový přístup*. 1.vyd. Praha, Úřad vlády České republiky: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003, s. 244-248. ISBN 80-86734-05-6.

SOTOLÁŘ, Alexandr. Úmluvy OSN a zahraniční legislativa o omamných látkách a psychotropních látkách. In: *Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup*. 1.vyd. Praha, Úřad vlády České republiky: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003, s. 54-58. ISBN 80-86734-05-6.

TYLER, Andrew. *Drogy v ulicích: myty-fakta-rady*. Praha: Ivo Železný, 2000. 426 s. ISBN 80-237-3606-X.

VAVŘINKOVÁ, Blanka a BINDER, Tomáš. *Návykové látky v těhotenství*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2006. 122 s. ISBN 80-7254-829-8.

VODÁČKOVÁ, Daniela a kol. *Krizová intervence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. 543 s. ISBN 978-80-7367-342-0.

Internetové zdroje:

Co poradit dospělým dětem rodičů s návykovou nemocí. In: *Co poradit dospělým dětem rodičů s návykovou nemocí* [online]. 2009 [cit. 2013-03-09]. Dostupné z: <http://www.drnespor.eu/addictcz.html>

Časná intervence (early intervention). *Časná intervence (early intervention)* [online]. 2003, 2010 [cit. 2013-03-23]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/c/casna_intervence_early_intervention

KALINA, Kamil a kol. *Mezioborový glosář pojmů: z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2001. ISBN 80-238-8014-4. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/0_mezioborovy_glosar_pojmu/mezioborovy_glosar_pojmu_z_oblasti_drog_a_drogovych_zavislosti

MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ – 10. revize: *Poruchy puševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (F10-F19)* [online]. [cit. 2012-12-01]. Dostupné z: <<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>>.

Novela zákona o návykových látkách - zákon č. 106/2011 Sb. *Novela zákona o návykových látkách - zákon č. 106/2011 Sb.* [online]. 2011 [cit. 2013-04-06]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/drogy_a_zakon/legalni_zachazeni_s_opl/novela_zakona_o_navykovyc_h_latkach_zakon_c_106_2011_sb

PRESLOVÁ, Ilona. *Manuál práce s dětmi drogově závislých klientů: komplexní program péče o dítě závislých matek o.s. SANANIM* [online]. Praha: Sananim, 2011, 79 s. [cit. 2013-03-14]. ISBN 978-80-904536-1-6. Dostupné z: <http://www.nadacesirius.cz/soubory/ke-stazeni/Sananim-manual-prace-s-detmi-drogove-zavislych-klientu.pdf>

STUDNIČKOVÁ, Běla a PETRÁŠOVÁ, Barbora. *Výroční zpráva ČR – 2011: Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog* [online]. 1. vyd. 2012 [cit. 2013-03-10]. ISBN 978-80-260-1883-4. Dostupné z: <http://www.hygp Praha.cz/files/Vyrocn%C3%AD%20zprava%20Praha%202011.pdf>

TRÁVNÍČKOVÁ, Ivana. *Specifické aspekty zneužívání drog u žen* [online]. Vyd. 1. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2001, 83 s. [cit. 2013-03-09]. Studie (Institut pro kriminologii a sociální prevenci). ISBN 80-860-0892-4. Dostupné z: <http://www.ok.cz/iksp/docs/267.pdf>

VODÁČKOVÁ, Petra. Vztah mezi krizovými situacemi a závislostním chováním. *Vztah mezi krizovými situacemi a závislostním chováním* [online]. 2013 [cit. 2013-03-23]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/72/4015/Vztah-mezI-krizovymi-situacemi-a-zavislostnim-chovanim>

Zaostřeno na drogy / Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti [online]. 2010 [cit. 2013-02-06]. ISSN 1214 -1089. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno_na_drogy/2010_zaostreno_na_drogy/zaostreno_na_drogy_2010_03

Seznam použitých zkratk

ADHD - hyperkinetická porucha

AIDS – následek poškození imunitního systému člověka virem HIV

DSM-IV – Americká psychiatrická asociace

EMCCDDA - Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogovou závislost

HIV – virus lidské imunitní nedostatečnosti

LSD – lysergamid

MDMA – extáze

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

OSN – Organizace spojených národů

THC – tetrahydrocannabinol

WHO - Světová zdravotnická organizace

Anotace

Jméno a příjmení:	Simona Bazalová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Michal Růžička, Ph.D.
Rok obhajoby:	2013

Název práce:	Vliv rodinného prostředí na vznik drogové závislosti a možnosti intervence
Název v angličtině:	Influence of family environment on the emergence of drug addiction and possible intervention
Anotace práce:	Bakalářská práce je zaměřena na problematiku drog v rámci rodinného prostředí. Charakterizuje jednotlivé drogy, definuje pojem závislost a upozorňuje na její varovné signály, vymezuje rodinné faktory vzniku závislosti a možnosti následné intervence.
Klíčová slova:	Droga, závislost, rodina, rodinné prostředí, rizikové faktory, intervence, harm reduction
Anotace v angličtině:	The bachelor's thesis is focused on the issue of drugs within the family environment. It describes various drugs, defines addiction and draws attention to the warning signals, defines a factors of family of drug addiction origination and subsequent interventions.
Klíčová slova v angličtině:	Drug, addiction, family, family environment, risk factors, intervention, harm reduction

Přílohy vázané v práci:	
Rozsah práce:	49 stran
Jazyk práce:	čeština