

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrlometodějská teologická fakulta

Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Jana Šotolová

*Sociální práce a možnosti pomoci rodině
s členem závislým na pervitinu*

Diplomová práce

vedoucí práce: PhDr. Ivana Knausová, Ph.D.

2016

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

V Olomouci dne

podpis

Jana Šotolová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Ivaně Knausové, Ph.D. za cenné připomínky a odborné rady, kterými přispěla k vypracování této diplomové práce. Dále chci poděkovat PhDr. Mirce Nečasové, Ph.D., která mě přivedla k myšlence vytvoření výzkumu, který tato práce obsahuje. Mé poděkování patří i respondentům, kteří mi svými příběhy poskytli důležité informace, díky kterým jsem výzkumná šetření úspěšně vyhodnotila.

OBSAH

ÚVOD.....	6
TEORETICKÁ ČÁST	8
1. ZÁVISLOST NA NÁVYKOVÉ LÁTCE	8
1.1. Definice závislosti	8
1.2. Výskyt a příčiny vzniku závislosti	11
1.3. Fáze vývoje drogové závislosti	14
1.4. Typy uživatelů drog	16
2. PERVITIN	18
2.1. Charakteristika pervitinu	18
2.2. Historie pervitinu	19
2.3. Nejčastější způsoby aplikace.....	20
2.4. Rizika při užívání pervitinu.....	21
3. RODINA A DROGOVÁ ZÁVISLOST	23
3.1. Definice rodiny.....	23
3.2. Funkce rodiny.....	24
3.3. Rodinné faktory přispívající ke vzniku a rozvoji drogové závislosti.....	26
3.4. Fáze reakce rodiny na drogový problém některého z jejích členů.....	31
3.5. Důsledky drogové závislosti pro rodinu	34
4. SOCIÁLNÍ PRÁCE S RODINOU S ČLEMEM ZÁVISLÝM NA PERVITINU.....	38
4.1. Sociální práce	38
4.2. Prevence drogové závislosti.....	40
4.3. Léčba drogové závislosti.....	42
4.4. Protidrogové instituce	45

EMPIRICKÁ ČÁST	50
5. METODOLOGIE VÝZKUMU.....	50
5.1. Cíl výzkumu	50
5.2. Metoda výzkumu.....	51
5.3. Formulace výzkumných otázek.....	51
5.4. Realizace výzkumného šetření	54
5.5. Metoda sběru dat	54
5.6. Charakteristika zkoumaného souboru respondentů.....	55
6. VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	57
6.1. Analýza rozhovorů	57
6.2. Diskuze a shrnutí výsledků výzkumného šetření	72
ZÁVĚR.....	75
ANOTACE.....	77
ZDROJE	78
SEZNAM TABULEK	82

ÚVOD

Tématem předkládané diplomové práce je „Sociální práce a možnosti pomoci rodině s členem závislým na pervitinu“. Užívání návykových látek se v dnešní společnosti rozmáhá čím dál tím více a je to stále (dlouhodobě) velký společenský problém. Stát se snaží o prevenci užívání psychoaktivních látek, přesto je však počet uživatelů stále vysoký. Na světě se počet uživatelů pervitinu pohybuje okolo 24,7 milionů. V České republice je až 60 % uživatelů metamfetaminu. Přestože je tomuto tématu v dnešní době věnována velká pozornost, mnoho autorů se jím zabývá, (např. Kalina, Nešpor, Hajný, Vágnerová či Barnardová), většina výzkumů je zaměřena na četnost jedinců konzumující návykové látky, rozšířenost drog u dospívajících, varovná znamení signalizující užívání drog, apod., avšak zkoumáním dopadů, jaké má drogová závislost na rodinu uživatele, se autoři věnují pouze okrajově, proto jsem zvolila jako téma své diplomové práce - Sociální práce a možnosti pomoci rodině s členem závislým na pervitinu. Volba tématu diplomové práce byla ovlivněna, mým dlouhodobým zájmem o drogovou problematiku. Zároveň je problematika závislosti oblastí, kterou bych se chtěla ve svém profesním životě zabývat. Přečetla jsem již velké množství publikací s drogovou tematikou, v rámci své závěrečné práce jsem vypracovala kvalitativní výzkum, jehož cílem bylo zjistit, jaký vliv má užívání pervitinu na život vybraných uživatelů v sociální oblasti podle názorů těchto uživatelů a jaké služby a zařízení mají k dispozici. Na základě mého působení v Nízkoprahovém denním centru Schod v Uničově, kde jsem poznala množství jedinců závislých na nealkoholových drogách a poznala jejich životní příběhy, chci v budoucnosti napsat vlastní publikaci, která bude zaměřena na užívání psychoaktivních látek. Domnívám se, že můj dlouhodobý zájem, mé osobnostní nastavení a také osobní praktické zkušenosti z Denního centra budu moci zúročit. Drogová problematika, dle mého názoru, velmi ovlivňuje kriminalitu a ekonomiku naší společnosti, proto by se mělo více apelovat na její výzkum a hledání východisek, aby měla co nejmenší dopady, jak na občany, tak i na uživatele, potažmo jejich rodiny.

Významným motivem pro volbu tématu diplomové práce byla i skutečnost, že město, ve kterém žiji, je pověstné velkým množstvím uživatelů pervitinu, proto jsem se rozhodla výzkumné šetření provádět přímo zde. Prokázaná ochota sourozenců uživatelů

pervitinu, vypovídat o drogovém problému v jejich rodině, mě utvrdila v tom, že bude reálné realizovat a splnit diplomový úkol formou kvalitativního výzkumu.

Cíl diplomové práce

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit, jaký dopad má užívání pervitinu na rodinu uživatele z pohledu sourozenců. Dalším cílem je zjistit, zda si respondenti myslí, že drogová závislost v rodině je tabuizované téma.

Struktura diplomové práce

Diplomová práce je strukturována na část teoretickou a praktickou. Teoretická část je složena ze čtyř kapitol. V první kapitole uvádím definici závislosti na návykové látce, popisují typy závislostí na psychoaktivních látkách, výskyt a příčiny vzniku závislosti, fáze vývoje drogové závislosti a vymezují typy uživatelů drog. Druhá kapitola pojednává o charakteristice pervitinu, jeho historii, popisuje nejčastější způsoby aplikace pervitinu a rizika spojená s jeho užíváním. Kapitola třetí definuje pojem rodina, dále popisuje funkce rodiny, rodinné faktory přispívající ke vzniku a rozvoji drogové závislosti, fáze reakce rodiny na drogový problém některého z jejich členů a v neposlední řadě důsledky drogové závislosti pro rodinu. Čtvrtá kapitola vymezuje pojem sociální práce, popisuje prevenci a léčbu drogové závislosti a uvádí výčet vybraných protidrogových institucí, na které se mohou obrátit uživatelé psychoaktivních látek a jejich rodiny. Zpracování teoretických poznatků slouží jako východisko pro empirickou část práce. Empirická část je tvořena popisem realizovaného výzkumného šetření., jehož cílem je zjistit, jaký dopad má užívání pervitinu na rodinu uživatele z pohledu sourozenců a zda si sourozenci drogově závislého uživatele myslí, že závislost na návykové látce v rodině je tabuizované téma. V této části práce nejprve vysvětluji, co je cílem výzkumu (popsáno výše), dále objasňuji zvolenou výzkumnou metodu (kvalitativní výzkumné šetření) a předkládám výzkumné otázky, které jsem pokládala respondentům. Popisují zde také zvolenou techniku sběru dat (polostrukturované rozhovory) a metodu výběru souboru (metoda samosběrem). Dále předkládám použitou metodu analýzy dat (metoda vytváření trsů), včetně zpracování a analýzy získaných informací. Na závěr provádím shrnutí výsledků výzkumného šetření.

TEORETICKÁ ČÁST

1. ZÁVISLOST NA NÁVYKOVÉ LÁTKE

Předkládaná práce pojednává o dopadech užívání návykové látky na rodinu uživatele, proto považuji za důležité, na začátku věnovat pozornost vymezení definice závislosti, dále představím typy závislosti na psychoaktivních látkách, výskyt a příčiny vzniku závislosti, fáze vývoje drogové závislosti a v neposlední řadě uvedu jednotlivé typy uživatelů drog.

1.1. Definice závislosti

Závislost na návykových látkách je stav tělesné nebo psychické závislosti na periodickém konzumování nějaké látky s psychotropním, povzbuzujícím účinkem (Okruhlica, 1998, s. 41).

Závislost podle Vágnerové (2004, s. 547) zpravidla přivádí postiženého jedince do tělesné, psychické a sociální bídy a často vede k předčasné smrti. Mimo jiné také ničí lidskou důstojnost, jelikož narušuje sebeúctu a rozvrací akceptování takového člověka sociální sítí.

Jedinci vyhledávají způsoby, jak prodloužit a umocnit prožívání slasti, radosti a euforie a jak minimalizovat pocity samoty, nepochopení a bolesti. Existují nejrůznější metody, kterými umíme ovlivňovat naše prožívání. Mezi bezpečné zařazujeme takové techniky, při kterých musíme vynaložit zvýšené úsilí (např. meditace), nebezpečné techniky naopak přinášejí rychlou a intenzivní úlevu (např. užívání psychoaktivních látek), (Radimecký a kol., 2007, s. 26).

Závislost dle Vágnerové (2004, s. 548) může být vnímána jako určitý životní styl, v rámci něhož jedinec zúží pozornost na určitou návykovou látku. Okruhlica (1998, s. 41) rozumí návykovou látkou pouze takovou psychoaktivní látku, u které je při opakovaném konzumování možnost vzniku závislosti.

„Návyková látka je psychotropní látka způsobilá nepříznivě ovlivnit psychiku člověka, jeho ovládací a rozpoznávací schopnosti i sociální chování.“ (Hřivnová a kol., 2010, s. 64).

Definice závislosti je vymezena v Mezinárodní klasifikaci nemocí. Definice je komplikovaná. Jedná se o skupinu fyziologických, kognitivních a behaviorálních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného člověka mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je silná, často až přemáhající touha užít psychoaktivní látky. Tyto látky mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány (Nešpor, 2000, s. 14). Návrat k užívání drogy po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuobjevení rysů syndromu, než je tomu u člověka, u kterého se závislost nevyskytuje (Nešpor, 2005, s. 10).

Aby mohla být s jistotou stanovena diagnóza závislosti, mělo by podle Nešpora (2011, s. 10) během posledního roku dojít ke třem nebo více z těchto projevů:

- a) silná touha po opakovaném užití látky,
- b) zhoršená sebekontrola a sebeovládání v souvislosti s užíváním,
- c) postupné zanedbávání zájmů nesouvisejících s užíváním psychoaktivních látek,
- d) somatický odvykací stav po snížení či vysazení návykové látky (tzv. abstinenční příznaky),
- e) růst tolerance k účinnosti látky,
- f) pokračování v užívání i přes zjevné škodlivé důsledky.

Americká psychiatrická asociace určila následující diagnostická kritéria látkové závislosti:

- a) droga je užívána v delším časovém intervalu či větších dávkách, než bylo původně plánováno,
- b) neúspěšné pokusy přestat látku užívat či kontrolovat její konzumování,
- c) pokračování v užívání drogy i přes výskyt zdravotních nebo psychických problémů v důsledku jejího užívání,
- d) v souvislosti s užíváním látky dochází k narušení významných sociálních či pracovních aktivit včetně mezilidských vztahů,

- e) značný podíl času strávený aktivitami spojenými se získáváním látky, jejím užíváním a odstraňováním důsledků konzumování,
- f) dostavení abstinčního syndromu,
- g) zvýšená tolerance ke konzumované látce (Prunner, 2008, s. 38).

Typy závislosti na psychoaktivních látkách

Psychoaktivní látky mohou způsobovat různý typ závislosti a mají rozmanité účinky. Rozlišujeme závislost somatickou a psychickou.

- 1) **Závislostí somatickou** se rozumí stav adaptace biologických funkcí organismu na určitou psychoaktivní látku, někdy spojený s rostoucí tolerancí – jedinec potřebuje stále větší dávku, aby dosáhl stejného efektu.

- 2) **Psychická závislost** je definována jako „obtížně přemožitelná touha vzít svou dávku drogy“, potřebou látku užívat opakovaně a přesvědčením, že pokud by se tak nestalo, bude se jedinec cítit zle. Podrážděnost a úzkost způsobuje i samotná myšlenka, že by svou dávku nedostal. Člověk závislý na psychoaktivní látce se naučil reagovat tímto způsobem a zafixoval si, že mu daná látka něco přináší (Vágnerová, 2004, s. 549). Matoušek (2003, s. 270) psychickou složku závislosti chápe jako nutkání vzít si drogu a snahu dostat se s její pomocí do příjemného stavu. Na rozdíl od somatické závislosti má psychická závislost dlouhodobější charakter a zapříčiňuje např. deprese, poruchy spánku, úzkost, agresivitu a autoagresivitu.

Nejčastěji se setkáváme s propojením biologických i psychických příznaků, z toho důvodu hovoříme o závislosti psychosomatické (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006, s. 211).

1.2. Výskyt a příčiny vzniku závislosti

Odhadnout přesnější počet jedinců závislých na psychoaktivních látkách není jednoduchý. Nejvyšší riziko vzniku závislosti na drogách je u mladistvých. Roku 1996 tvořili mladí lidé ve věku 15 - 24 let 75% konzumentů drog. Mnohem více je přirozeně občasných, eventuelně experimentujících konzumentů než drogově závislých. Vždy však platí pravidlo, že jde o jedince, kteří jsou vznikem závislosti ve zvýšené míře ohroženi. Počet lékově, respektive drogově závislých se odhaduje na méně než 1% populace této věkové kategorie. Mnoho uživatelů nejsou v evidenci, což přispívá ke zkreslení představy o počtu závislých jedinců.

Drogová závislost je multifaktoriálně podmíněná porucha (Vágnerová, 2004, s. 549 - 550). Při zjišťování příčin látkové závislosti se střetáváme s řadu teorií, které vysvětlují alespoň zčásti její vznik. Příčina se nachází ve vzájemné kombinaci okruhů osobnostních charakteristik a dědičnosti, vlivů prostředí a přítomnosti psychoaktivní látky a jejích charakteristik (Presl, 1995, s. 47 - 48). Za nejdůležitější faktor, který má vliv na vznik závislosti, je považováno prostředí sociální, tedy vše co člověka obklopuje (Kraus, 2008, s. 74 - 75).

Vágnerová (2004) popsala následující faktory podporující vznik závislosti:

1) Biologický základ

Biologický základ vzniku závislosti na psychoaktivní látce tvoří způsob jejího specifického zpracování v organismu. Na zpracování této látky v mozku se podílí mezolimbo-kortikální systém. Vytvoření pozitivní zpětné vazby je spjato s fungováním systému odměny. Užití drogy jedinci poskytne určitý zisk. Například jej zbaví úzkosti a zvýší jeho sebevědomí, apod. V důsledku chronického užívání určité drogy se mění fungování některých oblastí mozku. Mnohé z těchto změn jsou totožné pro všechny psychoaktivní látky, další jsou specifické. Liší se například počtem i senzitivitou receptorů různých neurotransmiterů (např. dopaminu). Přerušení dávky látky má za následek pokles hladiny dopaminu v dané oblasti a následnému nelibému pocitu, který stimuluje potřebu ji získat. Přestože postupně mizí schopnosti dosáhnout pomocí této látky žadoucích stavů, nevytrácí se nutkání k jejímu dalšímu konzumování. Riziko

užívání určitých látek mohou ovlivnit jednotlivé fyziologické reakce, průběh jejího metabolického zpracování, respektive intenzita a kvalita příznaků akutní intoxikace (např. zvracení či nevolnost), (Vágnerová, 2004, s. 551). Z biologického hlediska hrají důležitou roli genetické předpoklady či prenatální vývoj dítěte včetně vystavení se návykovým látkám (Kudrle In Kalina, 2003a, s. 91).

2) Genetické dispozice

Genetické dispozice bývají pro vznik závislosti označovány jako podstatný faktor. Nedokážeme však dosud určit, zda se jedná o komplex specifických genetických informací, podmiňující například vznik poruchy osobnosti a s tím spojenou potřebou nadměrného vzrušení, či o dědičně podmíněnou produkci určitého mediátoru (změnu jeho enzymů či receptorů, který se podílí na zpracování látky. Familiární výskyt drogové závislosti může být podmíněn i samotnou imitací tohoto chování (Vágnerová, 2004, s. 550 - 551). V rodinách závislých jedinců je riziko vzniku závislosti u potomstva zvýšeno, i když jsou odstraněny určité působící faktory (Presl, 1995, s. 4).

3) Psychické faktory

Motivace, která se stane spouštěčem experimentování s návykovou látkou, může být důsledkem sociálního tlaku (např. vrstevnické skupiny) nebo také může pocházet z individuálních potřeb jedince. Často jde o snahu **uniknout něčemu negativnímu** nebo naopak **získat něco pozitivního** (např. dosažení slasti nebo uspokojení, které není dostupné, únik od stereotypu, uvolnění zábran). Může jít také o **potřebu sociální konformity** (akceptace určitou subkulturou či skupinou, kde je konzumace drogy standardní záležitostí).

Tendence k určitému způsobu uvažování a prožívání zvyšuje pravděpodobnost konzumace psychoaktivní látky (např. nezvládnutí emočního prožívání a nutkání docílit lepší emoční rovnováhy). Jedinci, kteří neumí adekvátně posoudit sebe ani okolí, mají často tendenci k řešení problémů používat nejrůznější drogy. Nelze však konstatovat, že by se jednalo pouze o lidi, kteří mají sníženou

inteligenci (často jde však o jedince se zafixovanými neúčelnými strategiemi myšlení a nižší úrovní vzdělání). Tito lidé také mají neadekvátní sebehodnocení, nízkou sebedůvěru a nepřiměřené očekávání do budoucnosti. Nepřiměřené řešení problémů, absence dlouhodobých cílů a neschopnost poučit se ze zkušenosti jsou typickými znaky drogově závislých lidí. Důsledkem jsou další zátěže a neúspěchy, které vedou k frustraci jedince. Je obecně známo, že lidé, kteří se nedokáží koncentrovat, budou s větší pravděpodobností experimentovat s drogami (nedokáží udržet míru konzumace a v důsledku toho se snadněji vytvoří návyk), (Vágnerová, 2004, s. 552 - 553). Podle Urbana (1973, s. 29) mezi nejohroženější osoby patří neurotici, osoby se slabou vůlí, nízkou odolností vůči zátěži a stresu.

Konzumenty psychoaktivních látek se stávají především jedinci, kteří mají kombinaci zmiňovaných vlastností, přesto však nedokážeme specifikovat typ osobnosti, která by byla k užívání drog jednoznačně předurčena. Významným rizikovým faktorem je přítomnost jiné psychické poruchy (např. deprese, schizofrenie, apod.), (Vágnerová, 2004, s. 553).

4) Složení psychoaktivní látky

Zde velmi záleží na samotném složení určité chemické látky a na jejím působení na lidský organismus. Některé látky dokáží vyvolat závislost téměř u kohokoli, a to bez ohledu na individuální psychické a somatické dispozice (v případě tzv. tvrdých drog), (Vágnerová, 2004, s. 550).

5) Sociální faktory

Mezi významné rizikové sociální faktory zvyšující tendence k užití návykové látky patří obecná dostupnost těchto látek v dané společnosti, s čím souvisí také vyšší rizikovost městských prostředí, kde bývá větší anonymita a dostupnost drogy. Důležitým faktorem je také rodina (obvykle jde o rodiny dysfunkční, kde je absence disciplíny a přijatelného řešení konfliktů). Podle Mühlpachra (2002, s. 18) je dysfunkční rodina vedle hledání sociální identity a patologické komunikace jednou z nejdůležitějších příčin vzniku abúzu drog. Vágnerová

(2004, s. 553 - 554) uvádí vliv party, subkultury či kolegů. Pro výběr návykové látky může mít význam převažující konzum v partě. Bere se to, co je momentálně „in“ (Göhlert, 2001, s. 42).

Presl (1995, s. 50) konstatuje, že zásadním faktorem patřícím do této skupiny vlivů je partnerský vztah. Nezávislý partner je závislým partnerem manipulován a vystavuje ho riziku pádu do drogové závislosti. Jestliže jedinec nemá možnost přijatelné seberealizace, popř. jakéhokoliv zázemí, může to vést k sociální deprivaci a následnému aplikování psychoaktivních látek (Vágnerová, 2004, s. 554).

Tkáč (2008, s. 19) za další možnou příčinu vzniku závislosti či častého relapsu u dříve závislých jedinců považuje senzitivizaci (zvýšená reakce organismu po opakovaném podání stejné či jiné psychoaktivní látky).

Ondrejkovič a kol. (1999, s. 50 - 52) představil model, který obsahuje následující cesty užívání drog jako:

- a) cesta k vrstevníkům,
- b) demonstrace vlastní dospělosti,
- c) náhrady,
- d) úmyslného porušování norem,
- e) výraz osobního stylu.

1.3. Fáze vývoje drogové závislosti

Fáze vývoje drogové závislosti je možné rozdělit do následujících fází:

1) Fáze experimentování a občasného užívání

Experimentování a riskování je součástí dospívání. Mnozí adolescenti zkouší nové věci a chování, aby ostatním dokázali, co nechtějí či chtějí a kdo vlastně oni jsou (Hajný, 2001, s. 11). Podnětem k tomu, aby dospívající zakusili drogu, může být také neuspokojení, přání zkusit něco zakázaného, jelikož mají potřebu projevit svoji nezávislost vůči autoritám. Velkou roli zde hraje sociální model, to

znamená, že pro dospívajícího člověka jsou konzumenti drog atraktivní. Ve fázi experimentování většinou látka vyvolává vytoužené pocity sebejistoty, kompetentnosti či štěstí. Jedinec, který experimentuje s určitou návykovou látkou, si nepřipouští, že brzy bude potřebovat drogu i k udržení zdání standardního stavu. V tomto stádiu většinou jedinci tají skutečnost, že návykovou látku konzumují a ještě jsou pro ně důležité i jiné hodnoty jako plnění běžných rolí či vztahy s okolím (Vágnerová, 2004, s. 562). Hajný (2001, s. 13) podotýká, že nejvíce ohroženi závislostí jsou děti, které nemohou prožít to, co jim účinky látky poskytují, jinak – bez drog.

2) Fáze pravidelného užívání

V případě, že jedinec bude psychoaktivní látku konzumovat čím dál častěji, vytvoří si stereotypní chování. Již přiznává, že konzumuje psychoaktivní látku, přesto si nepřipouští závažnost svého konání. Častí je iluze kontroly, kdy má člověk pocit, že má své chování pod kontrolou. Vše se odvíjí od druhu návykové látky, množství jednotlivých dávek a také druhu aplikace drogy. Na konkrétním člověku je možné pozorovat eliminaci zájmů a změny v chování, což jsou důležité ukazatele vznikající závislosti (Vágnerová, 2004, s. 562).

3) Fáze návykového užívání

S postupující závislostí se zvyšuje lhostejnost k čemukoli, co se netýká návykové látky. Závislý jedinec ztrácí motivaci a už se ani nesnaží svůj návyk skrývat. Nemá na to energii ani čas a přestává mu záležet na mínění druhých lidí. Ztrácí svoji profesní roli. Ztrácuje vztahy s přáteli, s rodinou a i přes výčitky s tím nic nedělá. Někteří jedinci mají tendence své chování ospravedlňovat výroky typu: „Lepší je žít naplno, i když krátce“. Komplexní změnu životního stylu v této fázi ustojí jen mizivá část drogově závislých jedinců. Potřeba opatřit si drogu je pro tyto lidi tak silná, že eliminuje veškeré zábrany (prodávají se a dokonce i kradou), (Vágnerová, 2004, s. 563).

4) Terminální fáze

Poslední a konečnou fází je stav, kdy dochází k poškození zdraví, a to jak v oblasti somatické, psychické, tak i v oblasti sociální, kde dochází k rozkladu původních sociálních vazeb. Člověk už vyhledává jen drogy a střetává se s lidmi stejného „smýšlení“ (Vágnerová, 2003, s. 102).

1.4. Typy uživatelů drog

Hajný, Klouček, Stuchlík (1999, s. 104 - 114) rozlišují tyto typy uživatelů drog:

1) Experimentátor

Jedná se o jedince, kteří návykové látky zatím zkouší, nepravidelně konzumují různé druhy psychoaktivních látek. Mohou, ale nemusí mít přitom problémy v jiných životních oblastech (Kalina, 2003a, s. 17). Psychoaktivní látka není zatím užívána jako únik před stresovou situací nebo k eliminaci zátěžových stavů.

Vztahy experimentátora s nejužší rodinou jsou nadále uspokojivé, ale nevylučují některé disharmonické prvky, které však nemají dlouhodobě výsadní postavení. V rámci rodiny převládá demokratická atmosféra, která na konkrétního jedince klade část odpovědnosti. V chování experimentátora jsou zakomponovány určité korigující prvky bránící nepřiměřeným reakcím na stresové okamžiky. Jedinec považuje za důležité hodnoty odpovědnost za svoje konání a také samostatnost.

V této fázi je jedinec ve vztahu k drogám celkem dobře ovlivnitelný a má velkou naději na ukončení konzumace drogy. Je obecně známo, že rodina má v této fázi tendenci vztah experimentátora dramatizovat (Hajný, Klouček, Stuchlík 1999, s. 104 - 107).

2) Uživatel (nezdrženlivý)

Užívání psychoaktivních látek tvoří v životě tohoto jedince opakující se součást životního stylu. Postoj k rizikům plynoucích z konzumování dané látky má znak

zlehčování možných důsledků. Jedinec vnímá drogu jako prostředek k eliminaci nepříjemných prožitků reality.

Rodina jako zdroj zázemí pro člověka ztrácí důležitost a dochází k odpoutání (tendence k materiálnímu a citovému vydírání rodiny). Rodina se často pokouší o změnu chování uživatele. Na což uživatel reaguje, slibováním změny, bohužel její dodržení často chybí. Cíle, které si uživatel dává, bývají buď velmi nízké, nebo naopak nepřiměřeně vysoké, což vede k tomu, že se o ně často ani nepokouší. Uživatel na sobě může pozorovat jistou míru vnitřního nesouladu, který přebíjí další konzumací drogy.

Co se týče léčby uživateli závislosti, instituce zabývající se pomocí jedincům užívajícím drogy bude z větší pravděpodobnosti navštěvovat za účelem např. rozšiřování kontaktů s jinými uživateli či pro získání materiálních pomůcek pro aplikaci látky (Hajný, Klouček, Stuchlík, 1999, s. 107 - 110).

3) Zneuživatel (nutkavě-nezdrženlivý)

Životní styl člověka zneužívající návykové látky je již podřízen droze a je ochuzen o všechno, co se netýká tématu drog či jejich dosažení.

V této fázi bývají obvykle rodinné vztahy ve dvou polohách: 1) rodina vnímá jedince jako nemocného a pečuje o něj; 2) v rodičích převládají obranné tendence, které mají za následek odmítnutí jedince jako člena rodiny. V rodině často vládne atmosféra vzteku a bezmoci. Svědomí a zábrany jedince postupně opouští pod tíhou sehnat si další dávku omamné látky. Jedinec podceňuje ohlašující se příznaky psychického či fyzického poškození drogou (Hajný, Klouček, Stuchlík, 1999, s. 111 - 112). V terminální fázi dochází k degradaci osobnosti a roztržtění sociálních vazeb (Vágnerová, 2004, s. 562 - 563). Terapeutická ovlivnitelnost je u této fáze užívání velmi omezená (Hajný, Klouček, Stuchlík, 1999, s. 113).

2. PERVITIN

V kapitole nazvané „pervitin“ se zabývám charakteristikou pervitinu, jeho historií, nejčastějšími způsoby aplikace a popíši také zdravotní a sociální rizika spojená s konzumací této drogy. Zařazení této kapitoly do mojí práce považuji za důležité, jelikož zjišťuji, jaké má důsledky užívání na rodinu jedince právě tato konkrétní droga.

2.1. Charakteristika pervitinu

Doležal (1998, s. 89) pervitin charakterizuje jako syntetický budivý jed, který se vyrábí chemickou cestou z fabricky vyráběného efedrinu.

Jedná se o chemický přípravek, jehož primární vyhledávané účinky spočívají ve stimulačním (povzbuzujícím) efektu. Tyto povzbuzující účinky je možné také nalézt u jiných návykových látek (např. kokain, efedrin či crack), (Hajný, 2001, s. 19).

Pervitin, genericky metamfetamin, chemicky pravotočivý fenylmethylaminopropan je účinnější než amfetamin (Sananim, 2009, online). Metamfetamin spadá mezi budivé aminy. Čistý je ve formě mikrokrytalického bílého prášku, nezapáchá a má výraznou nahořklou chuť. Na černém trhu je většinou zbarven do žluté nebo do fialové barvy, protože v sobě má částice látek využívaných při domácí výrobě - „varu“. Hlavní látkou je efedrin, k výrobě se také používá červený fosfor a louh (Minařík In Kalina, 2003a, s. 166). Výrobce musí mít vědomosti na úrovni chemické průmyslovky, protože nedokonalým "varem" může syntéza zůstat ve fázi meziprojektu, což přirozeně zvyšuje riziko pro konzumenta drogy (Sananim, 2009, online). Z ilegálních drog s velkým potenciálem pro závislost je pervitin v ČR nejvíce oblíbený, ale v určitých regionech a také v Praze zaujímá první příčky heroin. Metamfetamin z českého trhu vystupuje pod názvem „čeko“. Odvykací syndrom je pouze psychický s podobným průběhem jako například u kokainu. Metamfetamin navozuje falešný pocit energie a pohody, eliminuje únavu, postupně uvolňuje uměle získanou energii – uživatel této drogy nemá potřebu spát (Minařík In Kalina, 2003a, s. 166 - 167).

2.2. Historie pervitinu

Pervitin (piko, péčko, perník, peří) spadá mezi budivé aminy, které byly objeveny a připraveny k užívání celkem pozdě. První zástupce - amfetamin byl syntetizován až roku 1887 (Sananim, 2009, online). Teprve až v roce 1919 byl v Japonsku vyroben pervitin, který byl jednodušší na výrobu a byl také mnohem účinnější. V tomto období jej lékaři předepisovali jako antidepresivum, podpůrný prostředek při dodržování diety, při zánětu nosohltanu, nevolnosti nebo při předávkování hypnotiky. Je doloženo, že užívání pervitinu se stalo velkou zbraní v době druhé světové války. Zde sloužil k udržování pozornosti a vytrvalosti japonských vojáků. Větší dávky byly přidělovány japonským pilotům kamikadze, kteří se chystali na sebevražedné útoky proti spojeneckým válečným lodím. Pervitin užívali i němečtí piloti, kteří v pozdější fázi války byli nuceni brát daleko větší dávky než jejich nepřátelé. Poté, co japonským obyvatelům byl umožněn přístup k rezervám pervitinu určených pro vojenské účely, dosáhlo injekční užívání pervitinu nekontrolovatelných parametrů. Pervitin se také rozšířil díky řidičům kamiónů, atletům a vysokoškolským studentům, kteří ho využívali jako stimulantu, na nějž není potřebný lékařský předpis.

V sedmdesátých letech americká vláda prohlásila pervitin za ilegální. V tehdejší Československu se pervitin ilegálně vyráběl již od poloviny sedmdesátých let z efedrinu extrahovaného z léků. Kontroly, zda někde neprobíhá výroba či distribuce této drogy, měly původně na starost motorkářské gangy pocházející převážně z Ameriky. V devadesátých letech založily mexické zločinecké organizace velké laboratoře na výrobu pervitinu. Později si lidé začali pervitin vyrábět přímo doma a těmto lidem se přezdívalo „vařiči“. Pervitin se pak z těchto „domácích laboratoří“ rozprostřel po celé Evropě, Spojených státech a také v Asii. Vařiči ve Spojených státech byly schopni uvařit dokonce až několik tisíc tun za rok, což odpovídá přibližně osmdesáti dávkám na osobu (Řekni ne drogám – řekni ano životu, 2009, online). Jeho působení bylo prozkoumáno až ve 20. století a ještě roku 1939 byl návyk považován za vyloučený. Za necelý rok již bylo zjištěno zneužívání pervitinu v USA (Sananim, 2009, online). Na Západ se dostal až roku 1929. Zneužíval a vyráběl se u nás také před listopadem 1989, i když v podstatně užším rozsahu (Nešpor, Csémy, Pernicová, 1996, s. 24). Metamfetamin není českým vynálezem, jak by se mohlo někdy jevit ze sdělovacích prostředků. Závislost na příbuzné látce (amfetaminu) byla u nás poprvé

charakterizována roku 1941 (Nešpor, Csémy, Pernicová, 1996, s. 24). Metamfetamin z českého trhu vstupuje pod názvem „čeko“ (Minařík In Kalina, 2003a, s. 166).

2.3. Nejčastější způsoby aplikace

Aplikace pervitinu se provádí nejčastěji ústy, šňupáním či nitrožilně. Nitrožilní aplikace je v České republice nejoblíbenější způsob stejně jako u heroinu. Je to však zároveň aplikace, která má nejvíce rizikový potenciál (Minařík In Kalina, 2003a, s. 166). Krystalická forma pervitinu se kouří a červené tablety „yabba“ se mohou kouřit či polykat (Shapiro, 2005, s. 180). V případě, že si konzumenti vpichují drogu injekčně, hrozí jim kožní vředy a poškození cév (Shapiro, 2005, s. 183).

Obvyklé dávky se pohybují od 50 do 250 mg. Literatura popisuje konzumování denních dávek nad 1 gram. Látky ze skupiny budivých aminů se používají (či používaly) i léčebně, ale v dávkách daleko menších. Nejvyšší povolená dávka je cca 3x nižší než zmíněných 50 mg. Účinek u intravenózní aplikace nastupuje ihned, při užití per os (spolknutím) do 1 hodiny a u sniffingu (šňupání) za 5-10 minut. Hlavní příznaky intoxikace vymizí za 8 - 24 hodin. Z těla se látka vylučuje močí, z velké části nezměněna po řadu dní (v moči se vyskytne již za 20 min. po aplikaci). Biologický poločas je doba, za kterou tělo vyloučí polovinu látky, činí 12-34 hodin. Jeho detekce v moči je možná při intenzivní konzumaci až 3 týdny, při občasném užití do týdne, z krve je možné aplikaci drogy sledovat 1 až 3 dny (Sananim, 2009, online).

Pervitin je v České republice velmi rozšířený a významně se podílí na celkové drogové úmrtnosti, jedná se přibližně o 35 % obětí. Světová spotřeba pervitinu činí něco kolem 500 tun ročně. Počet konzumentů pervitinu je zhruba 24,7 milionů. Pervitin se vyrábí v tajných laboratořích, odtud putuje i do různých částí Evropy a Kanady. Země jako Švédsko, Litva, Finsko, Slovensko i Česká republika uvedly, že je 20 až 60 % závislých na drogách, kteří se chtějí léčit a jsou uživateli již zmíněného amfetaminu a pervitinu (Řekni ne drogám – řekni ano životu, 2009, online). Klíčovým faktorem v konzumaci metamfetaminu je dostupnost (EMCDDA, 2004, s. 14).

2.4. Rizika při užívání pervitinu

„U metamfetaminu je pro narkomana přitažlivá kombinace působení na psychickou i fyzickou stránku jeho osoby. Za tyto požitky se platí závislostí na uměle vyvolaném uvolnění energie a získání jistoty, zatímco při omezení dávek nebo abstinenci nastupují nepříjemné pocity a deprese se stejnou silou, která odpovídá předcházejícímu povzbuzení“ (Tyler, 2000, s. 48).

Při abstinenci se projevují především psychické abstinenční příznaky (Hajný, 2001, s. 19).

Důsledky užívání metamfetaminu jsou značně ničivé (Shapiro, 2005, s. 183). Pervitin je většinou zakázanou výrobou značně znečištěn a obsahuje příměsi, které mohou člověka těžce poškodit (Presl, 1995, s. 14). Předávkování drogami je hlavní příčinou smrti problémových uživatelů drog (EMCDDA, 2014, s. 48).

Mezi zdravotní rizika patří spíše ta, která souvisí s nitrožilním užíváním. Přenos infekčních nemocí: HIV a žloutenka (hlavně typ C), (Hajný, 2001, s. 19). Uživatelé se mohou potýkat s následujícími obtížemi: zánět a bolesti kloubů, tuberkulóza, bolesti srdce, krvácení v plicích či játrech. Jsou-li dávky kouřeny, jedinec má potíže spojené s nemocemi dýchání, jsou-li šňupány, dochází k deformaci tkání v dutině nosní (Řekni ne drogám – řekni ano životu, 2009, online). Při konzumaci metamfetaminu může docházet k infekcím, které mají za příčinu poškození srdečních chlopní, cév a krevního řečiště. Při předávkování touto látkou se dostaví křeče a hypertermie. V případě, že není okamžitě poskytnuta pomoc, může jedinec zemřít (Shapiro, 2005, s. 183). Charakteristický fyzický efekt amfetaminu je prohloubené dýchání a zvýšená srdeční činnost, zvýšený krevní tlak a tělesná teplota, pocení, sucho v ústech, průjem či ztráta chuti k jídlu. Bezprostřední účinek se může projevit zrychlením a zmatením myšlení, neklidem, zvýšením tepové frekvence, rozšířením zornic, podrážděností, halucinacemi, vzrušením, třesem, podezíravostí (Nešpor, Müllerová, 1997, str. 93). Uživatelé metamfetaminu mají porušené plíce a játra, trpí na infarkty a mrtvice, na hnisavé záněty a rozsáhlé zubní kazy. Chemické přísady v pervitinu mohou zapříčinit vážné poškození zubů, nazývané „pervitinová ústa“, která pro jedince představují jejich typický znak. Jejich zuby jsou skvrnité, zčernají a kazí se. Dásně a zuby jsou poškozeny zevnitř a kazy rychle postupují až ke kořenům. Jedinci jsou většinou dezorientovaní, apatičtí,

vyčerpání, podezřívají, mají strach z vnějšího okolí, pocity slasti zažívají jen opravdu zřídka. U uživatelů pervitinu se často projevují sebevražedné sklony, žárlivost, špatná koncentrace či vztahovačnost (Řekni ne drogám – řekni ano životu, 2009, online).

Při chronické intoxikaci propuká toxická psychóza ve formě paranoidně-halucinatorního syndromu, neboli "stíha". Psychickými příznaky užití jsou halucinace, vztahovačnost, deprese, sebevražedné tendence, podezřívavost, apod. Psychotické stavy podobné schizofrenii, stavy zmatenosti. Vyskytují se poruchy paměti a neschopnost koncentrace. Mohou vznikat organické mozkové psychosyndromy doprovázené demencí (u 10 % zemřelých jedinců byly nalezeny změny na mozku). Při dlouhodobém konzumování se dostavuje sešlost, třes, bolesti u srdce, zvýšení šlachových a okosticových reflexů a objevují se široké nereagující zorničky.

Akutní intoxikace: Při prvním požití nastává bolest v čele a úzkost. Projevuje se silným drážděním sympatiku (vegetativní nervový systém, při jehož aktivaci dochází k přípravě organismu na reakci útěk - útok), dále hyperaktivitou, bolestí hlavy, tachykardií s arytmiemi, hyperreflexií. U běžných otrav nastává (vzestup tělesné teploty), někdy křeče a delirium (Sananim, 2009, online). Předávkovaný jedinec pociťuje bolest na hrudi a může upadnout do bezvědomí na 1 - 2 hodiny (Minařík In Kalina, 2003a, s. 167). U sportovců, kteří zneužili pervitin jako doping, došlo až k totálnímu fyzickému vyčerpání a smrti, protože droga zvýšila pocit somatické výkonnosti a způsobila tak ztrátu schopnosti posoudit hranice tělesných možností (Sananim, 2009, online).

3. RODINA A DROGOVÁ ZÁVISLOST

Kapitola „Rodina a drogová závislost“ je pro moji práci stěžejní, jelikož se zaměřuje na drogovou závislost v souvislosti s rodinou uživatele. Zde se zabývám definicí a funkcí rodiny, dále rizikovými faktory v rodině a také přímo rodinou drogově závislého. Popíši fáze reakce rodiny na drogový problém některého z jejích členů a důsledky drogové závislosti pro rodinu.

3.1. Definice rodiny

Bez ohledu na typ rodiny se vždy jedná o „základní, primární a neformální skupinu, která má různou velikost, je různě vnitřně strukturovaná a má rozličné vazby na společnost.“ (Přadka, Knotová, Faltýsková, 2004, s. 26).

V duchu křesťanské výchovy dle Dona Boska Ferrero, je rodina definována jako základní citové jádro, kde šťastná rodina je ta, ve které vládne opravdové, upřímné, hluboké a stabilní citové klima. Zmíněné pevné jádro je základnou pro budování zdravého lidského „já“ (Ferrero, 2004, s. 13).

Podle Matouška (2003, s. 9) je rodina „unikátní a nenahraditelnou institucí proto, že nejlepším možným způsobem spojuje specifické a univerzální. Bez osobního, vysoce angažovaného zaujetí rodičů na osudu dětí by se děti vychovat nedaly. Bez respektu k danému stavu společnosti a jejím potřebám rovněž ne.“

Rodina se z lidského páru zakládá narozením prvního dítěte. Na rozdíl od domácností, které mohou tvořit a často také tvoří, jak jedince opačného, tak i stejného pohlaví žijící v páru a jež se zakládá také soužitím jiné, širší skupiny osob, pokrevně spjatých, anebo nikoli, pro rodinu je svazek krve (nebo alespoň adopce pokrevního svazku), definující vlastností (Možný, 2006, s. 18 - 19).

Dle Matějčka a Dytrycha (1997, s. 14) je rodina jedinou společenskou skupinou, jenž existuje na naší planetě bez ohledu na geografickou oblast nebo společenské zřízení. Liší se přirozeně růzností svých forem a vnitřních zákonitostí, ale některé její hlavní rysy z ní dělají jednotku, která je všudypřítomná.

Matějček (1992, s. 35) konstatuje, že rodina je zapojena ještě do dalšího, širšího systému sociálních vztahů, které ji obklopují. Představují je např. instituce jako škola, zaměstnavatel, služby, poradny, soudy, orgány péče o dítě, apod.

Rodina je základním přirozeným prostředím, které je zdrojem zkušeností, hodnot, vzorců chování, zvyků a tradic a také zázemím pro seberealizaci. Hraje nejdůležitější roli ve výchově jedince (Fischer, Škoda, 2009, s. 141).

3.2. Funkce rodiny

Stručně lze základní funkce rodiny shrnout následujícím způsobem:

- 1) **reprodukční**: plození potomků,
- 2) **ekonomická**: hmotné zajištění členů rodiny,
- 3) **emocionální**: zajišťuje citové zázemí pro své členy,
- 4) **socializační**: učí děti zařazovat se do dané společnosti a kultury (Lovasová, 2006, s. 5).

- 1) **Reprodukční funkce** zabezpečuje základní biologicko-psychické potřeby ženy a muže (vzájemnou lásku, intimní styk) a také zachování lidského rodu (plození potomků). Dobré fungování této funkce je významné pro štěstí a spokojenost jak partnerů, tak i celé společnosti, jelikož zajišťuje generační návaznost. Intimní vztahy partnerů jsou také biologickým základem rodičovství. Děti chtěné a s láskou očekávané mají daleko lepší perspektivu budoucího vývoje, než děti nechtěné (Laca, 2011, s. 79). Rodina je podle Procházkové (2012, s. 103) vnímána jako nejvhodnější prostředí pro plnění reprodukční funkce jedince. Narození dítěte dává životu ženy a muže nový rozměr. Mnoho rodičů v něm vidí smysl života a možnost budování vztahu se svým partnerem. V současnosti jsou zjevné projevy změny v reprodukční funkci. Přestává být samozřejmostí, že rodina je místem pro reprodukci, naopak se zvyšuje počet jedinců, kteří jsou dobrovolně bezdětnými a ženy odkládají své mateřství, (také roste množství párů, které si potomka velmi přejí, jejich touha však není naplněna).

- 2) **Ekonomická funkce** spočívá v materiálním zajištění rodiny prostřednictvím členů, kteří pracují. Charakterizuje životní úroveň dané rodiny, která vychází z materiálních příjmů, životního stylu a účasti na společenském životě (Laca, 2011, s. 79). Rodina stále zůstává hlavní ekonomickou jednotkou státu a je významným hospodářským spotřebitelem i producentem, na kterém je závislý trh. Přesto však množství jejích základních funkcí v současné době částečně přebírá stát (Možný, 2006, s. 37).
- 3) **Emocionální funkce** rodiny poskytuje svým členům domov, životní zázemí, potřebnou starostlivost v dětství, nemoci, v krizových situacích apod. (Laca, 2011, s. 80 - 81). Podle Lovasové (2006, s. 6) emocionální funkce v rodině dokáže plně zastávat pouze rodič, který je dostatečně zralý, zodpovědný a dokáže vytvořit trvalé citové zázemí pro všechny členy rodiny. Emocionální jistota je potřebná nejen pro děti, ale také pro dospělé, jen v trochu odlišné podobě. Prostřednictvím dobře fungující rodiny získává dítě lásku, bezpečí a ochranu (Srov. Matoušek, 2003, s. 187). „*Rodina je prostředím, kde si lidé k sobě nutně musejí vytvářet vztahy a nutně musejí komunikovat.*“ (Matoušek, 2003, s. 77).
- 4) **Socializační funkce** rodiny je v současné době oslabována. Přebírají ji oficiální instituce a také vrstevníci. Tam, kde byla rodina dříve nezastupitelná, nastoupili formální organizace či specialisté. Škola od rodiny převzala vzdělání dětí a masmédiá odstranila monopol rodiny na jejich socializaci k vhodnému životnímu stylu (Možný, 2006, s. 22). Pojmy socializace a výchova spolu úzce souvisí a mají mnoho společných rysů. Podle Krause (2008, s. 59) může být socializace chápána jako proces postupné přeměny jedince jako biologické bytosti v bytost společenskou, tedy postupné začleňování se do života určité společnosti, proces, v němž se učíme v dané společnosti žít. Socializace probíhá po celý život jedince. Významným socializačním činitelem nejsou pro jedince jen rodiče, ale také sourozenci, kteří se zapojují do výchovného a socializačního procesu. Mezi sourozenci se utvářejí vrstevnické vztahy a vytvářejí prostředí pro

osvojování si sociálních rolí. Pořadí, v jakém byly děti narozeny, často určuje jejich pozici v dané rodině (Čábalová, 2011, s. 198 - 199).

Podle Výrosta a Slaměníka (2008, s. 50) rodina jako primární nositel kultury poskytuje základ norem a hodnot společnosti, vede děti ke společenskému životu, učí je orientovat se ve světě symbolů a seznamuje je s kulturními vzorci.

Laca (2011, s. 81) představil tyto další funkce rodiny: rekreační funkce, v rámci které jsou realizovány výlety s rodinou, odpočinkové aktivity v prostředí domova po příchodu ze zaměstnání či dovolené. Zájmová funkce zahrnuje různé koníčky. Důležitá je také funkce morální, kterou je míněna věrnost manželů, partnerů, etický kodex rodičů a životní styl nepřekračující morální normy.

3.3. Rodinné faktory přispívající ke vzniku a rozvoji drogové závislosti

Nelze jednoznačně určit faktory v rodině, které přispívají ke vzniku a rozvoji závislosti na psychoaktivních látkách. Výzkumné závěry a pozorování jsme však schopni zobecnit do řady mechanismů či faktorů, které jsou charakteristické pro rodinu závislého. Hajný In Kalina (2003a, s. 140 - 143) představil tyto nejvýznamnější faktory:

- 1) nedostatečná pozornost či problematická reakce ze strany rodičů na chování dítěte,
- 2) narušené vztahy mezi rodičem a dítětem,
- 3) špatně vymezené vztahy mezi generacemi,
- 4) skryté, nedostatečné nebo naopak excesivní vyjádření hněvu v rodině,
- 5) závislost v roli prvku, který udržuje v rodině rovnováhu,
- 6) jeden či více závislých členů v rodině,
- 7) kodependence,
- 8) klasifikace závislosti ve vztahu k rodinnému prostředí.

1) Nedostatečná pozornost ze strany rodičů

Chování jedince se formuje do určité míry v souladu s očekáváním či zpětnou vazbou rodičů. Nedostatečná pozornost a naopak zvýšená citlivost k chybě a selhání dítěte jsou faktory, které brání změně ke zdravému rodinnému klimatu (Hajný In Kalina 2003a, s. 140). Někteří rodiče jsou k soukromí jejich potomka až přehnaně ohleduplní. Může to mít spojitost s tím, že měli odlišnou výchovu a rodiče jim zasahovali do všeho (Hajný, 2001, s. 31).

2) Narušené vztahy mezi rodičem a dítětem

V praxi i ve výzkumných pracích se neustále objevuje tento model - nadměrně pečující a ochraňující matka a slabý, chladný nebo nepřítomný otec. Vztah mezi otcem a synem bývá velmi negativní, prázdný nebo také konfliktní. Nedostatečná disciplína, kterou otcové často představují, může být jedním z faktorů vedoucím ke vzniku závislosti u jedince. Drogově závislé ženy mívají obvykle zkušenost se značně kontrolující matkou, zmiňován bývá i chladný vztah a racionální přístup matky k dceři. Specifické riziko představují závislé matky či alkoholičky – pro dcery se v pozdější době stávají výrazným identifikačním vzorem, což může zapříčinit, že v budoucnu mohou řešit své citové problémy taktéž prostřednictvím alkoholu nebo jiných omamných látek (Hajný In Kalina, 2003a, s. 140-141). Kalina (2003b, s. 49) upozorňuje na fakt, že v rodinách závislých jedinců jsou hojné komunikační poruchy a poruchy ve vyjadřování emocí.

3) Špatně vymezené vztahy mezi generacemi

Mezigenerační vztahy v rodinách, kde se vyskytl drogový problém, představují významnou oblast, ve které probíhají krizové okamžiky vývoje k samostatnosti jedince. V rodinách není často jasně definované, kdo má co na starosti a čím si kdo může být pevně jistý. Dospívající se pak vyvíjí v hluboké nejistotě, kde se stále střídají jeho kompetence, odpovědnost i svoboda, což se často odráží na nezralosti a nejistotě lidí s drogovou závislostí. Výzkum Cuskeye (1979)

prokázal, že 90% závislých žen bylo v minulosti v rodině sexuálně zneužito (Hajný In Kalina, 2003a, s. 141).

4) Skryté, nedostatečné či excesivní vyjádření hněvu v rodině

V rodinách existují nejrůznější způsoby, jak zacházet s přirozenými emocemi jako je vztek, zlost či agresivní reakce. Momenty související s agresivitou hrají významnou roli při relapsu jednotlivých pacientů absolvující léčbu. Jedná se nejen o situace, kdy musí dotyčný snášet zlostnou reakci od někoho z blízkých, ale také o situaci, kdy má interpretovat vlastní agresi (Hajný In Kalina, 2003a, s. 141).

5) Závislost v roli prvku, který udržuje v rodině rovnováhu

Jedná se o zdánlivý paradox, který se například projevuje tak, že dítě se kvůli velkému pracovnímu vytížení rodičů či jejich partnerskému konfliktu uchýlí k určitému kruhu party a své nálady řeší kouřením marihuany, později například i heroinem. Konzumace omamných látek jedinec propůjčuje pocit zdánlivé samostatnosti, ale vnitřně posiluje závislost dospívajícího na rodičích. Hajný konstatuje, že v některých rodinách může být návykové chování skryté a mnohdy je nevědomky udržováno rodiči nebo ostatními blízkými – většinou rodiči. Motivem bývá často obava ze separace dítěte a následným osamocněním rodiče či rodičovského páru (tzv. syndrom prázdného hnízda) nebo také strach z odhalení dlouhodobě neřešených problémů či prázdnoty v rodině (Hajný In Kalina 2003a, s. 141).

6) Jeden či více závislých členů v rodině

Je prokázáno, že jedním z faktorů pro vznik závislosti u dítěte v rodině je závislost dalšího člena rodiny (nejčastěji rodiče). To, jak závislost rodiče ovlivňuje chod domácnosti, společné trávení času či rodinné rituály je přímo úměrné riziku narušení dítěte (Hajný In Kalina, 2003a, s. 141). Drogové kariéry rodičů trvají, ve většině případů, řadu let, během nichž i životy jejich potomků

často ulpívají ve vzorci všudypřítomného chaosu a nepředvídatelnosti (Barnardová, 2011, s. 17). Rizikový vliv závislého člena rodiny na dítě můžeme spatřovat mimo jiné v tom, že se může pro dítě stát vzorovým modelem. Pro některé závislé rodiče je typické, že svoji závislost popírají, důsledkem takovéto strategie je hluboké narušení důvěry a hromadění bezmocné zlosti (Hajný In Kalina, 2003a, s. 141 - 142). V rodinách dochází také často k tomu, že se rodič závislostí dostává do role „zlobivého dítěte“ a naopak dospívající přebírají rodičovské role a uzavírají koalice s druhým rodičem (Nešpor, 2003, s. 82). Barnardová (2011, s. 24) upozorňuje, že u dětí, jejichž rodiče jsou drogově závislí, je zaznamenána vyšší pravděpodobnost sociální izolovanosti od svých vrstevnických skupin. Tito jedinci také vykazují značnou agresivitu, odtažitost, nezájem a problémy s chováním.

7) Kodependence

Kodependenci lze definovat jako poruchu ze ztráty sebehodnoty. Vyrůstá-li jedinec v blízkosti drogově závislého, je vystaven potížím psychickým, fyzickým i psychosomatickým (Kudrle In Kalina, 2003a, s. 109). Jedná se o vzorec osobnostních rysů, který lze očekávat u všech členů v rodině závislého jedince. Členové svým chováním tedy jedinci závislost umožňují. Závislý je středem kontroly a odvádí tím pozornost rodičů od řešení partnerského konfliktu. Užívání psychoaktivních látek dospívajícího souvisí s komunikačními a vztahovými procesy - konzumenti drog se snaží svým životním stylem separovat od rodiny. Jiným uživatelům droga umožňuje setrvat v tíživé atmosféře domova. Rodiče se tak mohou dostat do role „věčných rodičů“, kteří se neustále obávají o zdraví a osud svého dospělého dítěte (Hajný In Kalina, 2003a, s. 142 - 143).

8) Klasifikace závislosti ve vztahu k rodinnému prostředí

Ve vztahu k rodinnému prostředí rozdělil Cancrini závislost následujícím způsobem - (dává do souvislosti rodinnou strukturu a typ závislosti):

- a) **traumatického typu:** náhlá reakce na úmrtí, násilí, zneužití, nezvládnutý odchod jednoho z rodičů, onemocnění, psychická porucha v rodině,
- b) **neurotická závislost:** špatné vymezení hranic mezi generacemi, problémy ve vztazích mezi rodiči, neřešení problémů, nahromaděné napětí,
- c) **přechodová závislost:** nestálost v osobních vztazích, vyskytující se psychická zátěž v rodině nebo hluboké trauma, zvláštní zájmy či aktivity (např. esoterické vědy, sekty, apod.),
- d) **sociopatickou:** závislý jedinec má rysy asociálního chování a je nezodpovědný. Konzumace psychoaktivních látek není primárním zdrojem jeho dalších obtíží, tvoří jen doplněk jeho celkového problémového jednání (Hajný In Kalina, 2003a, s. 143).

Mühlpachr (2008, s. 148) představil nejčastější faktory, které působí uvnitř rodiny destruktivně:

- a) narušený vztah matky s dítětem (delší odloučení),
- b) nejsou-li plněny základní rodinné funkce,
- c) nepřítomnost jednoho z rodičů (neúplné rodiny),
- d) nepříznivé emocionální klima v rodině, citová deprivace,
- e) nerovnováha ve výchově (neúměrné trestání, liberální výchova),
- f) neschopnost rodičů dosáhnout citové a racionální jednoty,
- g) nízký ekonomický a kulturní standard v rodině,
- h) záporné vzory rodičů.

Pro léčebnou a poradenskou praxi je významné věnovat velkou pozornost udržujícím faktorům, které přispívají k rozvoji a pokračování závislosti. Kromě zmíněných faktorů lze ještě zmínit také další faktory vedoucí ke vzniku závislosti: rodina má shovívavý postoj k užívání psychoaktivních látek, nedůsledný a neustále

zachraňující postoj, dlouhodobě neřešená tabuizovaná témata a jiné závislé chování členů rodiny dalšího druhu (např. gambling), (Hajný In Kalina, 2003a, s. 143).

3.4. Fáze reakce rodiny na drogový problém některého z jejích členů

Tato kapitola nastiňuje tři fáze cesty reakce na drogový problém v rodině – objevení drogového problému, snahu o překonání tohoto problému a soužití s ním a také často nenaplněnou snahu o konečné vyloučení příbuzného užívající psychoaktivní látku z nejužšího rodinného kruhu.

Barnardová (2011, s. 31 - 46) popisuje jednotlivé fáze reakce rodiny na drogový problém některého z jejích členů. Jedná se o fáze:

- 1) zjištění,**
- 2) přizpůsobení se,**
- 3) zavržení.**

- 1) Zjištění** - v momentě, kdy se rodina dozví, že jejich člen užívá návykovou látku, je uvržena do hlubokého šoku, hněvu, zmatku, zděšení a také smutku, z něhož je těžké se vymanit (Barnardová, 2011, s. 31). V některých případech se například rodiče snaží své dítě chránit a nepřiznají si, že by drogu konzumovalo. Tuto reakci můžeme vnímat jako určitou obranu (Vágnerová, 2004, s. 574). U většiny rodin se drogový problém dále prohlubuje a sílí v průběhu mnoha let (Barnardová, 2011, s. 31). Při zjištění rodičů, že jejich potomek konzumuje návykovou látku, bývá jejich reakce dost často neúčelná. Běžným pokusem o řešení nastalé situace jsou domluvy, zákazy, vyhrožování, výčitky a také pláč, které nemají vhodný efekt (Vágnerová, 2004, s. 574). Závislost na omamných látkách člena rodiny je značnou zátěžovou situací pro celou rodinu (Fischer, Škoda, 2009, s. 117). Začátek drogového problému u člena rodiny je často plíživým procesem vyznačujícím se malými, nicméně významnými změnami v zevnějšku, chování a jednání. Ztrácející se peníze a majetek, nevysvětlené odchody, zvláštní výraz v očích, splývavá řeč, neklid, podrážděnost, odtažitost a postupná vzdorovitost jsou faktory, které časem vyústí v podezření, že hlavním

důvodem pozorovaných změn jsou psychoaktivní látky (Barnardová, 2011, s. 31 - 32). Hajný (2001, s. 23 - 24) uvádí jako další možná varovná znamení, že člen rodiny užívá drogy – např.: náhlá změna nálad, netypické reakce na určité situace, zhoršení ve škole, změna přátel a známých, výrazná změna v oblékání a stylu hudby, častá vyčerpanost, únava, spavost, izolace od rodiny. Dalším znakem může být nošení tmavých brýlí, které zakryjí rozšířené zornice po pervitinu či dlouhé rukávy snadno skrývající vpichy od jehly. Na jedinci rodina také může pozorovat velký výskyt lhaní a nedodržování slova. Když rodinní příslušníci zjistí, že se jedná o problém ve spojitosti s drogami, vzniká u nich naprostá panika plynoucí z nedostatku zkušeností a vědomostí. Charakteristickou vizí rodiny bývá, že problém vyřeší v rámci rodiny vlastními silami. Pro rodiče je typické nerealistické vyhodnocování možnosti, že by jejich dítě bylo schopno zbavit se drog a současně přeceňování svých vlastních schopností něčeho takového dosáhnout. Pro rodiny je velice těžké smířit se s tím, že budou přihlížet tomu, jak jejich člen rodiny díky drogám chátrá, jak po stránce fyzické, sociální, tak i emocionální. Mnoho rodinám brání pocit hanby v tom, aby vyhledali pomoc, jinde než mezi svými nejbližšími příbuznými. Některé rodiny se ani nesvěřují v prvních dnech širší rodině, což ještě zvýší tlak, který rodina zažívá. Dá se předpokládat, že rodina se bude snažit dát vše do pořádku a závislého člena přivést bezpečně zpět pod svá ochranná křídla. V momentě, kdy si rodina uvědomí nezvladatelnost problémů spojených s drogovým problémem, začne jí docházet, že tato situace bude v budoucnu provázet její život. Rodina v této fázi nepřestává doufat a nabízí jedinci pomocnou ruku. Nové realitě se často rodina přizpůsobuje tím, že se snaží újmu související s drogou nějak zvládnout a také eliminovat (Barnardová, 2011, s. 32 - 34).

- 2) **Přizpůsobení se** – v této fázi často u rodiny přetrvává silný pocit povinnosti nadále poskytovat drogově závislému příslušníku rodiny podporu a pomoc (Barnardová, 2011, s. 34). Hajný a spol. (1999, s. 108) však konstatuje, že v souvislosti s užíváním návykových látek dochází v rámci rodinného systému k četným hádkám. Rodina uživatele se pokouší mít užívání psychoaktivních

látek pod kontrolou a opakovaně se snaží přesvědčit ho k abstinenci (Vágnerová, 2004, s. 574). U většiny rodin bývá reakce, že se snaží nalézt způsob, jak se postavit problémům, které drogy přinesly. Tento přístup je charakteristický alespoň minimálním akceptováním faktu, že jedinec má nějaký problém, který by snad uměli minimalizovat tím, že jej vstřebají do dynamiky rodiny. Primární starostí je chránit jedince před újmou, snahou udržet jedince co nejvíce v rodinném kruhu. Rodina tak doufá, že se jí tak podaří omezit styk jedince se světem drog a odvrátit tak související nebezpečí v podobě např. infekce, trestné činnosti, násilí, apod. Někteří rodiče drogově závislých přiznávají, že ve snaze o eliminaci rizik, dotují drogový návyk svého dítěte, splácejí dluhy drogovým dealerům a věřitelům nebo jim dovolují, aby si dávku píchali doma, aby tak omezili riziko předávkování či sdílení jehel. Někdy jim drogy i samy kupovali, aby zmírnili jejich abstinenci příznaky. Přestože rodiny bývají v této fázi již do určité míry smíření s realitou daného problému, nadále jim velmi záleží na tom, aby se o návyku jejich člena nedoslechli ostatní lidé, což pramení ze snahy ochránit rodinu před negativní reakcí okolí. Stigma spojená s drogovým problémem v rodině vtahuje její členy postupně do kritického světla (Barnardová, 2011, s. 34 - 36). Postoj lidí ke konzumentům pervitinu je odmítavý a odsuzující. Společnost má tendenci drogově závislé stigmatizovat, jelikož nemají se závislými zkušenost a proto vůči nim zaujímají negativní postoj (Vágnerová, 2008, s. 573). Rodiče pátrají po příčině, která vedla k tomu, že jejich potomek užívá návykové látky a často obviňují sebe navzájem (Vágnerová, 2004, s. 574). Kalina (2003b, s. 49) konstatuje, že je pro rodinu velmi důležité, aby překonala pocit selhání, studu, viny a obviňování se. Plzák rodinám doporučuje zásadně se neobviňovat, je daleko vhodnější událost považovat za pohromu či neštěstí (Hajný, Klouček, Stuchlík, 1999, s. 54). V období „přízpůsobení se“ se často střídají fáze zklamání a optimistické fáze, kdy začínají jedinci důvěřovat. Rodinu však časem opouštějí vize, že by uměla situaci zvrátit (Vágnerová, 2004, s. 574).

- 3) **Zavržení: „Tvrdá láska“** - soužití s členem, který konzumuje psychoaktivní látky, je často na hranici nebo dokonce za hranicí únosnosti pro ostatní členy

rodiny (Kalina, 2003b, s. 50). Rodina, která nechá svého člena napospas svému osudu, když si je současně vědoma, že se tím stane ještě zranitelnější vůči nepříznivým faktorům, činí velice těžký krok. Avšak vzhledem k újmě, kterou rodina utrpěla, když se snažila situaci držet pod kontrolou, to je krok, ke kterému se mnoho rodin dříve či později uchýlí. Rodiče dokonce často mluví o pragmatickém rozhodnutí vykonaném v zájmu přežití rodiny, která začala být pod tíhou problému stále více traumatizovaná. Zároveň jim začalo v této fázi docházet, že jsou v jen opravdu omezené míře schopni u svých dětí dosáhnout jakékoliv změny. V momentě, kdy rodina dosáhne bodu, kdy vnímá, že již nadále nemůže směřovat hlavní pozornost na příbuzného s drogovým problémem, snaží se zavést určitá pravidla (např. opatření zamezující členu rodiny, aby se dostal do domu, zabránění dalšímu poskytování finančních prostředků, apod.). Tato rozhodnutí jsou provázena pocitem selhání a hlodající obavou o osud příbuzného s drogovým problémem. Stanovení podobných rodinných pravidel jsou označovány za tzv. zlomový bod, který dokládá posun vstříc myšlenkám o důsledcích drogového problému na zbytek rodiny. Sourozenci drogově závislých jedinců mají často starosti ohledně nebezpečí, které jejich bratrovi či sestře hrozí. Můžeme však konstatovat, že za nepřítomnosti drogově závislého jedince panuje doma daleko menší napětí (nikdo už nemusí být tolik ve střehu). Ve většině případů se sourozenci nadále snaží udržovat kontakt a být vůči uživateli vstřícní (Barnardová, 2011, s. 42 - 45). Vágnerová (2004, s. 574) konstatuje, že ve chvíli, kdy má rodina pocit, že vyčerpala všechny možné zdroje, velmi často rezignuje. Konzument drogy je pro svoji rodinu přítěží, protože ji zatěžuje psychicky, ekonomicky a v některých případech dokonce i fyzicky. V momentě, kdy drogově závislý člověk odchází z domova, a tím ztrácí své sociální zázemí, stává se člověkem bez domova či přespává u stejně „nemocných“ jedinců. Jeho prognóza se tím přirozeně zhoršuje.

3.5. Důsledky drogové závislosti pro rodinu

Vše, co se dostává do rodinného systému, tam přichází v určitém významu, kontextu a také s určitými aspekty, jak zisky, tak i ztrátami. Nejspíš neexistuje element,

který zasáhne do dění a struktury rodiny a který se dá jednoznačně označit jen jako pozitivní nebo jen jako negativní. „*Rodina je neustále vyvíjející se a měnící se organismus. Členové rodiny často mění v rámci rodinného systému svá místa, a tím vznikají nové prostory.*“ Je přirozené, že přítomnost omamných látek si v rodině nepřeje žádný rodič, ale žádný z rodičů se nezamýšlí nad kontextem, co by jim přítomnost drogy v rodině mohla přinést naopak pozitivního. Droga v rodině generuje velké množství negativních vlivů, ale byla by škoda, nehledat a nespátřovat i kladné aspekty přítomnosti drogy (Chytrý In Preslová, 2010, s. 35).

Chytrý In Preslová (2010, s. 36) popsal, v jakých rolích droga do rodiny přichází, jako:

- a) bourač důvěry,
- b) ničitel systému,
- c) podporovatel vzájemného obviňování,
- d) tvůrce konfliktů,
- e) výrobce nejistoty,
- f) autor či spoluautor chviliek „S tebou se nedá mluvit, my už si nemáme co říct.“

V rámci rodinného systému může psychoaktivní látka působit jako podporovatel někoho, kdo potřebuje podpořit, mstitel za něco, co se někomu děje nebo posilovač někoho. Drogu v rodinném systému můžeme také zkusit přetvářet do rolí jako například seismograf na zaznamenávání individuálních otřesů, teploměr na měření teploty vztahů, zákazník požadujícího vyprojektování hranic, směrovku ukazující na vzdálenosti mezi jednotlivými členy rodiny, radar na měření rychlosti našeho míjení se, kalkulačku na spočítání počtu našich kontaktů či předkladatele návrhu na vytvoření nových zákonů a vyhlášek. Přesněji řečeno jde o to, co nám droga v rodině může odkrýt, k čemu nás je schopna dovést a co nám může pomoci přenastavit. Droga se v rodině vždy usadí na nějaké určité místo, které má k někomu blízko a k někomu daleko, někoho droga oddělí od dalších lidí, někoho zase k někomu přiblíží a někomu může také vytvářet novou zónu, která je posilující, svobodnější, ochrannou či vymaňující (Chytrý In Preslová, 2010, s. 36).

Chytrý In Preslová (2010, s. 38) vybízí k tomu, aby se rodinní příslušníci se závislým členem zkusili zamyslet nad otázkami typu: na co nám droga umožňuje nahlédnout, co můžeme zkusit dělat jinak, k jakým novým podnětům nás droga vede, k jakým novým krokům nás droga nutí, co si uvědomujeme, co se ukázalo nefunkční nebo nedostatečné, koho nám to přiblížilo a koho naopak oddálilo, čeho jsme se naučili vzdát, čemu se chceme vyhýbat nebo kam se můžeme posunout - s kým a v čem.

Čtrnáctá (2013, s. 19 - 25) konstatuje, že konzumování psychoaktivních látek jedním nebo více členy zasahuje ohrožujícím způsobem do chodu rodinného systému a narušuje tím její integritu jako celku i jejích jednotlivých členů. Omamná látka se stává součástí rodiny a zaujímá v něm svoje místo.

Soužití se závislým člověkem vnáší do rodinného systému a jeho funkcí velké množství negativních jevů (Lovasová, 2006, s. 15). Nejvýznamnějším a největším vlivem, který má drogová závislost na rodinu, je slábnutí emocionálních vazeb v rodinných vztazích. Při drogové závislosti některého z členů rodiny bývají rodinné chvíle provázeny konflikty, napětím a nestabilitou. Užívání drog v rodině často souvisí s jedním z aspektů drogového problému a tím jsou krádeže v domácnosti. Krádež v rodině způsobuje obrovské škody, které nelze materiálně vyčíslit. Rodiče, kteří odmítají poskytnout drogově závislému dítěti finanční podporu, se často setkají s verbálním útokem, který je, především na veřejnosti, velmi ponižující. Stát se terčem neustálých slovních útoků, krádeží a dalšího asociálního chování je bolestivé a deprimující. Rány způsobené tímto jednáním není možné zapomenout. Vysoká cena se odráží na rozpadech vztahů v rodině, ztrátě úcty a především důvěry. I projev náklonosti může být vykládán jako manipulace. Nedá se říct, že by se členové rodiny konzumující psychoaktivní látku za svoje chování nestyděli nebo neměli výčitky svědomí. Tyto negativní pocity však většinou nestačí k tomu, aby jedinec s takovým životním stylem skončil, protože potřeba vyvolaná návykem na látce je již příliš silná. Na toto sobecké vykořisťování členů rodiny je pohlíženo jako na politováníhodný zvrát v postavení v minulosti důvěryhodného člena rodinného systému. Rodinní příslušníci přiznávají, že mimo cenných věcí z domácnosti téměř vždy mizí také finanční hotovost. Pokud chtějí rodiče peníze zpět, jedinou cestou by bylo spojit se s policií a nechat své dítě oficiálně obvinít z podvodu. Tomuto postupu se však většina rodičů brání, především z pocitu zahanbení a ponížení. Ztráta důvěry vůči dítěti nebo sourozenci tedy znamená

mimořádnou ostražitost v ochraně peněz a věcí, jejímž výsledkem bývá náročná kontrola a sledování drogově závislého při příchodu a odchodu z místnosti. Tyto situace se nepřibližují představě ideálního domova jako místa, kde se má člověk cítit bezpečně a kde se dočká klidu a uvolnění. Domov se v tomto případě stává spíše zdrojem psychického vypětí než útočištěm. Podvody, lži jsou vyčerpávající a vytvářejí klima vzájemné nedůvěry (Barnardová, 2011, s. 37 - 42). Matějček (1992, s. 36) však konstatuje, že i rodina, která je narušena, zatížena či ohrožena kritickou událostí má tendenci se znovu stabilizovat, obnovit své funkce, třeba i za cenu určitých obětí.

4. SOCIÁLNÍ PRÁCE S RODINOU SE ČLEMEM ZÁVISLÝM NA PERVITINU

Na začátku této kapitoly nejprve vymezují pojem sociální práce, poté popisují prevenci a léčbu drogové závislosti a na závěr představují výčet institucí, které může využít člověk závislý na pervitinu a také jeho rodinní příslušníci. Hlavním cílem této kapitoly je popis možností, jak pracovat s rodinou s příbuzným závislým na návykové látce.

4.1. Sociální práce

Existuje mnoho definic sociální práce. Matoušek ji ve svém Slovníku sociální práce popisuje jako společenskovední disciplínu i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a také řešení sociálních problémů. Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity a o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu. Sociální pracovník pomáhá jednotlivcům, skupinám, rodinám a komunitám navrátit či dosáhnout způsobilost k sociálnímu uplatnění. Mimo jiné také pomáhá vytvářet pro jejich uplatnění určité podmínky (Matoušek, 2008, s. 200 - 201).

Dle Navrátila je „*cílem sociální práce podpora sociálního fungování klienta v situaci, kde je taková potřeba buď skupinově, nebo individuálně vnímána a vyjádřena.*“ Sociální pracovníci při práci s klienty by se měli především zaměřit na překážky a předpoklady k zvládnutí problémů, které vyplývají z interakce s požadavky prostředí (lidé a prostředí jsou neustále v interakci, kde prostředí klade na člověka určité požadavky a člověk na ně musí reagovat). Mezi požadavky prostředí a člověkem musí existovat určitá rovnováha. Jestliže jedinci nejsou schopni zvládat požadavky prostředí, poskytne jim pomocnou ruku sociální pracovník (Navrátil, 2001, s. 12 - 14). Sociální práce usiluje o zlepšení sociálního fungování jednotlivců a skupin tím, že zprostředkovává aktivity zaměřené na jejich sociální vazby. Jedná se například o aktivity zaměřené na problém, jehož cílem je odstranit faktory, které problém způsobily, dále aktivity zaměřené na klienta a jeho potenciál (rodinná terapie, která podporuje vzájemné pochopení a komunikaci mezi členy rodiny) a v neposlední řadě

aktivity preventivní, jejichž cílem je eliminovat faktory narušující sociální fungování jedince (Navrátil, 2001, s. 17 - 18).

V sociální práci se během 20. století vytvořily tři odlišné přístupy, které Payne (1997) označil jako tzv. „malá paradigmata“. Tato paradigmata se odlišují svými filosofickými východisky a také praktickými důsledky (Navrátil In Kalina, 2003b, s. 70).

1) Sociální práce jako terapeutická pomoc

Za primární aspekt sociálního fungování je považována pohoda člověka a duševní zdraví. Rozbor životní situace se zaměřuje na vliv stavu osobnosti či psychiky na zvládnání požadavků prostředí. Sociální práce je vnímána jako pomoc vykonávána především formou individuální nebo skupinové terapie. Sociální pracovník v terapeutickém vztahu musí dbát na opravdovost a kongruenci, bezpodmínečnou pozitivní vazbu a také empatii. Jeho přístup má být, podle Rogerse, nehodnotící, nedirektivní a jeho součástí má být autentické přátelství a aktivní naslouchání. Osobnost člověka je proces, který je neustále ve vývoji a nikdy není úplně dokončen. Odstranění bloků, které zamezují klientovi vlastním sebeaktivačním tendencím je předmětem terapie (Navrátil In Kalina, 2003b, s. 71).

2) Sociální práce jako reforma společenského prostředí

Představa sociálního fungování je opřena o vizi společenské rovnosti v určitých rozměrech společenského života s ohledem na společenské třídy, věkové skupiny, gender, apod. Primárním cílem tohoto paradigmatu je odstraňování a nalézání strukturálních společenských příčin nerovností, které zapříčiňují diskriminaci a nerovnost. Hlavním bodem intervence je především sociální prostředí, o němž máme hypotézu, že nepřiměřeností svých požadavků narušuje sociální fungování klientů. Sociální pracovník má skrze tvorby či inovace sociálních struktur napomoci dosažení vhodného vztahu prostředí ke klientům (Navrátil In Kalina, 2003b, s. 71 - 72).

3) Sociální práce jako sociálně právní pomoc

Třetí paradigma vysvětluje, že sociální fungování je primárně podmíněno přístupem k určitým informacím a schopností zvládnout problém. V tomto pojetí sociální práce svoji pozornost upírá na individuální potřeby a schopnosti a také na potřebu zlepšovat systém sociálních institucí. V praxi je přístup často založen především na poradenství, poskytování informací či zprostředkování potřebných služeb. Součástí praxe sociální práce je v tomto paradigmatu, mimo jiné, úsilí o postupné přizpůsobování společnosti a jejich institucí potřebám uživatelů služby (Navrátil In Kalina, 2003b, s. 72).

Sociální práce s drogově závislými klienty je podmíněno těmito zásadními principy:

- a) systematické sebezpoznání,
- b) systematické znalosti o člověku a společnosti,
- c) systematické znalosti o závislosti,
- d) víra v hodnotu a důstojnost každého člověka,
- e) významný je jednotlivec i systémové parametry jeho situace,
- f) možná adaptace metod a technik běžně používaných v sociální práci,
- g) hlavním bodem intervence musí být klient a zároveň i jeho prostředí (Navrátil In Kalina, 2003b, s. 74).

4.2. Prevence drogové závislosti

Pojem prevence je latinského původu a označuje opatření učiněné předem, včasnou ochranu nebo obranu (Nešpor, Csémy, Pernicová, 1999, s. 6). Prevence je kontinuální proces založený na pozitivním ovlivňování zdraví prostřednictvím životního stylu, v rámci kterého jedinec rovnoměrně uspokojuje svoje fyziologické, sociální a emocionální potřeby. Ve vztahu k sociálněpatologickým jevům můžeme prevenci definovat jako koordinované, komplexní, a kontinuální uplatňování psychologických, výchovných a resocializačních faktorů (Liba, 2001, s. 57).

Cílem efektivní prevence podle Nešpora a spol. (1999, s. 6) je především: Předejít užívání psychoaktivních látek a alespoň posunout setkání s návykovými látkami do pozdějšího věku, kdy je organismus a psychika jedince relativně odolnější a vyspělejší. Dalším cílem efektivní prevence je snížit či zastavit experimentování s omamnými látkami, pokud k němu už dochází, a předejít tak nejruznějším somatickým poškozením včetně závislosti, které by vyžadovaly léčbu.

Cílem prevence je omezení konzumace omamných látek nebo alespoň eliminace negativních dopadů tohoto chování (Hanuš a kol. In Vágnerová 2004, s. 576). Kalina uvádí, že: „*Zastřešujícím pojmem pro opatření snižující poptávku po drogách je prevence, kterou podle WHO rozdělujeme takto*“: (Kalina, 2003a, s. 17)

- 1) Primární prevence** je charakteristická šířením informovanosti o negativním dopadu konzumování drog. Její vize spočívá v tom, aby lidé tyto látky neužívali a tím tento problém vůbec nevznikl. Riziko však spočívá v tom, že takto získané informace mohou především adolescentům sloužit také jako pohnutka k experimentování s drogou v podobě výzvy zkusit něco, co je obecně definováno jako nebezpečné (Vágnerová, 2004, s. 577).

Podle Kaliny (2003a, s. 17) primární prevence slouží k předcházení konzumaci psychoaktivních látek u společnosti, která s ní dosud není v kontaktu, nebo alespoň oddálení kontaktu s látkou do vyšších věkových skupin. Nejčastějšími faktory stojícími u zrodu abusu psychoaktivních látek jsou pocity nudy, absence vlastního programu, nízké sebevědomí či narušené hranice. Dalšími rizikovými faktory abusu jsou například rasová odlišnost, vyčlenění z komunity nebo také touha identifikovat se s odlišnou skupinou lidí. K primární prevenci proto také patří péče o sociálně potřebné a minority (Kudrle In Kalina, 2003a, s. 146).

- 2) Sekundární prevence** je zaměřena na včasné vyhledání závislých jedinců a jejich léčbu. Za tímto účelem byla vytvořena kontaktní centra, která mohou uživatelé omamných látek sami navštívit, aniž by riskovali, že budou někde registrovaní (Vágnerová, 2004, s. 577). Tato prevence je nejčastěji využívána jako souhrnný název pro včasnou intervenci, poradenství a léčbu (Kalina 2003a,

s. 17). Jestliže má léčba přesáhnout za pouhou stabilizaci abusu psychoaktivních látek, pak musí obsahovat metody, techniky či nástroje, které působí na jedince na bio-psycho-sociálně-spirituální úrovni (Kudrle In Kalina, 2003a, s. 147).

3) Terciární prevence spočívá ve snižování negativních důsledků konzumování drogy (Vágnerová, 2004, s. 577). Předchází trvalému či vážnému sociálnímu a zdravotnímu poškození zapříčiněné užíváním drog. Můžeme zde zařadit podporu v abstinenci, doléčování, sociální rehabilitaci, ale také prevenci somatických rizik u neabstinujících uživatelů (Kalina, 2003a, s. 17). Nejčastěji se jedná o terénní práci mezi lidmi se závislostí (např. výměna stříkaček a jehel), (Vágnerová, 2004, s. 577). Terciální prevence má především podobu konkrétní pomoci konzumentům drog na úrovni chráněného bydlení, zdravotního pojištění či chráněného zaměstnání. Důležitá je pomoc lidem nemocným s terminálním vývojem nemoci AIDS a umírajícím (Kudrle In Kalina, 2003a, s. 148).

Prevence užívání drog a problémů spojených s návykovými látkami mezi mladými lidmi je klíčovým cílem a jedním z pilířů protidrogové strategie EU 2013–2020 (EMCDDA, 2015, s. 63).

4.3. Léčba drogové závislosti

Léčba závislosti na návykových látkách se objevila až v 19. století. Léčba je většinou dlouhodobá a obtížná a ani její efekt nebývá zpravidla uspokojivý. Četnosti jedinců, kteří dokázali navždy abstinovat je jen velmi malá (asi třetina). Ochota spolupracovat a motivace k léčbě jsou základní a nezbytné předpoklady k vyléčení. Cíl léčby je nutné realizovat vzhledem k reálným možnostem a individualitě každého případu (typ užívané drogy, motivace drogově závislého jedince.), (Vágnerová, 2004, s. 576). Matoušek (2005, s. 214) upozorňuje na další aspekty, které se při léčbě musejí brát na zřetel: doprovodné psychopatologické a psychologické problémy, intenzita příznaků závislosti (výskyt abstinčních příznaků, schopnost je zvládat, pravděpodobnost relapsu), zaměstnání uživatele, sociální prostředí uživatele, stupeň klientovy potřeby podpory, vzdělávací dráha jedince, zdravotní stav jedince a možné

komplikace závislosti a v neposlední řadě také vztahy s rodinou či partnerem. Léčba se rozděluje na ústavní, ambulantní a komunitní (Rahn a Mahnkopf In Vágnerová, 2004, s. 576). Přibližně 7 % klientů nastupujících na specializovanou léčbu drogové závislosti v Evropě v roce 2013 uvádí jako svou primární drogu metamfetamin (EMCDDA, 2015, s. 47). Rodina a komunita jsou důležitými aspekty léčby. Podpora rodinných příslušníků je důležitá pro změnu chování jedince. Je důležité usilovat o posílení rodinných vztahů, zlepšením komunikace a podporu abstinence od drog. Členové komunity (například poradci, rodiče, vrstevníci) mohou také povzbudit jedince, kteří potřebují pomoc na cestě k vyléčení (NIDA, 2014, s. 10).

Vágnerová (2004, s. 576) uvádí následující výčet možností léčby závislosti na psychoaktivní látce:

- 1) **Farmakologická léčba** představuje nedílnou součást pro zvládnutí abstinčního syndromu a při léčbě dalších příznaků, užívá se například metadon jako náhrada za drogu. Nezbytná je současná léčba přidružených psychických poruch a onemocnění, které mohly být příčinou zneužívání omamných látek (Vágnerová, 2004, s. 576). Metadon se aplikuje orálně, má pozvolnější nájezd účinku a nemá silný psychotropní efekt - jeho vysazení nezpůsobuje tak drastický odvykací stav, jelikož hladina v krvi klesá pomalu (Fišerová In Kalina, 2003a, s. 115). Metamfetamin výraznější somatické odvykací obtíže nezpůsobuje - farmakologická léčba proto nebývá obvykle nutná (Nešpor In Kalina, 2003b, s. 191).
- 2) **Léčebný režim** je uznáván jako významná součást léčby – klient je hodnocen za dodržování předem stanovených pravidel. Tím se utváří účelnější vzorce chování pacienta. Součástí léčebného režimu je psychoterapie (Vágnerová, 2004, s. 576).
- 3) Cílem **psychoterapeutických metod** je náhled na situaci, porozumění mechanismu závislosti osobního příběhu, nácvik nejrůznějších způsobů koncentrování se při zátěžových situacích a změna životního stylu. Je důležité

klienty naučit vnímat závislost jako neměnnou součást jejich života. Hledání alternativních zájmů a aktivit, které by mohly zaplnit prázdnotu klienta je klíčové. Využívá se individuální i skupinové psychoterapie (Vágnerová, 2004, s. 576). Psychoterapie tvoří jeden ze základních článků systému péče o jedince závislé na psychoaktivních látkách (Miovský, Bartošíková In Kalina, 2003b, s. 25).

- 4) Rodinná terapie a práce s rodinou** – zásadní je zachování mezilidských vztahů, rodinného zázemí, které by drogově závislého jedince dokázalo motivovat. Aby zafixované jednání uživatelů nevedlo k udržení totožného způsobu chování a recidivě, je vhodné spolupracovat také s rodinnými příslušníky. Manželský partner či rodiče musí vědět, jaké jednání je za určité situace to pravé (potřebují se naučit, jakým způsobem by měli jednat v konkrétních krizových situacích). Je prokázáno, že nestačí ozdravovat pouze drogově závislého jedince, ale i celý rodinný systém (Vágnerová, 2004, s. 576). Při indikaci rodinné terapie je potřeba vždy zvážit věk klienta, stupeň separace, současnou situaci rodiny a potenciální i aktuální vztah klient - rodinný systém. Je prokázáno, že využívání rodinné terapie zvyšuje schopnost klienta dokončit léčebný proces a zlepšuje léčebné výsledky (Kalina, 2003b, s. 48 - 49).

- 5) Socioterapie** umožňuje pomoc a podporu při novém zařazení zpět do společenského systému, hledání zaměstnání a utváření potřebných sociálních kontaktů (Vágnerová, 2004, s. 576).

- 6) Svépomocné skupiny** závislých jedinců poskytují významnou pomoc. Člověku nabízejí podporu a porozumění, které jsou především na začátku abstinence stěžejní (Vágnerová, 2004, s. 576). Některé země dokonce udělují uživatelům návštěvu svépomocné skupiny soudním příkazem (např. Anonymní Narkomani), (Vobořil, Kalina, 2003b, s. 84).

4.4. Protidrogové instituce

V této kapitole popisují vybrané zařízení a služby pro drogově závislé jedince, po nastudování zdrojů jsem zvolila pro prezentaci, dle mého názoru, tyto nejvíce využívané protidrogové instituce:

- 1) **Denní stacionáře** (též denní centra, denní sanatoria nebo denní kliniky) jsou typickými zařízeními, která stojí na „poloviční cestě“ mezi ústavní péčí a běžnou ambulantní péčí, mezi institucí a domovem. Denní stacionář zprostředkovává denní péči (výchovnou, rehabilitační, ošetrovatelskou, sociální, zdravotní a psychologickou). Služba funguje přes den, většinou jen v pracovní dny (Kalina, 2003b, s. 179). Léčba v denním stacionáři trvá většinou 2 - 3 měsíce (Matoušek, 2005, s. 215). Předpokladem je, že konzument drogy má domov, ale ambulantní péče je pro něj z různých důvodů nedostatečná, a přitom pobyt v nemocničním zařízení nebo jiném lůžkovém zařízení nepotřebuje. Existují také programy intenzivní denní péče pro uživatele, kteří jsou v udržovací substituční léčbě metadonem. Cílem programu je působit na jedince a stimulovat ho ke změně jednání, myšlení a sebepjetí. Déle klienta vede ke zlepšení sociálního fungování, dosažení a udržení abstinence jak od původní drogy, tak i od spouštěcích drog (Kalina, 2003b, s. 179 - 180).
- 2) **Detoxifikační jednotky** se zaměřují na zbavení a vyčištění organismu klienta od návykové látky. Detoxifikace se může provést buď bez použití léků či za farmakologické podpory, která je zaměřena na překonání abstinčních příznaků. Detoxikace jedince připraví na další léčbu, kam nastoupí po jeho absolvování. Pokud je použita medikace, podává se látka, která má podobné účinky jako droga, kterou jedinec konzumoval. Dávkování je stanoveno tak, aby byly eliminovány abstinční příznaky a postupně se snižuje. Pobyt na detoxifikační jednotce se ukončuje až několik dní po té, co odezněly odvykací příznaky. Pokud je jedinec propuštěn dříve, proces detoxifikace není dokončen a hrozí vysoké riziko relapsu. Detoxifikace trvá od několika

dní do dvou týdnů, závisí to na konzumované látce, zdravotnímu stavu uživatele, apod. Detoxifikace by měla být provázena psychoterapeutickou péčí zaměřující se na podporu a motivaci k další léčbě klienta (Sananim, 2009, online).

3) Doléčovací centra se specializují na následnou péči a prevenci relapsů konzumování návykových látek. Služba se zaměřuje na poradenství, individuální a skupinovou terapii, rodinou a párovou terapii, podporu při hledání zaměstnání a bydlení či chráněného bydlení a práce v chráněných dílnách (Matoušek, 2005, s. 215 - 216). Délka programu následné péče obecně trvá minimálně 6 měsíců, zkušenost však ukazuje, že mnoho jedinců si tuto dobu prodlužuje až na jeden rok. Doléčovací centra klienty podporují v tom, aby plně převzali zodpovědnost za svůj život a svoji závislost opustili (Kuda In Kalina, 2003b, s. 211 – 212).

4) Chráněné bydlení a chráněná práce – chráněné bydlení je prostředek sociální rehabilitace klienta zprostředkovaného ve formě přechodně poskytovaného ubytování, jenž je součástí komplexu sociálních a zdravotních služeb. Cílem tohoto bydlení je zajištění přístřeší v době terapeutického a resocializačního programu lidí, kteří v místě bydliště nemají podobné služby. Podmínkou je však absence psychoaktivních látek. Ubytování je poskytováno jedincům nejvíce rok (např. v Německu i více let po absolvování resocializačního programu). Chráněná práce stimuluje k prohloubení pracovních dovedností jedinců (až na úroveň rekvalifikace). Přispívá také k upevnění pracovních návyků a následnému získání zaměstnání (Dvořák In Kalina, 2003b, s. 215 - 216).

5) Lékařská ambulantní péče pro závislé může být poskytována různými zařízeními, např. AT poradnami, ambulantními léčebnými středisky, středisky strukturované denní péče, středisky zdravotně sociálních služeb a

specifickými zařízeními ambulantní péče. Přístup do ordinace AT mají nejen závislí jedinci, ale také experimentátoři, víkendoví konzumenti bez závislosti či problémoví uživatelé, kterým byla léčba uložena soudem. AT ordinace je povinna vést zdravotnickou dokumentaci klienta, kde se zaznamenávají důležité údaje o léčbě a dalších okolnostech v procesu léčby (Hampl In Kalina, 2003b, s. 172 - 175).

6) Nízkoprahová kontaktní centra nabízejí výměnný program, informace o bezpečném užívání psychoaktivních látek, dále základní zdravotní ošetření, apod. Jedince má možnost využít služby kontaktní místnosti (zde si může promluvit s pracovníky, získat informace, dát čaj, osprchovat se a vyprat si prádlo). Služba poskytuje i poradenství pro rodiče a blízké konzumentů návykových látek. Některá centra nabízí tzv. motivační skupinu (podpurná setkávání uživatelů, kteří se chtějí léčit). V současnosti vzniká řada nízkoprahových klubů pro děti a mládež, které jsou ohrožené sociálně patologickými jevy a postrádají smysluplnou náplň volného času (Sananim, 2009, online). Tato služba je určena všem bez ohledu na pohlaví, věk, rasu, náboženské či politické přesvědčení, sociální status či ekonomické možnosti (Libra In Kalina, 2003b, s. 165 - 166).

7) Protidrogový koordinátor má za úkol informovat o aktuální nabídce služeb v daném okrese (má přehled o současné situaci v protidrogové prevenci a probíhajících programech. Služba je určena pro rodiče a občany, kteří se chtějí aktivně podílet na dění nebo potřebují poskytnout určité informace (Hajný, 2001, s. 104).

8) Programy metadonové a jiné substituce se specializují na léčbu závislosti na psychoaktivních látkách (nejčastěji tlumivého typu). Využívá se terapeutický postup, při němž je původně ilegální konzumovaná droga nahrazena lékem, který je daleko bezpečnější pro organismus klienta, především pro známou koncentraci bez toxických zbytků. Náhradní látka se

užívá perorálně a je podávanou lékařem dle příslušných předpisů o léčbě v souladu se zákonem o zacházení s omamnými a psychotropními látkami. Substituční léčba má formu: krátkodobou (1 - 2 týdny), střednědobou (několik týdnů až měsíců) a dlouhodobou, která trvá až řadu let. Nejvíce se zde využívá metadon, především díky svým analgetickým účinkům. V praxi se využívají 2 typy substituční léčby, a to komplexní substituční léčba, která kromě poskytování metadonu zprostředkovává i jiné služby psychosociálního typu (např. kognitivně-behaviorální terapii). Nízkoprahové substituční programy jsou dalším typem substituční léčby, které poskytují pouze vydávání metadonu. Substituční léčba výrazně eliminuje výskyt AIDS a kriminalitu (Popov In Kalina, 2003b, s. 221 - 223).

9) Psychiatrické léčebny - oddělení pro léčbu závislostí – obvykle se jedná o 3 měsíční léčebný program, který hradí pojišťovna (nenachází se však v každé psychiatrické léčebně). Odborník léčbu doporučí v případě, že je možnost ambulantní docházky nemožná a jde o rozeznatelnou závislost na drogách (Hajný, 2001, s. 103).

10) Terapeutická komunita je specifickou formou intenzivní skupinové psychoterapie, kde spolu klienti po určitou dobu žijí a sdílejí skupinová sezení a další společný program s pracovní a jinou bohatou činností, což zabezpečuje to, aby do tohoto malého modelu společnosti promítali problémy ze svého života, zejména své vztahy k lidem. (Kalina a kol., 2003b, s. 53). Pobyt v terapeutické komunitě obvykle trvá 6 - 18 měsíců. U jedince je patrná rozvinutá závislost na drogách a pobytu obvykle předchází několik let užívání a selhání krátkodobých forem léčby. Služba je nejčastěji určena pro lidi starší 18 let (Hajný, 2001, s. 103).

11) Terénní programy (streetwork) - zajišťují výměnný program jehel a stříkaček. Uživateli je poskytován zdravotní materiál pouze v případě, že přinese použité jehly a stříkačky, které se následně odborně likvidují. Zamezuje se tím tomu, že

uživatel použitý materiál odhodí. Pracovníci terénních programů poskytují informace o „bezpečném“ užívání drog. Přímo na ulici je zajištěno také základní zdravotní ošetření uživatelů drog (Sananim, 2009, online). Zdravotní prevence se týká nejčastěji infekčních chorob, možnosti nechat se otestovat, dále mechanického poškození žilního systému, abscesů, rozpíchaných rukou, apod. (Bajer, 2007, s. 14). Využití této služby je anonymní a bezplatné (Sananim, 2009, online). Zaměřují se především na jedince, kteří se vyskytují v rizikových oblastech a jsou pravidelnými konzumenty psychoaktivních látek (Hajný, 2001, s. 104). Cílem programů je eliminovat dopady konzumování návykových látek pro společnost, ale také pro samotné konzumenty (např. snížit výskyt hepatitidy B, C, předcházet kriminalitě, udržet nízký výskyt HIV, motivovat uživatele k výměně použitého materiálu, snížit počet úmrtí v důsledku předávkování, apod.), (Hrdina, Korčišová In Kalina, 2003b, s. 159 - 161). Faltisová (2009, s. 152) je streetworkerka a ve své práci považuje za důležité, aby pracovník s klientem jednal jako s dospělým člověkem, očekávat od něj jistotu, samostatnost, zodpovědnost za svůj život a měl by jej brát vážně. Tykáni uživatelům drog ze strany pracovníka vnímá jako nevhodné a neuctivé.

Klinika adiktologie v Praze vydala dokument „Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice“, který navrhuje změny v nastavení specializovaných služeb pro konzumenty návykových látek. Tato koncepce popisuje aktuální stav drogových služeb a navrhuje jejich inovaci s důrazem na větší zapojení adiktologů za vhodného využití potenciálu již existující sítě služeb. Černý a spol. (2014, s. 38 - 40) se však snaží poukázat na to, že cesta ke změnám v souvislosti s užíváním návykových látek by neměla vést cestou nastavení jednoho modelu. Potenciál shledávají spíše ve sdílení zkušeností, spolupráci různých profesních oborů napříč rozmanitými službami (podobně jako v zahraničí, směrem ke komunitnímu poskytování služeb s důrazem na koordinaci jejich poskytování a na jejich síťování.

EMPIRICKÁ ČÁST

V předchozích kapitolách bylo pojednáno o problematice závislosti na návykové látce v rodině. Na teoretickou část práce navazuje část empirická. Empirická část sleduje tuto problematiku z pohledu několika respondentů, kteří jsou součástí rodinného systému, potýkajícího se s drogovou závislostí svých sourozenců. V této části práce nejprve vysvětluji, co je cílem výzkumu, dále objasňuji zvolenou výzkumnou metodu a předkládám výzkumné otázky, které jsem pokládala respondentům. Popisuji zde také realizaci výzkumného šetření, zvolenou techniku sběru dat a metodu výběru souboru. Dále předkládám použitou metodu analýzy dat, zpracované výsledky rozhovorů a interpretaci zjištěných informací.

5. METODOLOGIE VÝZKUMU

5.1. Cíl výzkumu

Cílem výzkumného šetření je **zjistit, jaký dopad má užívání pervitinu na rodinu uživatele z pohledu sourozenců**. Hlavní a dílčí výzkumná otázka mi umožní naplnit můj cíl výzkumu. Zároveň je cílem tohoto šetření prozkoumat, zda vybraní respondenti vnímají závislost na návykové látce v rodině jako tabuizované téma. Získané výsledky mohou sloužit pro hlubší pochopení toho, co prožívají sourozenci uživatelů závislých na návykové látce.

Cílem tohoto výzkumu je odpovědět na hlavní výzkumnou otázku, kterou jsem formulovala takto:

„Jaký dopad má užívání pervitinu na rodinu uživatele z pohledu sourozenců?“

Dále jsem formulovala dílčí výzkumnou otázku, která zní:

„Myslí si respondenti, že drogová závislost v rodině je tabuizované téma?“

5.2. Metoda výzkumu

Vzhledem k povaze zkoumaného problému a stanoveným výzkumným otázkám jsem si pro svoji diplomovou práci zvolila **kvalitativní výzkumné šetření**. Tuto metodu jsem si vybrala také z toho důvodu, že zahrnuje proces hledání porozumění, založeného na zkoumání daného lidského či sociálního problému. Mým záměrem bylo detailně porozumět tomu, jak sourozenci uživatelů pervitinu vnímají to, že jejich sourozenec užívá drogy a jaký to má, z jejich pohledu, dopad na rodinný systém.

„Kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu.“ (Švaříček, Šedřová, 2007, s. 17).

Obecná charakteristika kvalitativního výzkumu zní: *„Kvalitativní přístup pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod.“* (Miovský, 2006, s. 17).

Výhodou a cílem kvalitativního výzkumu je možnost, že výzkumník získá integrovaný pohled na daný případ skrze jeho kontextovou logiku (Hendl, 2005, s. 50).

5.3. Formulace výzkumných otázek

V souladu se stanoveným cílem práce byly stanoveny určité okruhy otázek, na které mi odpovídali jednotliví respondenti. Cílem tohoto výzkumu je odpovědět na základní výzkumnou otázku, která byla již výše formulována: „Zjistit, jaký má dopad užívání pervitinu na rodinu uživatele z pohledu sourozenců“.

1) Otázky zaměřené na charakteristiky respondentů (sourozenců uživatelů)

- a) Kolik je respondentům let?
- b) Kolik mají celkem sourozenců?
- c) Jaké mají respondenti nejvyšší dosažené vzdělání?
- d) Jaké je jejich zaměstnání?

e) Co vědí o rizicích spojených s užíváním pervitinu?

2) Otázky zaměřené na charakteristiky uživatelů pervitinu

a) Kolik je uživatelům let?

b) Jaké mají respondenti nejvyšší dosažené vzdělání?

c) Jaké je jejich zaměstnání.

d) Kde a s kým respondenti bydlí? (zda bydlí společně se sourozencem)

3) Otázky zaměřené na sociální vztahy uživatelů pervitinu s okolím z pohledu jejich sourozenců

Otázky zaměřené na vztah se sourozenci:

a) Jaký mají se sourozenci vztah?

b) Jak dlouho respondenti ví o tom, že jejich sourozenec drogu užívá a jakým způsobem se o tom dozvěděli?

c) Změnil se nějakým způsobem jejich vztah se sourozencem, jakmile začal drogu užívat?

d) Měli někdy respondenti snahu přesvědčit uživatele, aby přestal s užíváním pervitinu nebo mu jinak pomoci?

Otázky zaměřené na vztah s rodiči:

a) Z jakého uživatelé pocházejí prostředí, rodiny?

b) Jaký mají rodiče respondentů názor na jejich užívání?

c) Snažili se rodiče někdy vyhledat odbornou pomoc?

Otázky zaměřené na vztah s přáteli:

- a) Kolik má uživatel přátel a kolik z nich také užívá pervitin?
- b) Pokud mají partnera/ku, užívá také drogy?

4) Otázky zaměřené na zvládání povinností uživatelů pervitinu z pohledu jejich sourozenců

- a) Jak tráví respondenti svůj běžný den?
- b) Má užívání pervitinu vliv na zodpovědnost (např. nedodržení slibu, pozdní příchody) a zvládání denních povinností (v zaměstnání, starost o domácnost či rodinu)?
- c) Pozorují členové rodiny na uživateli nějaké zdravotní obtíže způsobené konzumací drogy (psychické či fyzické)?

5) Otázky zaměřené na sociální dopady na rodinu z pohledu sourozenců uživatelů

- a) Co pro respondenty znamená, že je jejich sourozenec závislý na pervitinu?
- b) Jak ovlivňuje uživatel rodinné klima?
- c) Má užívání pervitinu sourozence dopad na finanční stránku rodiny?
- d) Jaké má užívání pervitinu sourozence vliv na psychiku jednotlivých členů rodiny?

6) Otázky zaměřené na drogové služby

- a) Využili již respondenti a jejich rodina nějaké drogové služby, které by jim mohli pomoci?
- b) Je nějaká služba, která rodině uživatele chybí?

7) Otázky zaměřené na drogovou závislost v rodině z pohledu respondentů

- a) Myslí si respondenti, že se dostatečně ve společnosti hovoří o problému drogové závislosti v rodině?

5.4. Realizace výzkumného šetření

Jak již bylo výše uvedeno, pro zkoumání této specifické problematiky, se mi jako nejvhodnější jevílo kvalitativní výzkumné šetření. Rozhodla jsem se provést s respondenty **hloubkový rozhovor**. Rozhovor je nejčastější používanou metodou sběru dat v kvalitativním výzkumu, označuje se jako hloubkový rozhovor (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 159).

Kvale In Švaříček (2007, s. 159) popisuje hloubkový rozhovor jako metodu „*jejímž účelem je získat vyličení žitého světa dotazovaného s respektem k interpretaci významu popsanych jevů.*“ Prostřednictvím hloubkového rozhovoru jsou zkoumáni členové určité specifické sociální skupiny. Rozhovor umožňuje zachytit výpovědi respondentů v jejich přirozené podobě, což je základním principem kvalitativního výzkumu. Existují dva hlavní typy hloubkového rozhovoru: polostrukturovaný a nestrukturovaný (narrativní) rozhovor (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 160). Pro práci byl zvolen polostrukturovaný rozhovor.

Na základě polostrukturovaných rozhovorů ve svém výzkumu zkoumám, jaký má dopad užívání pervitinu na rodinu uživatele z pohledu jejich sourozenců. Respondenti mi prostřednictvím rozhovorů umožní pohled na sociální fungování rodinného systému. Podrobné vyhodnocení výsledků výzkumného šetření vzniklo díky detailním výpovědím vybraných respondentů.

5.5. Metoda sběru dat

Jako metodu získání kvalitativních dat jsem si vybrala **polostrukturovaný rozhovor**. Polostrukturovaný rozhovor je zřejmě vůbec nejrozšířenější podobou metody rozhovoru (Miovský, 2006, s. 159). Vytvořila jsem si určité schéma, které pro mě bylo závazné. Toto schéma specifikovalo okruhy otázek, na které jsem se respondentů dotazovala. Polostrukturovaný rozhovor jsem si vybrala především z důvodu toho, že je

možné podle potřeby zaměňovat pořadí, v jakém se okruhům věnujeme, a dle potřeby a možností tedy toto pořadí upravujeme, abychom tím docílili maximální výtěžnost rozhovoru.

Pro výzkum bylo vybráno klidné a příjemné místo. Miovský (2006, s. 158) zdůrazňuje, že je při rozhovoru důležité, aby byly podmínky vyhovující z technického hlediska (vhodná teplota, přijatelné prostředí, atd.). Důraz klademe především na to, abychom měli na práci klid, nebyli jsme rušeni. Jelikož se jednalo o rozhovor na velmi osobní a citlivé téma (drogová závislost sourozence), mým záměrem bylo především zvolit místo, kde je klid a znemožnit, aby rozhovor poslouchala cizí osoba. Byla vybrána tichá, klidná restaurace. Zvukový záznam fáze získávání dat představuje pro výzkumníka velikou podporu a pomoc, jelikož si nemusí dělat poznámky, aby zaznamenal obsah rozhovoru (Mioviský, 2006, s. 197). Většina respondentů se chtělo sejít v restauraci a 1 respondent souhlasil s rozhovorem pouze za předpokladu, že proběhne pomocí počítačového programu Skype. Rozhovory trvaly přibližně 60 min. Před zahájením rozhovoru jsem všem respondentům zaručila naprostou anonymitu a požádala je o svolení, zda mohu rozhovory nahrávat na diktafon. Rozhovory byly po nahrání rozhovorů přepsány. Při rozhovorech s respondenty jsem se snažila být příjemná, empatická, vnímavá a podporovat účastníky v otevřené komunikaci. Udržovala jsem přiměřený oční kontakt a na závěr rozhovoru jsem respondentům poděkovala za jejich odpovědi.

5.6. Charakteristika zkoumaného souboru respondentů

Respondenti výzkumného šetření byli vybráni **metodou výběru souboru samosběrem**. Tato metoda samovýběru je založena na principu dobrovolnosti (aktivního projevení zájmu zapojit se do výzkumné studie). Nejedná se tedy jen o prostý souhlas s účastí ve výzkumu, ale jde o situaci, kdy potenciálním účastníkům výzkumu nabízíme možnost se do výzkumu zapojit a je na jejich volbě, zda tak učiní, či nikoli (Mioviský, 2006, s. 133). Oslovení respondentů se uskutečnilo prostřednictvím sociální sítě Facebook. Zde jsem se v příspěvku představila, vysvětlila jsem svůj záměr (k čemu výzkum bude sloužit) a na závěr jsem vyzvala ty, kteří mají danou zkušenost se svým sourozencem a byli by mi ochotni poskytnout rozhovor. Považovala jsem za významné také zmínit, mé přesvědčení o tom, že tento výzkum by mohl být velmi

užitečný. Na výzvu zareagovalo poměrně velké množství zájemců a přislíbili mi, že se mnou rozhovor provedou. Někteří potenciální respondenti se však posléze omluvili (zaneprázdněnost, příliš bolestivé téma). Miovský (2006, s. 133) upozorňuje, že metoda samovýběru má samozřejmě i své nevýhody. Ty spočívají zejména v tom, že motivace k účasti na výzkumu není zcela obvyklá.

Polostrukturované rozhovory byly uskutečněny v průběhu měsíců října 2015 - března 2016. Mým prvotním záměrem bylo výzkum zaměřit na rodiče uživatelů, ale vzhledem k tomu, že pro rodiče může být dané téma bolestivé, byli jako respondenti zvoleni sourozenci uživatelů. Vycházela jsem z předpokladu, že by sourozenci mohli být sdílnější než rodiče.

Respondenty jsem také seznámila s tím, pro jaké účely tento rozhovor budu provádět a následně jsem jim představila okruhy otázek.

Rozhovor jsem provedla celkem s šesti respondenty, pěti ženami a s jedním mužem. Věk respondentů je 22 - 34 let. Ženy (26 - 34 let), muž (22 let). Tabulka ilustrující zkoumaný soubor respondentů je uvedena v následující analytické části.

6. VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Výpovědi respondentů byly doslovně přepsány a následně analyzovány. Pro analýzu výzkumného šetření jsem se rozhodla využít **metodu vytváření trsů**, která slouží obvykle k tomu, abychom konceptualizovali a seskupili určité výroky do skupin, (např. dle rozlišení určitých jevů, místa, případů apod.). Tyto skupiny (trsy) by měly vznikat na základě vzájemné podobnosti mezi identifikovanými jednotkami. Tímto procesem vznikají obecnější kategorie, jejichž zařazení do dané skupiny (trsu) je asociováno s určitými opakujícími se znaky a určitým charakteristickým uspořádáním. Společným znakem takového trsu může být např. tematický překryv, tj. když vyhledáváme ve výrocih osob všechny takové pasáže, které se vztahují na jedno úzce ohraničené téma (Miovský, 2006, s. 221).

Dle Čermáka a Stěpaníkové In Miovský (2006, s. 221) základní princip metody vytváření trsů je postaven na srovnávání a agregaci dat a má určitou hierarchizaci, jelikož v ní prostřednictvím kategorizace zvolených základních jednotek vytváříme jednotky obecnější.

6.1. Analýza rozhovorů

V analytické části výzkumu předkládám výsledky mého šetření, ke kterým jsem dospěla za pomoci použitých metod vytváření trsů. Citace jednotlivých respondentů uvádím v uvozovkách a vyznačuji je kurzívou. Pro zachování anonymity respondentů je označuji čísly, jako např. respondent 1 - respondent 6.

Charakteristika respondentů:

Tabulka 1: Charakteristiky respondentů (sourozenců uživatelů)

Respondent	Pohlaví	Věk	Počet sourozenců	Závislý sourozenec	Nejvyšší dosažené vzdělání	Zaměstnání
1	žena	34	2	bratr	SŠ s maturitou	dělnice ve strojírenství
2	žena	31	2	sestra	vyučena	asistentka prodeje
3	žena	29	1	sestra	SŠ s maturitou	účetní
4	žena	27	1	bratr	VŠ sociální zaměření	sociální pracovnice
5	žena	26	2	bratr	SŠ s maturitou	dělník v autoprůmyslu
6	muž	22	1	sestra	SŠ s maturitou	student

Tabulka 1 - představuje charakteristiku šesti respondentů, uvádí jejich pohlaví, věk, počet sourozenců, pohlaví závislého sourozence respondentů, také jejich nejvyšší dosažené vzdělání a zaměstnání. Z údajů v této tabulce je patrné, že věk respondentů byl 22 - 34 let. Ženy (26 - 34 let), muž (22 let). Respondenti měli jednoho až dva sourozence. Poměr pohlaví drogově závislých sourozenců byl u respondentů vyrovnaný – tři sestry a tři bratři. U respondentů převažovalo středoškolské vzdělání, pouze jeden z nich byl student. Prvním respondentem byla žena (34 let), která měla dva sourozence, vystudovala střední školu s maturitou. Pracovala jako dělnice ve strojírenství. Druhým respondentem byla žena (31 let), která měla dva sourozence, byla vyučena a pracovala jako asistentka prodeje. Třetím respondentem byla žena (29 let), která měla jednoho sourozence, vystudovala střední školu s maturitou a živila se jako účetní v jedné nejmenované firmě. Respondentem č. 4 byla žena (27 let), která měla jednoho sourozence, měla vysokoškolské vzdělání – vystudovala obor Charitativní a sociální práce. Pracovala jako sociální pracovnice (oddělení OSPOD). Respondentem č. 5 byla žena (26 let), která měla dva sourozence, vystudovala SOŠ Hotelnictví a turismus a pracovala jako dělnice v autoprůmyslu. Posledním respondentem byl muž (22 let), který měl jednoho sourozence a studoval VŠ (obor geografie).

Tabulka 2: Charakteristiky uživatelů

Sourozenec respondenta	Pohlaví	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Zaměstnání	Bydliště
1	muž	36	SŠ s maturitou	nezaměstnaný	člověk bez domova
2	žena	25	vyučen	nezaměstnaný	v bytě s matkou
3	žena	22	vyučen	nezaměstnaný	v domě s rodiči
4	muž	30	vyučen	pekař	v bytě s matkou a sestrou
5	muž	29	vyučen	číšník	s matkou a sestrou v bytě
6	žena	20	základní	nezaměstnaná	s přítelem (nestálé bydlení)

Tabulka 2 – popisuje šest sourozenců respondentů, uvádí jejich pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, zaměstnání a bydlení. Z údajů v této tabulce je patrné, že věk sourozenců respondentů byl 20 - 36 let. Ženy (20 - 25 let), muži (29 - 36 let). Sourozenci respondentů byli většinou vyučeni, jeden měl základní vzdělání a pouze jeden vystudoval střední školu. Většina sourozenců respondentů byla nezaměstnaná, pouze dva sourozenci pracovali. Většina sourozenců bydlela doma s matkou či s oběma rodiči, s přítelem a jeden byl člověk bez domova. Prvním sourozencem respondenta byl muž (36 let), který měl středoškolské vzdělání s maturitou, momentálně byl nezaměstnaný a byl to člověk bez domova (žil na ulici). Druhým sourozencem respondenta byla žena (25 let), která byla vyučená cukrářka, byla nezaměstnaná a bydlela v bytě se svojí matkou. Třetím sourozencem respondenta byla žena (22 let), která byla vyučená kadeřnice, byla nezaměstnaná a žila v domě s rodiči. Sourozenec respondenta č. 4 byl muž (30 let), který byl vyučený a pracoval v pekárně jako pekař. Bydlel přechodně s matkou a sestrou v bytě, u kamarádů, v noclehárnách pro muže, apod. Sourozencem respondenta č. 5 byl muž (29 let), který byl vyučen (obor kuchař – číšník), byl nezaměstnaný (občasná výpomoc jako číšník v místní hospodě). Bydlel s matkou, bratrem a sestrou v bytě. Posledním sourozencem respondenta byla žena (20 let), která měla základní vzdělání, byla nezaměstnaná a žila s přítelem.

Metoda vytváření trsů – základní kategorie

Při vyhodnocování získaných odpovědí od respondentů, při kterém jsem využila metodu vytváření trsů, vplynuly určité kategorie, jejichž shrnutí nyní uvádím a komentuji:

- 1) Sociální vztahy (sourozenci, rodiče, přátelé)
- 2) Důvěra a zklamání
- 3) Rodinné klima (komunikace, pocity, hádky)
- 4) Strach a obavy (finanční stránka rodiny, opatření, zdravotní důsledky)
- 5) Drogová závislost v rodině – tabu?

1) Kategorie - sociální vztahy

Následující kategorie je rozdělena do 3 podkategorií – a) podkategorie zaměřena na oblast vztahů se sourozenci, b) podkategorie zaměřena na oblast vztahů s rodiči, c) podkategorie zaměřena na oblast vztahů s přáteli. Tato kategorie popisuje, jak se změnily, v důsledku drogové závislosti člena rodiny, vztahy se sourozenci, rodiči a přáteli z pohledu sourozence uživatele.

a) podkategorie zaměřena na oblast vztahů se sourozenci

Vztahy drogově závislých s jejich sourozenci bývají často velmi narušené. *„Tak já jsem se dozvěděla o užívání drog bratrem od svého staršího sourozence a od matky, byl to pro mě šok, ale vždycky jsem si říkala, že je nějaký divnej, jakoby podivín nebo jak to říct. Upřímně řečeno, měla jsem z něho vždycky strach a taky pořád mám. Bratr byl agresivní a napadal nás fyzicky i psychicky. Vztah jsem s ním později neměla už ani kamarádský.“* (R 1). *„Se sestrou máme vztah dobrý. O tom, že bere, jsme se dozvěděly se sestrou nedávno od známých a také to na ní poznaly, podle chování a tak. Snažíme se jí pomoci, nějak jí poradit, aby se toho zbavila, ale má svou hlavu. Dřív se mi ségra se vším svěřovala, normálně za mnou přišla pro radu, s klukama a*

takový ty holčičí věci. Respondentka pokračuje „Nikdy si neodpustím, že jsem si toho, že bere ty hnusy, nevšimla dřív, třeba by to nedošlo až sem.“ (R 2).

Ve většině případů se sourozenci snaží udržovat kontakt se svým drogově závislým sourozencem a být vůči němu vstřícní. *„Já na sestru nejsem ani tak naštvaná, ale je mi jí upřímně spíš líto. Nebo ... já ji beru jako v podstatě nemocnou. Na ní jde vidět, že by to chtěla změnit, ale já nevím, jak to říct, je v ní jako nějaký démon, který ji ovládá a ona ho musí poslouchat. Já bych jí dala cokoli, co by jí pomohlo, jen kdyby jí to pomohlo. Když vidím mamku, jak je utrápená, tak bych si ségru nejraději sbalila s sebou k sobě, aby se na ni nemusela dívat a zažívat ty stresy s ní.“ (R 3).*

Závislost na psychoaktivní látce zasahuje sourozence uživatele ve všech směrech a taktéž je tomu i ve vztazích. *„Tak vztah k bratrovi se od té doby, co šnupe perník, dost změnil. Dřív to byl prostě můj starší brácha, takovej ten do pohody brácha, co se postará a pomůže. Ted' je všechno jiný, už v něm nemám žádnou oporu, naopak, on se opírá o mě, ale kdyby se o mě měl opřít celou tou tíhou jeho problémů, tak spadnu. Pořád něco novýho, samý problémy, jakoby je přitahoval. Přála bych si, aby byl takovej jak předtím.“ (R 5).* *„Mně se o tom těžce mluví, protože se tady bavíme o mojí mladší sestře, měl bych ji dokázat ochránit od všeho zlýho, ale jak vidíš, tak se mi to nepodařilo.“ Jako jestli mám říct pravdu, tak jak jsem se to dozvěděl, tak jsem jí nadával, asi ji i trochu zesměšňoval, ale to všechno jen proto, že jsem si myslel, že se za to bude stydět a sekne s tím ... Je to zlej sen, pokud se ti to nestalo, tak nemůžeš pochopit, chceš se z toho hnusnýho snu probudit.“ (R 6).*

b) podkategorie zaměřena na oblast vztahů s rodiči

Vztah s rodiči mají uživatelé podle výpovědí respondentů také značně narušený, poznamenaný ranami, které jim jejich dítě skrze drogovou závislost způsobilo. *„Tak naši se nedávno rozvedli, myslím si, že se na tom hodně podílelo i to, jaký panovalo napětí v rodině. Tata už to prostě nevydržel, ten tlak. Oni se i často hádali skrz ségru. Otec mámě vyčítal prostě, že jí furt brání a že za to může ona, že tak dopadla. Máma je z toho dost nešťastná, je to její*

nejmladší dcera, ... prostě její malá holčička. Otec jí nemůže přijít na jméno, asi si myslí, že se někde aji prodává, jen aby na ten fet měla, ...“ (R 2). „Vztah s rodiči je pochopitelně narušený, sestra rodiče mnohokrát zklamala. Vím, že ji ale mají rádi a nikdy ji nenechají, jak se říká, na holičkách. Mamka má sestru ráda pod kontrolou, a to denně pod osobní kontrolou, kterou ona sama i někdy vyžadovala ... což považuji za velmi důležité. Neměla vlastní mobil, aby nemohla své „přátele“ kontaktovat a ani oni ji. Byla téměř rok zcela dobrovolně eliminována od pervitinu, možnosti si jej obstarat a i od lidí, kteří by jí ho mohli nabídnout. Bohužel teď jsme zas jakoby „na začátku“. (R 3).

Rodiče se často snaží dát vše do pořádku a závislého člena přivést bezpečně zpět pod svá ochranná křídla. *„Brácha to s mámou prostě umí, opije ji svýma medovýma slůvkama a nekonečnými sliby. Nikdy ho nenechá padnout na to dno, což on zcela jistě potřebuje.“ (R 4).*

„Mamka o tom, že brášin bere perník, neví, nebo aspoň si myslím, že to neví. Možná se tak jen tváří, nechce si to přiznat. Ona jako ví, že hulí trávu, a to mu zakazuje. Já ale pochybuju, že nepozná rozdíl mezi zhuleným a vyfetovaným člověkem ...“ Mě přijde, že ho bere jako toho, co na všechno kašle a že už ho prostě neřeší. Vždycky mi říká, že aspoň ze mě má radost, že kdyby mě neměla, tak si hodí mašlu.“ (R 5). „Naši mají určitě sestru rádi, o tom není vůbec pochyb. Jinak by jim asi tolik nezáleželo na tom, aby byla už normální. Myslím, že naši by jeli klidně na konec světa k nějakému šarlatánovi, aby ju prostě vyléčil a hlavně, aby dostala rozum. Jako nejdřív musí chtít sama, když nebude chtít ona, tak s tím nikdo na světě ani nehne. To je těžký, musela bys naše znát, abys to pochopila, to se těžko popisuje.“ (R 6). „Matka nás vychovávala sama, umřel nám otec, když bratrovi bylo 11 roků a mě 3 roky. Matka byla velmi nešťastná, když zjistila, že bratr užívá drogy.“ (R 1).

c) podkategorie zaměřena na oblast vztahů s přáteli

Jedinci závislí na psychoaktních látkách už vyhledávají jen drogy a střetávají se s lidmi stejného smýšlení. *„Bratr má, podle mě, přátele, kteří užívají drogy a tráví s nima celej den, nikdo z nich nepracuje, nemají žádný povinnosti, jen*

se přizívají. Oni se i stejně oblíkají, vypadají jak úplní šupáci, fakt se za něj stydím. Jinak o partnerce nevím.“ (R 1). „Sestra má mnoho přátel, nevím kolik z nich bere drogy a kolik ne. Ale ona už si asi s těma normálníma stejně nemá co říct, baví ji jen bavit se o drogách, všechno ostatní jakoby kolem ní jen procházelo, „jedním uchem tam, druhým ven“, chápeš ... A slyšel jsem, že ten týpek s kterým se tahá, tak to dokonce vaří. To je na tom to nejhorší. Ona nechápe, že když jí to ještě dává, tak ji asi fakt nemá rád. Já ho stejně jednou zabiju, ... a bude to brzo!“ (R 6). „Jako mně jen stačí, co ho zdraví za individua a s kým se zastavuje, to jsou feťáci od pohledu totiž.“ Škoda, že nevidí, že to nejsou kamarádi, jde jim jen o ty kšefty, který mezi sebou mají.“ (R 5). „Je evidentní, že kamarádi ho tahají ke dnu. Brácha nikdy nebyl hloupej, jeho je mezi těma ztracenýma existencema fakt škoda. Přejde mi, že nikdy neměl moc kamarádů a tito lidi byli ti, co ho mezi sebe přijali, a to někdy úplně stačí k tomu, aby se tak rozjel tento začarovaný kruh. Brácha, podle mě, začal dorgy užívat na základě toho, že to dělali všichni v té komunitě. Jinak si to neumím vysvětlit.“ (R 4).

2) Kategorie důvěra a zklamání

Tato kategorie je zaměřena na to, do jaké míry je narušena důvěra k závislému členovi rodiny z pohledu jeho sourozence. Dále na to, zda rodina zažívá zklamání vůči závislému.

Většina respondentů již nedůvěřuje svému drogově závislému sourozenci, a to v důsledku jejich neustálého lhaní. Také přiznávají, že získat důvěru zpět, by byl velmi dlouhý a složitý proces. „V jednom filmu jsem slyšela tohle: Víš, kdy narkoman lže? Vždy, když se mu pohybují rty ... tak to jsem si řekla, že je to mega výstižný, na bráchu to fakt sedí. Já už ani nechcu, aby mi nic sliboval, protože mě vždycky jen zas a zas zklame. A to vždycky vypadá u toho slibování tak přesvědčivě, jakoby tomu on sám fakt věřil.“ (R 5). „... nevěřím mu ani nos mezi očima a ani nikdy nebudu, sám už neví, co je pravda.“ (R 1). „Já cokoli, co mi slíbí, беру hódně s rezervou.“ (R 2). „On lže úplně všem, těm, co mu půjčili peníze, rodině, v Káčku té sociální pracovníci, ...“ (R 4). „Nesnáším, když mi lže a dívá se mi klidně zpřima do očí, to je to nejhorší, co může dělat.“ (R 6).

„Rodiče sestra zklamává dnes a denně, ale už je to trochu lepší, než to bylo, dřív lhala i o úplných hloupostech.“ (R 3).

Jak popisují sourozenci uživatelů, očekávání, že by jim starší sourozenec mohl udělit radu nebo mu pomoci, často nebylo naplněno. Měli pocit, že se na ně nemohou se svými problémy obrátit, jelikož jim bylo jasné, že mají dost problémů samy se sebou a ani by je jejich problémy nezajímaly. *„Jasně, že by to bylo příjemný, mít toho staršího brácha, na kterýho se člověk může vždycky spolehnout. Závidím kamarádkám, když mi řeknou, třeba, že pro ně brácha přijel v noci, když skončil ples a tak. To je jasný, že to pak trochu zamrzí, že ty jediný, co můžeš čekat, je zas to, že ti někdo řekne, co zas tvůj brácha někde udělal.“ (R 4).*

Někteří respondenti popisují, že jejich drogově závislý sourozenec byl v minulosti zaměstnaný, ale v důsledku užívání psychoaktivní látky, o práci za nedlouho přišel, což vedlo k dalšímu zklamání členů rodiny. *„On bere už dlouho, ani nevím přesně kolik let, ale za tu dobu vystřídal už, jakože dost těch zaměstnání. Všude ho ale brzo prokoukli, co je zač ... Ted' tráví celý den s kamarádama, nemá žádný povinnosti, jen se fláká.“ (R 1).* „ ... joo, dělala tady v Albertovi, skoro celý týden tam vydržela ...“ (R 2). Respondentka č. 5 vysvětluje, že její bratr pracoval v mnoha restauračních zařízeních jako číšník, ale v žádném dlouho nevydržel, buď odešel sám, nebo ho zaměstnavatel propustil za pozdní příchody do práce či krádeže. *„ ... dělal tady už snad v každé hospodě, takže všude ostuda, nemůžu tam už ani vkročit, jak se za něho stydím. Jako divím se, že si to ti hospodští mezi sebou neřeknou, co je zač, ať si na něj dávaj bacha. Vždycky tam má nějaký průsery, buď vybere kasu nebo přijde pozdě a nebo taky vůbec, že ...“* Respondentka dále pokračuje: *„Tak jim se asi na bráchovi líbilo, těm majitelům, že je rychlejší na tom place, protože ten perník tě prostě nakopne a jedeš. Takže on klidně mohl dělat za dva číšníky, možná i tři. Ted' jen chodí tady vedle do hospody navečer na výpomoc, ale to zas za tím vidí, že bude nasávat za barem, jak ho znám.“ (R 5).* „ ... no momentálně je v pekárně, to mu sehnala mamka přes známou, tak uvidíme, jak dlouho tam zas vydrží.“ (R 4).

3) Kategorie rodinné klima (komunikace, pocity, hádky)

Následující kategorie popisuje, jakým způsobem probíhá komunikace mezi členy rodiny a závislým příbuzným, jak se rodina cítí a zda se vyskytují hádky v souvislosti s drogovou závislostí. Kategorie rodinné klima se dále dělí na 3 podkategorie: a) podkategorie zaměřena na komunikaci, b) podkategorie zaměřena na pocity, c) podkategorie zaměřena na hádky.

a) podkategorie zaměřena na komunikaci

Z rozhovorů vyplynulo, že většina uživatelů zcela odmítá s rodinou komunikovat na téma drogová závislost nebo se minimálně chovají podrážděně, když členové rodiny chtějí o tomto tématu diskutovat. „*Mamka mi říkala, že po vypršení největšího účinku drogy je apatická, spavá a nadměrně žravá. Nic ji nezajímá, do všeho musí být nucena, nechce se s nikým bavit. Má prý neustále pocity křivdy, když se s ní chtějí bavit o té závislosti, pořád jen dokola opakuje, že to má pod kontrolou a že nebude nic říkat, protože jí stejně oni nepochopí.*“ (R 3). „*... ze začátku byl vytočenější, když jsem se ho zeptala na ty drogy, ale pak už mu to bylo úplně jedno, žije si ve svém světě, a i kdyby mu kdokoliv nadával do feťáka, tak mu to je úplně jedno, nedá se s ním o tom bavit prostě.*“ (R1). „*Ségra o tom nechce nic slyšet, vždycky, když na to se sestrou poukážeme, tak se stáhne do sebe a jde se zavřít do pokoje.*“ (R 2). „*Jako on mě vždycky setře, řekne jen, že o tom nic nevím, tak, že to nemůžu pochopit a tím tu debatu prostě uzavře.*“ (R 5). „*Jak začnu o těch drogách, tak ségra vždycky začne být hysterická a řve jak blázen.*“ (R 6).

b) podkategorie zaměřena na pocity rodiny

Výpovědi respondentů se shodovaly v tom, že se rodina nedokáže soustředit a myslet na nic jiného, než jak situaci změnit, což však není v jejich silách, pokud uživatel nechce opravdu sám. Rodiče pátrají po příčině vedoucí k tomu, že jejich potomek užívá drogy a často obviňují sami sebe. „*Tak na psychiku to mělo hodně velký vliv, prostě nervozita, probdělé noci, obviňování se navzájem. Pamatuju si, jak jsme se i furt hádaly, kdo za to může, že je závislá,*

hrůza, no ...“ (R 2). „Deprese, zoufalství, abnormální úzkost, myslím, že tyhle pocity u mamky převládaly, dost jí to poznamenalo, ale není se čemu divit.“ (R 4).

Běžným pokusem o řešení situace v rodině jsou domluvy, zákazy, vyhrožování, výčitky a také pláč, které však nemají podle respondentů žádný efekt. *„Já jsem vždycky měl pocit, že když jí to naši zakazovali, tak to chtěla ještě víc, tak víš, jak se říká, že zakázaný ovoce chutná nejlíp, tak přesně to je.“ (R 6). „Můžete si klidně kleknout před toho člověka na kolena, brečet a prosit ho, aby těch drog nechal, ale on je prostě už tak otupělej, že to s ním nic nedělá. Já jsem vždycky říkala, že jí by se musely znovu ty city ... narodit.“ (R 3).*

U rodiny přetrvává silný pocit povinnosti nadále poskytovat drogově závislému příslušníku rodiny podporu a pomoc, což se mi ve výzkumném šetření u většiny respondentů potvrdilo. *„Byly jsme nešťastné z ní a snažily se jí pořád pomoci ... marně.“ (R 3). „Já si vždycky řeknu, že už na něj kašlu, jen ať se v těch sračkách vykoupe, ale pak mi to vždycky nedá a půjčím mu prachy, klidně kvůli němu i před mamkou zalžu, jsem prostě nepoučitelná.“ (R 5). „Joo, to pak ona přileze, že potřebuje pomoc s tím a s tím a já vůl, nikdy neřeknu ne, je mi jí najednou asi líto, nebo co a ona na to pak hřeší.“ (R 6). „Mamka říká, že ho nemůže nechat spát venku, že to pochopím, až budu mít svoje děcka.“ (R 4).*

c) podkategorie zaměřena na hádky

Při drogové závislosti některého z členů rodiny bývají rodinné chvíle provázeny konflikty, napětím a nestabilitou. Závislost na omamných látkách člena rodiny je značnou zátěžovou situací pro celou rodinu, jelikož se často vyskytují rozbroje a hádky. Jak uvádějí respondenti, hádky byly v rodině velmi časté. *„S bratrem jsme se neustále hádali, nejvíc, když byl ještě doma. On trpěl halucinacemi, vyhrožoval, že se zabije a dokonce, že zabije i nás všechny. Jestli mám být fakt upřímná, v posledních letech jsem si přála, aby byl mrtvej a přestal teror v podobě násilí, střílení zbraní v bytě ... honil nás i se sekáčkem*

na maso a tak.“ (R 1). „... samozřejmě, hádky na denním pořádku.“ (R 2). „Mezi rodiči a mojí sestrou často docházelo k ostré výměně názorů. Já jsem se s ní, ale všechno snažila řešit v klidu, protože hádkami se nikdy nic nevyřeší a z toho člověka je pak akorát takový zvířátko, který, když je zahnaný do kouta, tak přirozeně kouše.“ (R 3). Někdy už ten kalich trpělivosti prostě už přetekl a normálně se mi zatmělo před očima a jen jsem na něho ječela, jak smyslů zbavená, to už je ta zoufalost, no.“ (R 4). „ ... tak já se normálně hádám aji s druhým bráchou a ten nic nebere.“ (R 5). „Přijde mi, že jsme se začli hádat, jak začala fetovat. Dřív to byly takový drobnosti, tahání se o hračky, nic velkého. Je to škoda, zbytečný stresy z toho jsou, já než se vždycky uklidním, tak mi to dost trvá. A když si pak uvědomíš, že se vlastně hádáš jen na základě toho odporného fetu, tak je to fakt škoda.“ (R 6).

4) Kategorie strach a obavy (finanční stránka rodiny, opatření, zdravotní důsledky)

Cílem kategorie je popsat, jaký mají respondenti strach a obavy v důsledku drogové závislosti jejich sourozence (zda trpí finanční stránka rodiny, jaké mají kvůli strachu a obavám zavedena opatření a jakým způsobem to vše narušuje jejich zdravotní stav). Kategorie se člení tyto podkategorie: a) podkategorie zaměřena na finanční stránku rodiny, b) podkategorie zaměřena na opatření, c) podkategorie zaměřena na zdravotní důsledky.

a) podkategorie zaměřena na finanční stránku rodiny

Užívání psychoaktivních látek v rodině často souvisí s krádežemi v domácnosti. Krádežemi v rodině velmi trpí finanční stránka celého rodinného systému. *„Tak finanční dopad na rodinu samozřejmě byl, bratr rozkradl majetek v rodině a prodal cennosti, nejčastěji v místních zastavárnách, totálně pod cenou. Neštítel se ničeho. Vrcholem bylo, když zastavil mamky zlatý prsten, který dostala od svojí babičky.“ (R 1). „ ... musela být odhlášena z místa bydliště, aby mamka nepřišla o vše v bytě.“ (R 2). „Samozřejmě, taky pak hlavně výdaje za následné léčení. Druhá věc je také ta, že ji rodiče neustále*

musí žít, ona konkrétně ničím nepřispívá, je jen takový nákladný konzument.“ (R 3). „Naši do ségry museli už vrazit tolik peněz, raději to ani nepočítat, ale kdyby to bylo aspoň za něco užitečného ... takhle ji v podstatě téma penězama tahali jen z průserů.“ (R 6).

Respondenti přiznávají, že mimo cenných věcí z domácnosti téměř vždy mizí také peníze. *„Tak jasný, že mi kolikrát mizely peníze přímo z peněženky, to jsem se pak třeba hodně divil, když jsem jel do školy a to kilo na bus tam nebylo, rozumíš ...“ (R 6). „Mně osobně peníze, co si tak pamatuju, nikdy neukradl, ale mamce hodně krát. Já si myslím, že mi to už ani pak kolikrát raději neříkala, aby mě tím nenervovala.“ (R 4). „Peníze mi ukradl a né jednou. Jako mě na tom nejvíc štvalo, že si to dovolil a nemyslel na to, na co ty peníze třeba mám, že je třeba fakt potřebuju na něco důležitýho. Kdyby za mnou přišel, poprosil mě, jako normální člověk, tak mu ty peníze klidně dám, kdyby mi teda řekl, že to není na ty drogy, ale takhle ...“. Ale mazec je, že ty se na ty peníze nadřeš, makáš celej den, do sedření těla a pak někdo přijde, ukradne ti je, koupí si tu dávku, je mu třeba, já nevím, půl hodiny fakt dobře a to je celý. Někdy fakt přemýšlím, že to zkusím taky, ať vím, co na tom je tak úžasnýho, že mu to stojí za to.“ (R 5).*

Rodiče, kteří odmítají poskytnout drogově závislému dítěti finanční podporu, se často setkají s verbálním útokem. *„On si třeba vymyslel, že potřebuje peníze na něco do školy nebo tak a když mu ty peníze mamka nechtěla dát ... protože věděla, na co ty peníze opravdu chce, tak byl úplně nepřičetnej až hysterickéj.“ (R 1). Potvrdilo se mi to i u dalšího respondenta: „Vulgárně mamce nadával, když mu odmítala půjčit peníze, on sice vždycky říkal, že chce pouze půjčit a že nám to dá, hned jak bude mít, ale nikdy se tomu tak nestalo.“ (R 4).*

b) podkategorie zaměřena na rodinná opatření

Jak popisují respondenti, ztráta důvěry vůči drogově závislému sourozenci znamená mimořádnou ostražitost v ochraně peněz a věcí, jejímž výsledkem bývá náročná kontrola a sledování uživatele. *„Člověk přijde dom a už jakoby automaticky prohlíží, jestli má všechno na svém místě a nic mu nechybí.*

S bratrem už sice naštěstí nebydlím, ale ještě x let po odstěhování jsem se přistihla, že to pořád dělám, pořád si všechno kontroluju, což je děsný, je to zvyk ...“ (R 1). „No, upřímně bych ji u sebe nenechala samotnou, jen tak bez dozoru, myslím, že by hned využila situace ...“ (R 2). „Mamka jí neustále kontrolovala věci a celkově se musejí s taťkou její závislosti přizpůsobovat. Pořád někdo musí být doma.“ (R 3). „ ... peníze a cenný věci jsem jednu dobu nosila furt u sebe, dost mě obtěžovalo na to pořád myslet a tahat to s sebou.“ (R 4).

Rodina se často snaží zavést určitá pravidla (např. opatření zamezující členu rodiny, aby se dostal do domu, zabránění dalšímu poskytování finančních prostředků, apod.). „ ... pak už se to nedalo, měli jsme z něho strach, tak matka vyměnila zámek u dveří, aby se nemohl dostat dom.“ (R 1). „Ségra si chodila vyprosit nějaký peníze od babičky, mamka to babičce sice zakázala, ale ta stejně neposlouchala.“ (R 2). „Někdy brácha dělal takový alotria, že sousedi volali i měšťáky, strašná ostuda.“ (R 4). „Jednou si ségra chtěla dom dotáhnout toho jejího, co jí ten fet dává, naštěstí to naši nedovolili, pak se zas doma neukázala asi dva týdny, už nevím přesně.“ (R 6).

Sourozenci drogově závislých jedinců mají často starosti ohledně nebezpečí, které jejich bratrovi či sestře hrozí. „*Jak bych Ti to vysvětlil ... prostě máš chuť ji chytit, svázat ji a nikam nepustit, i kdyby to mělo trvat bůhví jak dlouho. Ale to je jak kdybys dávala anorektičce násilím umělou výživu nějakou tou sondou nebo jak se to dělá, ... Prostě to nebude mít žádný efekt. Možná by to mělo efekt pro mě ten, že bych byl aspoň tu chvilku v klidu, co bych jí měl pod dohledem. Ale jakože takhle se jí toho může stát spousta, ani nad tím raději nechci přemýšlet, ani si představovat ... Ten týpek ji pod vlivem té drogy může zmlátit, třeba mu budou našeptávat nějaký vnitřní hlasy nebo se mu zjeví, jako já nevím co, může si dát špatnej ten fet, nevím, jestli to pozná, jestli je to dobrý, nerozumím tomu. Nejhorší by bylo, kdyby někdy začala dělat prostitutku, ale myslím, že to se nestane, nesmí.“ (R 6). „Tak jako občas když je venku fakt zima, mrzne, tak si na něj někdy vzpomenu, ale nedá se říct, že bych ho litovala.“ (R 1). „ ... jako furt se mluví o té žlutence a HIV.“ (R 2). „ ... noci i rána mimo domov, někdy i více dní, tak kdo by se nebál.“ (R 3). „ ... člověk*

časem hodně otupí, ale když jsem ho pak třeba viděla po delší době ... viděla jsem, že je zmlácenější a čím dál hubenější, tak to se mi vždycky na chvíli zastavilo srdce, přísahám. Prostě nemůže to být člověku jedno, když je to jeho krev.“ (R 4).

c) podkategorie zaměřena na zdravotní důsledky

Respondenti se shodli, že rodinní příslušníci nejčastěji zažívají psychické obtíže, především nadměrný stres, úzkosti a velkou ztrátu energie. *„Já vidím na matce, že ji bratr úplně zničil, má prostě už pocuchaný nervy a když se teď objeví sebemenší problém, tak je úplně vyklepaná ze všeho.“ (R 1).* *„ ... nemohl jsem třeba vůbec usnout a pak jsem byl na druhý den úplně nepoužitelný.“ (R 6).* *„ ...jako jo, mám asi nižší sebevědomí, prostě nemůžu jít po ulici se vztyčenou hlavou, když vím, že všichni kolem ví, že můj brácha je feťák.“ (R 5).* *„Jednu chvíli mi přišlo, že mamka z těch stresů najednou tak náhle zestárla. Z atraktivní vitální ženy se jakoby přes noc stala stařenka.“ (R 3).* *„ V noci jsem jen tak hleděla do tmy a přemýšlela o sestře a ani jsem se kvůli tomu nevyspala.“ (R 2).*

5) Kategorie drogová závislost v rodině – tabu?

Tato část pojednává o tom, zda si sourozenci drogově závislého člena rodiny myslí, že je závislost na psychoaktivní látce v rodině tabuizované téma. Zde se mi odpovědi respondentů částečně rozcházejí. Čtyři respondenti mi odpověděli, že si myslí, že drogová závislost v rodině je tabuizované téma a dva respondenti popisují, že si nemyslí, že by se jednalo o téma, o kterém se ve společnosti dostatečně nediskutuje. *„ ... jako je jasný, že se za to rodina stydí a nechce o tom s nikým mluvit. Když ještě bratr bydlel doma, tak jsem si nejvíc přála, abychom se někam odstěhovali, kde nás nikdo nezná. Sousedí se o nás v tu dobu hodně zajímali, jako chápu, že jim to třeba přišlo zajímavý, nás řešit, protože lidi, zvláště ti, co nemají nic na práci, hodně zajímají osudy druhých, ještě když jsou ty osudy takový ... jako ne úplně obvyklý“ (R 1).* *„Jako na jednu stranu se o tom furt někde píše, o těch drogách, ale že by to bylo tou společností nějak akceptovaný, to se říct nedá, všichni na tu rodinu pohlíží skrz prsty a dál si domýšlí různé souvislosti. Prostě, že je rodiče*

určitě špatně vychovali a že se o ně asi nestarali kdo neví, jaký to je, tak se do toho asi jen těžko vcítí. Hledali jsme o tom různě na netu ... ale pokud se sama někam nepřihlásí, tak jí nemůžeme pomoci.“ (R 2). „Myslím si, že se hovoří hodně, ale pokud se ta dotyčná osoba dostane do takové špatné společnosti, tak je to pak těžké. Ikdyž sama ví, jak může dopadnout, tak do toho prostě jde a nehledí na následky. Už byla všude, v P-centru v Olomouci, na psychiatrii, taky v Olomouci ... pak u psychologa. Můžete mít peníze, známosti, načtený o tom, ale nakonec člověk stejně zjistí, že jediný, co může udělat, je být trpělivý, být tomu člověku na blízku a říct mu, že jste tu pro něho, kdykoli, protože jinak ho můžete ztratit ... vytvoří si kolem sebe zeď a nepustí vás za ni. Důležitější je i takovej ten zdravěj nadhled, aby se člověk z toho nezbláznil, no mamka by o tom asi řekla víc ...“ (R 3). „Já nevím, jak to vnímají ostatní lidi, ale já si myslím, že v dnešní době už to tabu téma určitě není, přijde mi, že už se na tu drogovou závislost pohlíží spíše jako na nemoc nebo neštěstí, které se té dané rodině přihodilo a že se to může stát každému z nás ... a není to doména lidí sociálně vyloučených, i rodiny inženýrů mají často dítě, které je drogově závislé. Jedna věc je, že existuje velký množství zařízení, které pomáhají rodinám s drogovým problémem, ale druhá věc je ta, že pokud dotyčný nepodstoupí například léčbu dobrovolně, tak s tím nikdo nic neudělá. Ale jo, myslím si, že je to dobře podchycený.“ (R 4).

Rodinám drogově závislého brání pocit hanby v tom, aby vyhledali pomoc, jinde než mezi svými nejbližšími příbuznými. Některé rodiny se nejdříve ani nesvěřují širší rodině. „Jasně, že ne! Každá rodina to chce před okolím zatutlat ... a hraje tu hru, že je všechno v pohodě, dokud to nepraskne.“ (R 5). „Mamka to nejdřív neřekla ani babičce ... natož pak někomu dalšímu.“ (R 6). Respondent pokračuje: „... oni se za to stydí, asi, že se jim nepodařilo ségru dobře vychovat, určitě si to berou za vinu. Taky bys nikde zrovna dvakrát jako matka, nerozkřikovala, že třeba tvoje dcera je feťáčka. Chtělo by to nějaký spolek, kde se scházejou rodiny, který mají stejnej problém, jako my se ségrou a všichni by se tam o tom otevřeně mohli pobavit.“ (R 6).

6.2. Diskuze a shrnutí výsledků výzkumného šetření

Interpretace dat a zodpovězení výzkumných otázek pomohlo nalézt odpověď na následující hlavní výzkumnou otázku: „*Jaký dopad má užívání pervitinu na rodinu uživatele z pohledu sourozenců?*“

Jak vyplynulo z rozhovorů, vztahy drogově závislých s jejich rodinou bývají, z pohledu jejich sourozenců, velmi narušené. Když se respondenti dozvěděli o tom, že jejich sourozenec konzumuje pervitin, zažili velký šok, někteří respondenti však přiznávají, že to tušili, jelikož to vyzorovali na jeho neobvyklém chování, jiném vzhledu či změně životního stylu (pozdní příchody domů, styl oblékání, apatie, apod.). Tímto se mi tedy výpovědi respondentů částečně shodují s Hajným (2001), který uvádí, podobná varovná znamení, že člen rodiny užívá drogy, jako respondenti výzkumného šetření (např.: náhlá změna nálad, netypické reakce na určité situace, zhoršení ve škole, změna přátel a známých, výrazná změna v oblékání a stylu hudby, častá vyčerpanost, únava, izolace od rodiny, nošení tmavých brýlí, apod.). Respondenti konstatují, že se vztahy v rodině změnily k horšímu v souvislosti s užíváním pervitinu sourozencem (rozvod rodičů, špatná komunikace mezi závislým a členy rodiny, uživatel se přestal sourozencům svěřovat). Z rozhovorů je však patrné, že ať je sourozenec užívající drogu jakkoli pozmeněný, zlý, obtěžující, pořád je brán jako člen rodiny, jako někdo, bez koho by rodina už nebyla tím celkem, jako dřív. Pouze u jedné respondentky bylo patrné, že její vztah k závislému bratrovi je již naprosto lhostejný. Respondenti většinou uvádějí, že se rodiče velmi snaží, aby v rodině vše fungovalo jako před tím, než rodinný systém postihl drogový problém a jejich dítě se snaží ochránit od všech možných rizik a ohrožení.

Z rozhovorů je zřejmé, že respondenti nedůvěřují svému drogově závislému sourozenci, a to v důsledku jejich neustálého lhaní. Respondenti popisují, že je velmi trápí, když jim sourozenec lže do očí, nedodrží svoje slovo a cítí, že se na něj nemohou obrátit se svým problémem a trápením. Zároveň si však uvědomují, že závislí mají svých starostí příliš mnoho na to, aby byli schopni je vyslechnout či jim s něčím poradit. Několik respondentů uvedlo, že jejich drogově závislý sourozenec byl v minulosti zaměstnaný, ale v důsledku užívání pervitinu o práci za nedlouho přišel, což pochopitelně vedlo k dalšímu zklamání členů rodiny. Sourozenci uživatelů vnímají jako

problematické, když jejich bratr či sestra tráví svůj čas nesmyslnými činnostmi, nevytvářejí žádné hodnoty a ničím rodině nepříspějí.

Respondenti uvádějí, že jejich sourozenci zcela odmítají s rodinou komunikovat na téma drogová závislost nebo se chovají podrážděně, když členové rodiny chtějí na toto téma hovořit. Většina respondentů se shodovala v tom, že rodina často nedokázala myslet na nic jiného než na to, jak budou řešit svůj drogový problém v rodině. Respondenti přiznávají, že v rodině v důsledku závislosti jejich člena panuje velmi napjatá a vyhrocená atmosféra, a to se také podepisuje na jejich psychickém stavu (např.: nervozita, nespavost, obviňování se navzájem, deprese, zoufalství, abnormální úzkost, apod.). Členové rodiny cítí povinnost poskytovat drogově závislému příslušníku rodiny podporu a pomoc, což se ve výzkumném šetření u většiny respondentů potvrdilo. Jedna respondentka však přiznává, že tento pocit již v jejich rodině nepřetrvává v důsledku příliš rozsáhlých zranění, jak psychických, fyzických, tak i finančních. Barnardová taktéž (2011) v publikaci *Drogová závislost a rodina* popisuje, že mnoho rodin, které již utrpěly značné újmy, když se snažily situaci držet pod kontrolou, zjistily, že „odstříhnutí“ závislého člena je jediným způsobem, jak ochránit zbytek rodiny před dalšími útrapami. Při drogové závislosti člena rodiny bývá rodinná atmosféra provázena častými konflikty. Závislost člena rodiny je značnou zátěžovou situací pro celou rodinu, jelikož se často vyskytují rozbroje a hádky. Z rozhovorů je patrné, že ostré výměny názorů jsou na denním pořádku.

Výpovědi respondentů se shodují s tvrzením Barnardové (2011), která poukazuje na to, že užívání psychoaktivních látek v rodině velmi často souvisí s krádežemi v domácnosti. Krádeže v rodině značně poznamenávají finanční stránku celého rodinného systému. Nejčastěji se jednalo o rozprodávání majetku, výdaje za následnou léčbu, odcizení peněz uživatelem, náklady spojené se zadlužováním uživatele, apod.). Respondentka také uvádí, že její sestra musela být odhlášena z místa bydliště, aby jim nebyl exekutorem odebrán majetek. Téměř všichni respondenti konstatují, že rodina musela kvůli drogově závislému vytvořit určitá rodinná opatření (např. výměna zámku u dveří bytu, aby tak uživateli znemožnili přístup domů, neustálá kontrola závislého člena, apod.). Výzkumné šetření poukazuje na fakt, že sourozenci mají o své drogově závislé sestry a bratry velkou starost, nejvíce, když jsou přes noc

venku, když nepřijdou domů několik dní, dále mají strach, aby se neuchýlili k prostituci, nenakazili se skrze injekční aplikaci drogy žloutenkou či HIV.

Odpověď na dílčí výzkumnou otázku

Podářilo se taktě nalézt odpověď na dílčí výzkumnou otázku, která zní: „***Myslí si sourozenci drogově závislého uživatele, že závislost na návykové látce v rodině je tabuizované téma?***“

Z informací získaných rozhovory je patrné, že většina respondentů vnímá drogovou závislost v rodině jako tabuizované téma. Respondenti si myslí, že to zapřičiňuje především to, že se rodiny za svoji situaci stydí a mají pocit, že na ně společnost pohlíží jako na ty, kteří neuměli dostatečně nastavit pravidla v rodině a správně vychovat závislého člena rodiny. Rodinám stud také často brání v odhodlání se vyhledat odbornou pomoc. Některé rodiny dokonce dlouho svůj problém zatajují i před širší rodinou a přáteli. Dva respondenti uvedli, že si myslí, že drogová závislost v rodině v dnešní době již není tabuizované téma a že se podle nich na drogovou závislost pohlíží spíše jako na nemoc či neštěstí. Plzák In Hajný, Klouček, Stuchlík (1999) rodinám doporučuje, aby událost raději považovali za pohromu, než aby se navzájem obviňovali. Respondentka si, dle její výpovědi, uvědomuje, že drogový problém v rodině může zasáhnout jakoukoli rodinu bez ohledu na její sociální a ekonomický statut. Respondenti se shodují, že jsou přesvědčeni o tom, že drogových služeb existuje velké množství, ale především záleží na uživateli, zda o pomoc stojí.

Z výpovědí respondentů vyplývá, že každá rodina zvládá drogový problém po svém, dle svých možností. Některé rodiny neúnavně bojují, jiné zaujaly postoj obrany, kdy již byly nuceni se od závislého člena rodiny odpoutat, další postoj rodiny byl zaznamenán ten, že se snaží být drogově závislému členovi především na blízku a dát mu najevo, že jsou tu jako rodina pro něj. Domnívám se, že se mi podařilo na výzkumné otázky prostřednictvím výzkumného šetření této práce odpovědět.

ZÁVĚR

Tématem diplomové práce bylo „Sociální práce a možnosti pomoci rodině s členem závislým na pervitinu“. Užívání návykových látek je závažný společenský problém týkající se všech vyspělých společností. Konzumování psychoaktivních látek jedním nebo více členy rodiny zasahuje ohrožujícím způsobem do chodu rodinného systému a narušuje tím její integritu jako celku i jejich jednotlivých členů. Diplomová práce byla rozdělena na dvě části – na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část byla složena ze čtyř kapitol. První kapitola byla zaměřena na definování závislosti na návykové látce, typy závislostí na psychoaktivních látkách, výskyt a příčiny vzniku závislosti, fáze vývoje drogové závislosti a typy uživatelů drog. Druhá kapitola pojednávala o charakteristice pervitinu, jeho historii, popisovala nejčastější způsoby aplikace pervitinu a rizika spojená s jeho užíváním. Kapitola třetí definovala pojem rodina, dále popisovala funkce rodiny, rodinné faktory přispívající ke vzniku drogové závislosti, fáze reakce rodiny na drogový problém některého z jejich členů a v neposlední řadě důsledky drogové závislosti pro rodinu. Čtvrtá kapitola vymezovala pojem sociální práce, popisovala prevenci a léčbu drogové závislosti a uváděla výčet vybraných protidrogových institucí, na které se mohou obrátit uživatelé psychoaktivních látek a jejich rodiny. V empirické části práce bylo popsáno realizované výzkumné šetření, které mělo kvalitativní charakter, a v jehož rámci byly provedeny rozhovory se šesti respondenty – sourozenci uživatelů pervitinu. Konkrétní data jsem získala prostřednictvím hloubkových rozhovorů.

V teoretické části bylo mým úkolem podrobně popsat problematiku drogové závislosti v rodině. Cílem výzkumného šetření bylo **zjistit, jaký dopad má užívání pervitinu na rodinu uživatele z pohledu sourozenců a zda si sourozenci drogově závislého uživatele myslí, že závislost na návykové látce v rodině je tabuizované téma.** Domnívám se, že úkoly a cíl diplomové práce, stanovený v úvodu práce, byly naplněny.

Prostřednictvím kvalitativního výzkumného šetření bylo zjištěno, že vztahy drogově závislých s jejich rodinami bývaly, z pohledu jejich sourozenců, velmi narušené. Zhoršily se v souvislosti s užíváním pervitinu sourozencem (rozvod rodičů, špatná komunikace mezi závislým a členy rodiny, uživatel se přestal sourozencům svěřovat, apod.). Avšak, ať byl sourozenec užívající drogu jakkoli pervitinem

pozměněný, byl brán jako člen rodiny, jako někdo, bez koho by rodina už nebyla rodinou jako dřív. Sourozenci uživatelů často nedůvěřovali svému drogově závislému sourozenci, a to v důsledku jeho neustálého lhaní. Sourozenci uživatelů špatně nesli, když drogově závislý rodině ničím nepřispíval a přižívoval se na ní. V rodině v důsledku závislosti jejich člena rodiny panovala napjatá atmosféra a špatná komunikace mezi členy rodiny, což se významným způsobem podepsalo na jejich psychickém stavu. Rodinná atmosféra bývala provázána častými konflikty a hádkami. Užívání pervitinu v rodině často souviselo s krádežemi v domácnosti, které poznamenávaly finanční stránku rodinného systému. Rodina byla na základě toho nucena vytvořit určitá rodinná opatření, aby se ochránila před ničivými důsledky. Na základě informací zjištěných výzkumným šetřením se dalo konstatovat, že rodina měla o závislého člena rodiny velké obavy kvůli potenciálním nebezpečím spojeným s užíváním drog (HIV, prostituce, žloutenka, vězení). Většina respondentů si myslela, že drogová závislost v rodině není dostatečně diskutované téma. Vnímali, že se o této problematice sice ve společnosti hovoří často, ale přesto se stále společnost na rodinu postiženou drogovou závislostí pohlíží „skrz prsty“.

Problematika pojednávaná v této diplomové práci odhalila další náměty vhodné pro podrobnější zkoumání. Přínosné by také mohly být rozhovory s rodiči uživatelů (jejich pohled na to, jaké dopady má na rodinu drogová závislost jejich dítěte). Problematika drogové závislosti v rodině, je dle mého názoru, ve společnosti dostatečně diskutována. Při psaní této diplomové práce jsem se setkala s velmi širokou nabídkou literatury, týkající se daného problému (pro odbornou i pro laickou veřejnost).

Výsledky výzkumného šetření mohou být významné pro inovaci práce s rodinou, (především se sourozenci uživatele). Informace shromážděné v obou částech této diplomové práce budou po přepracování publikovány jako odborný text (článek) v odborném periodiku (např. časopis Sociální práce/Sociálna práca, časopis Sociální pedagogika). Diplomová práce ve své přepracované, resp. zestručněné podobě může posloužit jako pracovní materiál pro práci s klienty v doléčovacích centrech (ve formě příručky). Práce by mohla být též užitečná jako studijní materiál pro studenty pomáhajících oborů. Rodina, která se potýká se stejným problémem, jako respondenti ve výzkumu, může po seznámení s výsledky šetření získat pocit, že není sama, která má tyto problémy, popř. se může postoji respondentů inspirovat.

ANOTACE

Název práce: Sociální práce a možnosti pomoci rodině s členem závislým na pervitinu

Anotace práce: Diplomová práce se zaměřuje na problematiku drogové závislosti a na její dopad na rodinu. V teoretické části diplomové práce jsou v jednotlivých kapitolách popsány definice závislosti na psychoaktivní látce, její typy, příčiny a fáze vývoje drogové závislosti, typy uživatelů. Teoretická část charakterizuje pervitin, dále definuje pojem rodina, popisuje její funkce, faktory přispívající ke vzniku závislosti, fáze reakce rodiny na drogový problém a důsledky drogové závislosti pro rodinu. Zaměřuje se na pojem sociální práce, prevenci a léčbu drogové závislosti a protidrogové instituce. V empirické části diplomové práce je popsáno realizované výzkumné šetření zaměřené na zjištění, jaké jsou dopady užívání pervitinu na rodinu.

Klíčová slova: závislost na návykové látce, pervitin, rodina, sociální práce s rodinou

ANNOTATION

Thesis title: Social work and the possibilities to help a family with pervitin addicted member

Annotation: The thesis is focused on the issues regarding drug addiction and its impact on a family. Theoretical part of the thesis deals with the definitions of psychoactive substance dependence in individual chapters, its types, causes and drug dependence progression phases, user types. Theoretical part also characterizes pervitin, defines the term family, describes its function, factors which aid the creation of an addiction, phases of family reaction to a drug related problem and the consequences of drug addiction for a family. It is focused on the term social work, drug addiction prevention and treatment and addiction centers. An executed research investigation with the main focus on the ramifications of pervitin use on a family is described in the empirical part of the thesis.

Keywords: addictive substance dependence, pervitin, family, family social work

ZDROJE

1. BAJER, P. (2007). Cílem terénních programů je stabilizovat zdravotní a sociální stav uživatelů. *Sociální práce/Sociální práce*, č. 3, s. 14.
2. BARNARDOVÁ, M. (2011). Drogová závislost a rodina. Praha: Portál.
3. ČÁBALOVÁ, D. (2011). *Pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada.
4. ČERNÝ, J., FRIŠAUFOVÁ, M., LARISCH, J., NEPUSTIL, P. (2014). Rodiči se diskuse na poli služeb pro osoby užívající návykové látky. *Sociální práce/Sociální práce*, č. 3, s. 38 - 40.
5. ČTRNÁCTÁ, Š. (2013). Kdo je klient? Rodina, uživatel, nebo jeho blízcí? Různé terapeutické perspektivy. In: *Rodina a drogy: Sborník odborné konference*. Praha: Sananim.
6. DOLEŽAL, J. (1998). *Jak se berou drogy*. Praha: Formát.
7. DROGOVÁ PORADNA (2009): Stimulační drogy. [online]. Dostupné 19. 3. 2016 z <http://www.drogovaporadna.cz/stimulacni-drogy/pervitin.html>.
8. EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. (2014). *European Drug Report: Trends and Developments*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
9. EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. (2015). *European Drug Report: Trends and Developments*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
10. FALTISOVÁ, T. (2009). Tykat, nebo vykat uživatelům drog? *Sociální práce/Sociální práce*, č. 3, s. 152.
11. FERRERO, B. (2004). *Šťastní rodiče: křesťanská výchova podle dona Boska*. Praha: Portál.
12. FISCHER, S., ŠKODA, J. (2009). *Sociální patologie*. 1. vyd. Praha: Grada.
13. GÖHLERT, Ch., KÜHN, F. (2001). *Od návyku k závislosti*. 1. vyd. Praha: Euromedia Group.
14. HAJNÝ, M. (2001). *O rodičích, dětech a drogách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing.

15. HAJNÝ, M., KLOUČEK, E., STUHLÍK, R. (1999). *Akta Y - Drogový problém versus rodina*. Praha: Votobia.
16. HENDL, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
17. HŘIVNOVÁ, M., MAJEROVÁ, J., KNAUSOVÁ, I., TOMANOVÁ, J., KOPECKÝ, M., KIKALOVÁ, K. (2010). *Stěžejní aspekty výchovy ke zdraví*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého.
18. CHYTRÝ, M. (2010). *Role, místo a úloha drogy v rodině*. In: PRESLOVÁ, I., HANKOVÁ, O. *Mladiství a drogy: Sborník odborné konference*. Praha: Sananim.
19. KALINA, K. a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti 1, mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky.
20. KALINA, K. a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti 2, mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky.
21. KRAUS, B. (2008). *Základy sociální pedagogiky*. 1. vyd. Praha: Portál.
22. LACA, S. (2011). *Sociální pedagogika*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií.
23. LIBA, J. (2001). *Zdravie, drogy a drogová závislosť*. Terminologické a výkladové minimum. Prešov: Rokus.
24. LOVASOVÁ, L. (2006). *Rodinné vzťahy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí.
25. MATĚJČEK, Z., DYTRYCH, Z. (1997). *Radosti a strasti prarodičů, aneb když máme vnoučata*. 1. vyd. Praha: Grada.
26. MATĚJČEK, Z. (1992). *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. Praha: Grada.
27. MATOUŠEK, O. (2003). *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 3. rozšíř. a přeprac. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství.
28. MATOUŠEK, O. (2003). *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál.
29. MATOUŠEK, O. a kol. (2005). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál.
30. MATOUŠEK, O. a kol. (2008). *Slovník sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál.

31. MIOVSKÝ, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
32. MOŽNÝ, I. (2006). *Rodina a společnost*. Praha: Sociologické nakladatelství.
33. MÜHLPACHR, P. (2002). *Sociální patologie*. Brno: Masarykova univerzita.
34. MÜHLPACHR, P. (2008). *Sociopatologie*, 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita.
35. NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE. (2014). *Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment*. Washington: D. C.
36. NAVRÁTIL, P. (2001). *Teorie a metody sociální práce*. 1. vyd. Brno: Marek Zeman.
37. NEŠPOR, K. (2000). *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál.
38. NEŠPOR, K. (2003). *Návykové chování a závislost*. 2. vyd. Praha: Portál.
39. NEŠPOR, K. (2005). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál.
40. NEŠPOR, K. (2011). *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál.
41. NEŠPOR, K., CSÉMY, L., PERNICOVÁ, H. (1996). *Jak předcházet problémům s návykovými látkami na základních a středních školách: příručka pro pedagogy*. 1. vyd. Praha: Sportpropag, a. s.
42. NEŠPOR, K., CSÉMY, L., PERNICOVÁ, H. (1999). *Zásady efektivní primární prevence*. Praha: Sportpropag, a.s.
43. NEŠPOR, K., MÜLLEROVÁ, M. (1997). *Jak přestat brát drogy*. Praha: Sportpropag.
44. OKRUHLICA, L. (1998). *Jako sa prakticky orientovať v závislostiach: príručka pre poradenskú činnosť*. Bratislava: Centrum pre liečbu drogových závislostí.
45. ONDREJKOVIČ, P., POLIAKOVÁ, E., BISOVÁ, O., BOBULA, J., CSÁDER, P., DROBNÁ, H.,...VEREŠOVÁ, M. (1999). *Protidrogová výchova*. Bratislava: Veda.
46. PRESL, J. (1995). *Drogová závislost. Může být ohroženo i Vaše dítě?* Praha: Maxdorf.
47. PROCHÁZKA, M. (2012). *Sociální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada.

48. PRUNNER, P. (2008). *Psychologie gamblersství aneb Sázka na štěstí*. Plzeň: Aleš Čeněk.
49. PŘADKA, M., KNOTOVÁ, D., FALTÝSKOVÁ, J. (2004). *Kapitoly ze sociální pedagogiky*. Brno: Masarykova univerzita.
50. RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P., JANOTOVÁ, D. (2006). *Psychiatrie – minimum pro praxi*. Praha: Triton.
51. RADIMECKÝ, J., GROHMANNOVÁ, K., GABRHELÍK, R., JANÍKOVÁ, B., MÜLLEROVÁ, P., GAJDOŠÍKOVÁ, H. (2007). *Učební texty ke kurzu: Úvod do adiktologie*. Praha: Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty a VFN, Univerzita Karlova.
52. ŘEKNI NE DROGÁM - ŘEKNI ANO ŽIVOTU (2009): Pravda o drogách. [online]. Dostupné 18. 3. 2016 z <http://www.drogy.cz/rekninedrogam.html>
53. SHAPIRO H. (2005). *Drogy (obrázkový průvodce)*. Praha: Svojka & Co., s. r. o.
54. ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál.
55. TKÁČ, J. (2008). *Patologické závislosti*. Brno: IMS.
56. TYLER, A. (2000). *Drogy v ulicích: mýty, fakta, rady*. Praha: Ivo Železný.
57. URBAN, E. (1973). *Toxikománie*. Praha: Avicenum.
58. VÁGNEROVÁ, M. (2003). *Psychopatologie pro pracovníky policie a vězeňské služby*, 2. díl. Liberec: Technická univerzita.
59. VÁGNEROVÁ, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
60. VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I., (ed.). (2008). *Sociální psychologie*. 2., přeprac. a rozšíř. vyd. Praha: Grada.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - charakteristiky respondentů (sourozenců uživatelů)

Tabulka 2 - charakteristiky uživatelů