

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Bc. Bohumil Krejsa

Vliv rizikových faktorů spojených s rodinným systémem na rozvoj poruch spojených s užíváním návykových látek u potomků,

Případová práce

Effect of risk factors associated with family system on the development of substance use disorders in offspring-case study

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce: doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.

Praha

2022

Autor práce: Bc. Bohumil Krejsa

Vedoucí práce: doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.

Rok obhajoby: 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval samostatně a že jsem řádně uvedl a citoval všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 13. 6. 2022

Bc. Bohumil Krejsa

..... Podpis

Identifikační záznam

KREJSA, Bohumil. Vliv rizikových faktorů spojených s rodinným systémem na rozvoj poruch spojených s užíváním návykových látek u potomků-případová práce. [Effect of risk factors associated with family system on the development of substance use disorders in offspring-case study]. Praha, 2022. 91 s. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.

Poděkování

Je mi ctí, že jsem mohl mít tu možnost, být studentem doc. MUDr. PhDr. Kamila Kaliny, CSc. a zároveň bych mu chtěl i touto cestou poděkovat za odborné vedení mé diplomové práce. Za jeho cenné rady a připomínky, které byly k dokončení mé práce velmi důležité. Dále bych chtěl poděkovat své rodině i všem přátelům za jejich podporu.

Abstrakt

Úvod: Výzkumná práce zkoumá, vliv rizikových faktorů vyskytujících se v rodinném systému na rozvoj závislosti na návykových látkách u potomka. Celá diplomová práce je rozdělena na dvě části, na teoretickou a praktickou část. V teoretické části práce jsou popsány základy rodinného systému a jeho poruchy. Jsou zde popisovány rodičovské role a rizika rodinného prostředí a jejich následný vliv na výchovu dítěte. Dále práce popisuje rodinné faktory ovlivňující rodinné prostředí. V závěru teoretické části, jsou popisovány typy rizikových a protektivních faktorů ovlivňující vznik závislosti u potomka. Praktická část je založena na kvalitativním výzkumu. Výzkum je prováděn formou pěti případových studií, s respondenty absolvující ústavní léčbu se závislostní poruchou.

Cíl: Cílem výzkumné práce je popsat v několika případových pracích přehled rodinných rizikových a protektivních faktorů, které mohou predikovat (předpovídat) výskyt užívání alkoholu u dětí a dospívajících.

Metody: K získání dat bylo použito polostrukturovaných rozhovorů, které byly následně analyzovány metodou tvorby trsů.

Výsledky: Z výsledků této diplomové práce vyplývá, že u všech zkoumaných případových studií se ve větší míře objevily rizikové a protektivní faktory popisovány v teoretické části této diplomové práce. V největší míře se v jednotlivých případových studiích vyskytuje dysfunkční rodinný systém a poruchy citové vazby, které v důsledku mohou být příčinou užívání návykových látek u potomků. Nejvíce zastoupení protektivních faktorů jsme mohli zaznamenat v soudržnosti a finančně zajištěném rodinném systému.

Závěr: Z výsledků výzkumného šetření docházíme k zjištění, že dysfunkční rodinný systém je příčinou narušení citových vazeb respondentů. Traumata prožité v tomto nezdravém prostředí jsou příčinou vzniku poruch emočních a citových vazeb k blízkým osobám. Důsledkem je poté vznik užívání návykových látek u zkoumaných jedinců. Doporučením této výzkumné studie je do budoucna hlouběji zkoumat efekt účinných faktorů používaných v terapeutické komunitě a jejich účinnost na osoby se závislostní poruchou.

Klíčová slova

rodinný systém, rizikové faktory, dysfunkční rodina, trauma, terapeutická komunita,

Abstract

Introduction: The diploma thesis deals with the dangerous aspects of development of narcotics on descendants in a family system. The diploma thesis is divided into two parts - theoretical and practical. The theoretical part describes basics of the family system and its disorders. It includes parents' roles and the risk of the family environment and its influence on the upbringing of a child. The thesis also deals with family factors that influence family environment. The end of the theoretical part describes types of dangerous and protective factors that influence the formation of descendant's addiction. The practical part is based on qualitative research. The research is made on five case studies. The respondents undergo an institutional treatment based on addiction disorder.

Aim: The aim of this diploma thesis is to describe the summary of family dangerous and protective factors that may predict presence of alcohol abuse in children and teenagers.

Methods: Semi-structured interviews were used to obtain the data, which were then analyzed by the method of creating clusters.

Results: This diploma thesis shows that in nearly all the case studies in this research, dangerous and protective factors described in the theoretical part appeared. What appears frequently is the dysfunctional family system and emotional disorders. This may be the reason for the alcohol abuse in descendants. The highest amount of protective factors were found in cohesive and financially secured environment.

Ending: The results of the research shows that dysfunctional family system is the reason for respondents' damaged emotional relations. Traumas received in this unhealthy environment are the reason for this damage. It leads to the use of additives. The recommendation of this thesis is to research effective factors used in therapeutic community and the effectiveness on patients suffering with addictive disorder.

Key words:

family system, dangerous factors, dysfunctional family, trauma, therapeutic family

Obsah

1. ÚVOD.....	10
2. RODINA.....	12
2.1. Rodinný systém.....	13
2.1.2 Funkce rodiny	13
2.1.3 Typologie rodiny.....	14
2.1.4. Dítě a jeho potřeby.....	15
3. DYSFUNKČNÍ RODINA	16
3.1. Poruchy rodičovské role	16
3.2. Rizika rodinného prostředí.....	17
4. TRANSGENERAČNÍ PŘENOS.....	19
4.1. Transgenerační přenos a jeho rizika	19
5. RODINNÉ FAKTORY VZNIKU. VÝVOJE K UDRŽENÍ ZÁVISLOSTI	21
5.1. Genetické predispozice	22
5.2. Biologické predispozice.....	23
5.3. Psychické faktory.....	23
5.4. Sociální faktory	24
5.5. Faktory ovlivňující rodinné prostředí	24
5.5.1. Protektivní faktory	26
5.5.2 Rizikové faktory	27
5.5.3. Rizikové faktory a důsledky psychické deprivace.....	28
5.5.4 Souběh rizikových a protektivních faktorů v rodinném systému	29
6. TYPOLOGIE ZÁVISLOSTI K RODINNÉMU SYSTÉMU.....	29
6.1. Spoluzávislost (kodependence).....	29
6.1.1. Typické znaky spoluzávislé rodiny.....	30
6.2. Traumata v rodině.....	30
6.3. Neúplná rodina.....	32
6.3.1. Afunkční rodina	32
6.4. Závislý člen rodiny	34
6.5. Poruchy attachmentu.....	34
7. EMPIRICKÁ ČÁST	36
7.1. Cíl práce a výzkumné otázky	36
7.2. Výzkumný soubor.....	36
7.3. Metodologický rámec a metody	38
7.3.1. Metody získávání, zpracování a analýzy dat	38

7.4. Etické otázky.....	40
8. PŘÍPADOVÁ PRÁCE.....	42
Případová práce č.1.....	42
Případová práce č.2.....	47
Případová práce č. 3.....	51
Případová práce č.4.....	56
Případová práce č.5.....	61
9. VÝSLEDKY PŘÍPADOVÝCH STUDIÍ	66
9.1. Vyhodnocení rizikových faktorů	67
9.1.1. Kategorie č. 1: „Závislý člen rodiny“	67
9.1.2. Kategorie č.2. Sexuální zneužívání v rodině	69
9.1.3. Kategorie č.3. Afunkční rodinný systém	70
9.1.4. Kategorie č.4. Neúplná rodina	71
9.2. Vyhodnocení protektivních faktorů	72
9.2.1. Kategorie č.1. Úplná rodina.....	73
9.2.2. Kategorie č.2. Stabilita rodiny	74
10. ZHODNOCENÍ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK	75
11. PROJEVY RIZIKOVÝCH FAKTORŮ V RODINNÉM SYSTÉMU VZHLEDEM KE VZNIKU ZÁVISLOSTNÍHO CHOVÁNÍ.....	79
12. DISKUSE.....	80
13. ZÁVĚR	86
14. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	87
15. SEZNAM TABULEK	90
16. SEZNAM OBRÁZKŮ.....	90
17. PŘÍLOHY	91

Motto: „Užívání návykové látky, je často důsledkem něčeho“.

1. ÚVOD

Celá problematika rizikových a protektivních faktorů rodinného systému této výzkumné práce vychází z teoretické roviny, která je popisována v mnoha provedených výzkumných studiích zabývajících se touto problematikou. Zároveň se ptáme, jaké rizikové a protektivní faktory mají vliv na vznik závislosti na návykových látkách u potomka.

Pokud bychom chtěli pátrat v jiné literatuře, můžeme nahlédnout do přehledové studie Čablové & Miovského (2013). Zde tito zmiňovaní autoři podávají ve své přehledové studii aktuální přehled rodinných rizikových a protektivních faktorů, které mohou predikovat výskyt užívání alkoholu a jiných návykových látek. V jejich studii jsou popisovány rizikové faktory jako charakteristiky jedince a jejich vlivy okolí, které zvyšují možnost výskytu užívání alkoholu a jiných návykových látek. Tyto rizikové faktory, se kterými se můžeme setkávat v této případové studii nazývá Martanová (2014) například jako rodičovská psychopatologie, dysfunkce v rodině, užívání návykových látek rodiči, nezaměstnanost v rodině, konflikty v rodině a pevnost vazby mezi rodičem a dítětem. Spojení citové vazby a traumatizujících zážitků v rodině podle Doležalové (2016) predikuje dezorganizovanou citovou vazbu.

Protektivní faktory popisují Čablová & Miovský (2013), jako pozitivní charakteristiky, predispozice a vlivy v životě dospívajících, které je chrání před negativními vlivy a snižují možnost rozvoje užívání návykových látek. Tyto protektivní (ochranné) faktory mají pozitivní vliv na vývoj dítěte.

Téma diplomové práce jsem, si vybral na základě mých zkušeností ze zaměstnání. Při každodenní práci s těmito jednotlivci, mě vždy mně fascinovalo, co kolikrát můžeme nacházet ukryté za každým jednotlivým příběhem takového člověka, který je závislý na návykových látkách. Celá práce se zabývá rodinným systémem. Konkrétně zkoumá rizikové a protektivní faktory, které se v rodině vyskytují a mají vliv na rozvoj závislosti na návykových látkách u potomka.

Cílem této diplomové práce je, na základě několika případových studií, definovat a popsat tyto faktory. Dalším cílem této případové studie je, určit životní událost nebo události, které byly spojeny se vznikem drogové kariéry u těchto několika jednotlivců, kteří byli předmětem této výzkumné studie.

V závěru celé případové studie se můžeme seznámit s výzkumnými zjištěními, která jsou propojená s teoretickou částí, kde tyto rizikové faktory jsou popisovány a také jsou ve výzkumné práci potvrzeny. Východiska diplomové práce jsou založené na fungování rodinného systému a jeho rizikových a protektivních faktorů, které jsou zásadní, a mají vliv při rozvoji růstu potomka. Samozřejmě nelze zapomínat i na některé protektivní (ochranné) faktory, které mají pozitivní vliv na vývoj dítěte a zmírňují negativní vlivy rizikových faktorů. Výsledky celé práce jsou popsány v závěrečné diskusi.

2. RODINA

Pokud bychom chtěli definovat rodinu, neexistuje univerzální označení pro rodinu, protože existují různorodé definice závislé na tom, z jakého pohledu na ni hledíme. Rodina pro každého z nás může znamenat něco jiného.

Podle Matouška (2008), je rodina základní jednotkou všech lidských společností. Rodina je unikátní a nenahraditelnou jednotkou proto, že optimálně spojuje osobní zaujetí dospělých na prospěchu partnerů i dětí s univerzálním zájmem na stabilizovaném soužití mužů a žen na socializaci, řádných občanů.

Z hlediska socializace je rodina podle Dunovského (1999) jednou ze tří primárních společenských skupin (spolu se skupinou předškolní, školní a pracovní a pak skupinou vrstevníků), a to skupinou nejdůležitější. Definovat ji přesně je velmi obtížné, ne-li nemožné. Existuje totiž velmi mnoho jejich podob, variant i způsobů soužití v prostoru, času a formě. Proto je také v této souvislosti možno hledat jen ty nejdůležitější znaky, které by rodinu charakterizovaly ve vší její variabilitě.

Z pohledu sociální psychopatologie podle Fischera a Škody (2014), je rodina považována za nejdůležitější sociální skupinu, ve které člověk žije. V rodině dochází k uspokojování jeho fyzických, psychických a sociálních potřeb. Rodina poskytuje zázemí potřebné ke společenské seberealizaci, je zdrojem zkušeností a vzorců chování, které nemůže získat v jiném prostředí.

Kajanová (2014) k tomu doplňuje, že rodina reguluje chování jedince a seznamuje ho se sociálními normami, ale zároveň z hlediska sociální patologie je rodina považována za hlavního činitele, který svým selháváním umožňuje dítěti delikventní chování. Poruchy rodiny zahrnují celou řadu situací, od vysoké míry rozvodovosti typické pro současnou rodinu přes poruchy ve výchově, týrání a zneužívání dětí až po domácí násilí. Satirová (1994) uvádí, že jsou rodiny, pro jejichž členy je vlastní domov jedním z nejzajímavějších a nejděčnějších míst, která existují. Ale mnoho lidí žije rok po roce v rodinách, které jsou jim hrozbou, přítěží nebo nudou.

2.1. Rodinný systém

Definujeme-li rodinu jako systém, můžeme použít nejjednodušší klasickou pracovní definici systému, kdy o systému hovoříme, že je soubor částí a vztahů mezi nimi. Dále Sobotková (2007, s. 25) popisuje základní charakteristiky rodinných systémů rozdělených do čtyř tezí:

- „Rodinné systémy jsou organizačně složité. Rodiny vytvářejí spletité sítě vzájemně propojených vztahů. Vztahy mezi nimi jsou cirkulární, tj. vzájemně, recipročně se ovlivňující. Z toho vyplývá možnost přistupovat k rodině z různých hledisek i multiplicita a nesnadnost zkoumání.
- Rodinné systémy jsou otevřené. Otevřenost podmiňuje životaschopnost systémů, schopnost reprodukce či kontinuity a schopnost změny.
- Rodinné systémy jsou adaptabilní. Vyvíjejí se a mění na základě citlivých reakcí na podněty vnějšího i vnitřního původu.
- Rodinné systémy jsou systémy průběžné informační výměny. U mechanických systémů je základním principem tok energie, u složitějších systémů právě transmise informací“. (Sobotková, 2007).

2.1.2 Funkce rodiny

V odborné literatuře jsou obvykle uváděny tyto základní funkce rodiny:

„**Biologicko-reprodukční funkce** slouží k plození potomstva a uspokojování sexuálních potřeb partnerů. Stejně jako ostatní funkce i tato se v průběhu času mění.

Ekonomická funkce je u dnešní rodiny chápána jako společné hospodaření a materiální zabezpečení dětí, dříve ale rodina představovala samostatnou výrobní jednotku. Rodina je důležitým prvkem v ekonomickém systému společnosti.

Socializačně-výchovná funkce je spojena s fungováním rodiny jako (primárního) socializačního činitele. Před zahájením povinné školní docházky probíhá vzdělávání také i v rodině. K socializačně-výchovné funkci můžeme zařadit generační předávání kulturních hodnot.

Emocionální funkce saturuje citové potřeby a vytváří pocit jistoty a bezpečí. Emocionální funkce se dostává v postmoderní společnosti do popředí. Současná rodina s menším počtem dětí má prostor pro poskytování emocionálního vztahu.“ (Kajanová, 2014, s. 27-28).

2.1.3 Typologie rodiny

Fischer a Škoda (2014, s. 158-159) popisují čtyři základní typy rodin:

„ **1. Funkční rodina:** rodina v níž je zajištěn dobrý vývoj dítěte a jeho prospěch. Takových rodin v běžné populaci bývá valná většina, až 85 %.

2. Problémová rodina: rodina v níž se vyskytují závažnější poruchy, některých nebo všech funkcí. Ty však vážněji neohrožují rodinný systém či vývoj dítěte. Rodina je schopna tyto problémy vlastními silami řešit či kompenzovat za případné jednorázové či krátkodobé pomoci zvenčí. Tyto rodiny představují pro pracovníky orgánu sociálně právní ochrany dětí, potřebu zvýšené pozornosti a sledování.

3. Dysfunkční rodina: rodina kde se vyskytují vážně poruchy některých nebo všech funkcí rodiny. Ty již bezprostředně ohrožují rodinu jako celek, a zvláště vývoj a prospěch dítěte. Tyto poruchy již není rodina schopna zvládnout sama, proto je nutné realizovat řadu opatření z okolí

známých pod pojmem sanace rodiny. Tento stav je nejsvízelnější. Jde o to, kam až podporovat takovou rodinu a odkdy se postavit v zájmu dítěte proti ní (např. zbavením rodičovských práv). Takové rodiny tvoří asi 2%. Mühlpachr (2008) k tomu dodává, že vedle patologické komunikace a hledání sociální identity je dysfunkční rodina jednou z nejdůležitějších příčin vzniku abúzu drog.

4. Afunkční rodina: rodina, kde poruchy jsou tak velkého rázu, že rodina přestává plnit svůj základní úkol a dítěti závažným způsobem škodí, nebo je dokonce ohrožuje v samotné existenci. Sanace takové rodiny je bezpředmětná a zbytečná. Jediným řešením, které může dítěti prospět je vzít ho z této rodiny a umístit do rodiny náhradní, není-li to možné tak i jinam.“

2.1.4. Dítě a jeho potřeby

Komárek a spol. (2011, s.71) dělí základní potřeby dítěte na:

„ • **biologické základní potřeby**-zde patří odpovídající výživa dle věku, uspokojování hygienických požadavků, ochrana před nemocemi a úrazy.

• **psychické základní potřeby** jsou podnětné prostředí, smysluplnost světa, potřeba jistoty (vztah k blízkým osobám) potřeba vlastní identity-vlastního, já a potřeba otevřené budoucnosti neboli životní perspektivy. Emocionální základní potřeby dítěte představují bezpodmínečná akceptace dítěte a pozitivní výchova (navozuje pocit lásky, jistoty a bezpečí), jeden emocionální průvodce dětstvím (blízká klíčová osoba podporující dítě, respekt, uznání a úcta k dítěti významně spoluvytváří jeho sebeúctu), schopnost empatie (rozvíjí se v předškolním věku a je substrátem svědomí), ochrana před všemi formami násilí (prevence vývojového traumatu s hlubokým dopadem do citové výbavy dítěte), potřeba zvládat stresové situace (racionální zvládání stresu, frustrace, konfliktu), pocit sounáležitosti (dítě potřebuje cítit, že někam patří, že má společenskou hodnotu) a pocit jistoty v očekávání sociální podpory (dítě potřebuje vědět, že se mu v jakékoli situaci dostane opory od blízké osoby).

• **sociální základní potřeby** jsou zejména zajištění „jeho osobního prostoru“ pro dítě v rámci bydlení rodiny (včetně estetického hlediska, které naplňuje potřebu krásy, souměrnosti a harmonie), rozvoj sociálních kompetencí (naplnění genetických předpokladů vývoje a schopností tak, aby dítě mohlo v životě něco dokázat a mohlo tvořit), vzory chování v rodině, škole atd.“

V případě, že některá nebo více potřeb nejsou krátkodobě uspokojovány, dítě trpí a strádá. Takový stav označujeme jako frustraci. Frustrace se projevuje poruchami v oblasti emocí, poznávacích procesů, chování, komunikace a sociálních vztahů. Dále Komárek a spol. (2011) dodávají, že vážnějším důsledkem je deprivace, která nastává v případě, kdy dítě nemá určitou potřebu ani vyvinutou, protože nikdy nežilo v podmínkách, kdy by došlo k jejímu uspokojování.

3. DYSFUNKČNÍ RODINA

Vágnerová (2008, s. 592) o rodině říká: „je v každé vývojové fázi skupinou, jejíž jednotliví členové mají určité sociální role a jsou ve vzájemných vztazích, které se v průběhu času mění. Veškeré normální i patologické chování každého člena rodiny je nutno interpretovat jako součást interakcí celého rodinného systému.“ Sobotková (2007, s.35): „na dysfunkci rodinného systému pohlíží obecněji-jde o rodinu, v níž jeden nebo více členů produkuje maladaptivní nezdravé chování. Dysfunkční rodiny vykazují některé z těchto charakteristik: popírání či neřešení problémů, chybějící intimita, vzájemné obviňování, rigidní role, potlačování osobní identity na úkor rodinné identity, individuální potřeby členů rodiny, obětované dysfunkčnímu rodinnému systému, nejasná komunikace, absence jasných hranic mezi členy rodiny, nejasná pravidla a kompetence. Dysfunkční rodinný systém může (ale nemusí) produkovat individuální psychopatologii, např. užívání návykových látek, asociální chování či neurotické obsese.“ Jejich příčiny vzniku vidí Fischer a Škoda (2014) v podmíněném komplexu různých biopsychosociálních faktorů, negativní působení rodiny na jedince však patří k příčinám velmi častým a značně zásadním. Je proto ale nutné si uvědomit, že bez podpory rodinného zázemí lze řešení nalézat velmi těžko.

3.1. Poruchy rodičovské role

Faktorů, které souvisejí s neschopností přijmout a zvládat rodičovskou roli je celá řada. Některých příčin poruch se zřetelem k dítěti, které popisuje Dunovský (1986, s.13): „je velké množství a jsou nejrůznějšího charakteru. Pramení z chyb v jednotlivých člancích systému jednotlivec-rodina-společnost a v jejich vzájemné interakci. Důsledky se pak promítají do všech složek tohoto systému. Poruchy mohou být vázány na jednu, několik či všechny čtyři základní funkce rodiny.“

Některé z těchto poruch definovali Fischer a Škoda (2014, s.157) a označují je za poruchy rodičovství. Můžeme je třídit následujícím způsobem:

- „Rodiče se o své dítě nemohou starat

Důvody spočívají například v nepříznivých přírodních podmínkách a situacích (přírodní katastrofy, devastace prostředí), v poruchách fungování celé společnosti (válka, bída, chudoba) nebo při narušení rodinného systému jako celku (nemoc, úmrtí, invalidita, nepříznivý zdravotní stav dítěte, který mu zabraňuje žít doma).

- Rodiče se o své dítě starat neumějí či nedovedou

Jde o situace, kdy rodiče nejsou schopni zabezpečit dětem alespoň přiměřený vývoj a uspokojit jejich základní potřeby z důvodu vlastní nezralosti, neschopnosti vyrovnat se se zvláštními situacemi, jako je mimomanželské narození dítěte, handicapované dítě, dítě přijaté do náhradní rodiny, a situace, kdy nejsou schopni přijmout základní společenské normy (děti dětí).

- Rodiče se o dítě starat nechtějí

Příčiny spočívají v poruchách osobnosti rodičů, kteří náležitým způsobem neplní rodičovské povinnosti. Zájem rodičů není dobrý, někdy jsou až hostilní. Rodiče neposkytují dětem potřebnou péči, v některých případech je opouštějí. Péči o dítě lze hodnotit jako nedostatečnou, žádnou nebo škodlivou a lze ji označit jako zanedbávání dítěte jak v oblasti somatické, tak psychické.

- Rodiče se o dítě starají nadměrně a hyperprotektivně

Dítěti se dostává větší pozornosti, než je třeba. Nadměrná péče a zájem o ně vede k rozmazlování. Důsledkem je nepřípravenost na samostatný život, nerespektování druhých,“ dodávají Fischer a Škoda (2014).

3.2. Rizika rodinného prostředí

Život v nevhodném nebo nepodnětném rodinném prostředí představuje riziko ve smyslu rozvoje nežádoucích způsobů chování, nebo dokonce nežádoucích osobnostních charakteristik. Vágnerová (2008, s. 782-783) je dělí do několika kategorií:

- „Rodiče jsou anomální osobnosti, a proto nejsou schopni uspokojivě plnit rodičovskou roli. V tomto směru jsou rizikové rodiny asociálních jedinců, trpících poruchou osobnosti, osob s návyky vedoucími ke změně osobnosti (např. alkoholismus), dále emočně chladných jedinců bez zájmu o děti. Děti bývají v takových rodinách nejen citově, ale komplexně deprivované, zanedbávané a někdy i týrané. Negativní důsledky výchovy budou větší, jestliže je i dítě k disharmonickému vývoji osobnosti disponováno. To je v uvedených případech pravděpodobnější než v běžné populaci, protože u neadekvátně se chovajících rodičů nelze vyloučit genetickou zátěž.

- Neúplná rodina představuje zvýšení rizika

Role osamělého rodiče je náročnější, a proto se zde mírně zvyšuje možnost, že rodina nebude schopna poskytovat dítěti podporu a všechny vzorce chování, jaké by potřebovalo. Mluví se o nedostatku otcovské autority a mužského vzoru chování.

- Subdeprivační zkušenost dítěte, které má sice úplnou rodinu, ale fungující spíše formálně. Domníváme se, že nejde o zvláštní kategorii rodin, ale o důsledek již zmíněné rodinné dysfunkce. Rodina dítěti neposkytuje důležité podněty pro jeho rozvoj. Nedovede mu dát jistotu, že má pro rodiče význam, a nedokáže mu vymezit žádoucí hodnoty a normy chování (jimiž by se všichni v rodině řídili). Dítě potřebuje být citově akceptováno a potřebuje se orientovat v pravidlech, která ve světě platí. Splnění prvního bodu dává význam bodu druhému.
- Určité subkultury a sociální skupiny poruchové jednání tolerují, někdy je dokonce považují za vhodné a nutné.“

4. TRANSGENERAČNÍ PŘENOS

„Tak jako je placenta orgánem zprostředkujícím látkovou výměnu mezi mateřským organismem a plodem, tak je interakční prostředí mezi rodiči zdrojem „sociální výživy“ pro dítě.“ (Trapková, Chvála, s. 99, 2004).

Smysl rodiny z biologické perspektivy by tak mohl být naplněn genetickým předáváním dědičných informací z rodičů na potomky. Skutečná podstata vzájemného zřetězení generací podle Tóthové (2011, s. 49-50) spočívá: „v předávání vícevrstvé sítě emočních, sociálních, psychologických a duchovních významů, které mohou být vetkány do explicitních narativních tradic i skrytých rodových příběhů. Pokud vnímáme aktuální život naší rodiny jako součást dlouhého řetězce předešlých i budoucích generací, získává tato kontinuita v rámci rodiny jakýsi intimní rozměr, jež emočně prožíváme pomocí představ o budoucnosti.“

Dále autorka Tothová (2011) dodává, že vztah rodiče k vlastním dětem je poznamenán nejen jeho negativními zážitky, ale i kvalitou zpracování těchto zážitků, jeho osobnostními charakteristikami, dlouhodobým zráním a dědictvím dalších životních a interpersonálních zkušeností. Barnardová (2007) k tomu dodává, že pokud jsou děti v rámci rodiny vystaveny užívání drog, má to pro ně různé důsledky. Dalo by se říct, že děti rodičů užívajících drogy čelí z vývojového hlediska celé řadě potenciálně negativních následků, přičemž jedním z nich může být rozvoj jejich vlastních problémů s drogami.

4.1. Transgenerační přenos a jeho rizika

V souvislosti s krizí rodiny hovoří Vykopalová (2001) o „transgeneračním přenosu“ chování přecházejícího z rodičů na děti v jejich původní rodině a dále v dospělosti opět na jejich děti. Hovoříme tak o modelovém chování rodičů, které se uplatňuje i v případě násilného chování jednoho z partnerů v rodině. V souvislosti s průzkumy týraných žen se prokazuje, že v rodině jejich partnera, který se rovněž dopouštěl násilí, otec bil matku, byl v rodině dominantní a vyžadoval poslušnost a trestal i děti, včetně syna i dcery. Děti žijící v takovém rodinném systému, který vykazuje prvky maladaptivního chování, podle Woititzové (1998) ztratili schopnost vidět samé sebe samé, neboť kdy došlo k deformaci vnímání vlastního já. Kvůli tomu se nenaučily mnoha stránkám života a dospívání. Nenaučily se žít naplno. Přišly o diskuze, které normálně mezi rodičem a dítětem probíhají - „Jak mám tohle udělat?“. „Co mám dělat, když mi řekne tohle?“, „Co s tímhle problémem dělat?“, „Jak tomu mám rozumět?“

Jejich rodiče byli vtaženi do svého alkoholového šílenství natolik, že neměli buď čas, nebo energii se svými dětmi o těchto problémech hovořit. Některé formy maladaptivního chování, předané rodiči charakterizovala Woititzová (1998):

V dospělosti děti rodičů závislých na alkoholu:

- nemají jistotu v normách svého chování
- je pro ně těžké dotahování úkolů do konce
- lžou i když mohou mluvit pravdu
- nemají slitování při posouzení sama
- neumí se bavit
- vnímají sebe velmi vážně
- jsou nedůvěřiví ve vztazích
- přeceňují změny, které nemohou ovlivnit
- nepřiměřeně vyžadují pochvalu a ujištění
- cítí se zcela odlišní, jak druzí lidé
- jsou velmi zodpovědní, nebo velmi nezodpovědní
- jsou velmi loajální i tam, kde to není na místě
- mají sklon k impulzivnímu chování

5. RODINNÉ FAKTORY VZNIKU. VÝVOJE K UDRŽENÍ ZÁVISLOSTI

Víme, jaký vliv má na vznik závislosti rodinné prostředí? Jak může rodina závislost ovlivňovat? Známe způsob, jakým se může rodina vztahovat na problematiku vzniku závislosti potomka?

Každý z nás si vytváříme vlastní postoj k různým věcem a situacím kolem nás, a právě vytváření vlastního postoje je ovlivněno především v tom prostředí, kde jsou pro nás nejsilnější vlivy-a to je v rodině.

Mohou rodina a vztahy přispět ke vzniku závislosti? Hajný (2015, s.172-173) uvádí: „teorie zabývající se systémem rodinných vztahů předpokládají, že ano. Závislost chápou jako jev, který není izolovaný, ale existuje v systému vztahů dotyčného člověka. Stává se tak dočasně nutným prvkem, který umožňuje určité fungování, postoje a udržuje rovnováhu. Mnohem zřetelnější však takový proces bývá v rodině, kde je například závislý jeden z rodičů než v rodinách, kde dospívající dítě bere nelegální drogy. V rodinách sociálně stabilizovaných alkoholiků se opravdu můžeme setkat s tím, že pití se stane součástí kultury a zajišťujícím prvkem, bez něhož to nejde.“ Rodinné prostředí nelze podle Hajného (2003) jednoznačně charakterizovat a spíše, než typickou rodinu závislého můžeme zobecňovat některé opakující se znaky, které se na rozvoji (spíše vzniku) závislostí podílejí.

Výzkum postnatální role původní rodiny alkoholika a jeho partnera v etiologii závislosti se podle Rotgerse (1999) soustřeďuje na kontakty a interakce v rodině, jako na rodinné rituály a modely chování, které souvisejí s konzumací alkoholu. Teorie rodinného systému přispěla k výkladu fungování rodiny mnoha koncepty. Předpokládá se, že rodinu určuje zákon homeostázy. Všechny systémy fungují tak, aby se udržela rovnováha, stabilita a klid. Faktory, které ohrožují rodiny nějakou změnou, ohrožují tuto homeostázu, a předpokládá se, že pokud rodina s alkoholikem funguje jako stabilní rodinná jednotka, abstinence by potom mohla narušit homeostázu a ohrozit systém. Bennett s Wolinem (1990) ti říkají, že přenos alkoholismu je pravděpodobnější, pokud pokračuje interakce mezi rodiči-alkoholiky a jejich dospělým potomkem, a tento přenos vysvětluje tím, že alkohol bývá akceptován jako součást „kultury dané rodiny“, což má na děti inkulturační účinek. I přes zkoumání těchto souvislostí je nutné se vyhnout hledání jednoznačného „viníka“ a v podstatě i jednoznačné příčiny. Jde spíše o proces interakcí, které se navzájem posilují (cirkulární kauzalita), jak říká Hajný (2015).

Dále Rotgers a spol (1999), upozorňuje, že odborníci na duševní zdraví se shodují v tom, že rodina hraje ústřední roli v etiologii, udržování i při léčbě nejrůznějších psychických a psychiatrických poruch. Rotgers a spol (1999) k tomu ještě dodávají, že všeobecně se předpokládá, že etiologie drogové závislosti je komplexní, vývojový jev s mnoha určujícími faktory. Nejenže existují mnohé environmentální a biologické cesty drogové závislosti, ale zdá se, že existuje i značná variabilita v projevech drogové závislosti a také mezi jednotlivými závislými osobami. Několik modelů alkoholismu předpokládá pokračující interakci mezi environmentálními a genetickými faktory v rámci vývoje (včetně původní rodiny, sociální a společenské sítě mimo rodinu).

Vznik užívání alkoholu u dětí a dospívajících může být podle Čablové & Miovského (2013) ovlivněn mnoha různými faktory. Rodinné faktory představují pro vývoj jedince jeden z nejdůležitějších vlivů. Výchovný styl, rodičovské chování, komunikace a kontrola, či výskyt konzumace alkoholu v rodině jsou významné faktory, které ovlivňují prevalenci, míru i frekvenci užívání alkoholu u adolescentů. Maté (2020) uvádí, že děti trpící narušením těchto vazebních vztahů nemají v mozku stejné biochemické prostředí jako jejich vrstevníci, kterým se příslušné péče dostávalo a kteří si tyto kvalitní vazebné vztahy vytvořili.

Výsledkem potom je, že jejich prožívání, výklady okolního prostředí a reakce na něj budou u těchto jedinců méně flexibilní, přizpůsobivé a méně zdravé a vyzrálé. Tím dochází k nárůstu citlivosti, a to jak na působení drog na změnu nálad, tak na vznik závislosti na těchto látkách.

Fischer a Škoda (2014, s. 88-91) ti zase uvádějí, že příčiny vzniku jsou multifaktoriální. Ke vzniku a rozvoji mohou vést různé biologické a sociální faktory:

5.1. Genetické predispozice

„Dosud není jednoznačně určeno, zda existují specifické genetické informace vedoucí ke vzniku závislostního chování. Komplexní porucha se navíc nevyvíjí pouze na základě genetického podkladu, ale vždy je výsledkem fenotypovým, tedy vznikajícím na základě interakce genetické výbavy s prostředím. Nejvíce je tato problematika zkoumána ve spojení s alkoholismem. Studie dvojčat poskytly odhady dědičné predispozice k alkoholové závislosti na 51-65 % v ženské populaci a 48-73 % v mužské populaci. Je prokázáno, že u jedinců z rodin, kde je otec alkoholik, je pravděpodobnost vzniku alkoholismu 10x vyšší! Mimořádně ohroženou skupinou jsou mladí muži, jejichž otec je závislý na alkoholu. Rodinná zátěž se udává asi na 64 % mužských potomků. Je tedy zřejmé, že dědičnost má na vztah k alkoholu vliv.“ uvádí Fischer se Škodou (2014, s.88).

5.2. Biologické predispozice

Dále Fischer a Škoda (2014, s.89) uvádějí: „že riziko spojené s užíváním psychoaktivních látek může být ovlivněno fyziologickými reakcemi (zejména průběhem metabolického zpracování). Někteří jedinci mohou mít po požití látky oproti druhým zvlášť příjemné pocity, se zpracováním látky nemusí mít zřetelné obtíže (necítí kocovinu), proto je větší pravděpodobnost častějšího a vyššího množství užívání látky.“ Což Vágnerová (2008) popisuje, jako biologickou (somatickou) závislost se stavem adaptace organismu na drogu se zvyšující se tolerancí a projevující se po vysazení drogy abstinenčním syndromem.

5.3. Psychické faktory

Pravděpodobnost užívání psychoaktivních látek mohou zvyšovat podle Fischera a Škody (2014, s.89) následující tendence:

- „Určitý způsob prožívání, pro něž je charakteristické emocionální ladění spojené se zvýšenou úrovní aktivace, dráždivostí a labilitou, dále pak se stavy deprese a anxiety.“ Zde Woicik a spol. (1999) popisují čtyři základní rizikové faktory-úzkost, skleslost, vyhledávání zážitků a impulzivitu. Tyto faktory, které za určitých sociálních okolností mohou vést ke zvýšení pravděpodobnosti užívání legálních a ilegálních látek (marihuana, alkohol atd.), ale též jejich zvýšená hodnota mohou poukazovat na agresivnost, nepřátelskost a další negativně laděné rysy.
- Určitý způsob uvažování a hodnocení různých situací, popisují Fischer se Škodou (2014, s.89) „kdy někteří jedinci nejsou schopni posoudit sebe ani okolí odpovídajícím způsobem, mají sklony k sebepodceňování, či naopak sebe nebo okolí vnímají a hodnotí nepřiměřeně, mají sklon k přeceňování.“ Podle Praška a spol. (2001, s. 29), kteří uvádějí: „pacienti trpící poruchami osobnosti si během dětství vytvořili relativně pevný, globální, negativní pohled na sebe sama, druhé lidi a svět. Tento pohled je ovlivněn jak genetickými faktory, tak časnými životními zkušenostmi. Tato jádrová přesvědčení jsou zabudována v individuálních schématech, hypotetických strukturách mysli. Schémata fungují jako vzory pro odhadování a hodnocení situací. Postižený zpracovává informace způsobem, který souhlasí s jeho negativním přesvědčením, vybírá ze situace informace, které jádrové přesvědčení potvrzují a znehodnocuje, ignoruje nebo podceňuje informace, které napovídají o opaku. Děti, které později rozvinou poruchy osobnosti, často zažily buď akutní trauma nebo méně závažné ale chronické traumatizující zkušenosti. Aby si vysvětlily smysl toho, co se

jim přihodilo, rozvinou extrémně negativní přesvědčení nejen o sobě samých, ale i o jiných lidech a světě, ve kterém žijí. Aby tato přesvědčení kompenzovaly nebo se s nimi vyrovnaly, tvoří si svá rigidní pravidla, jak věcem rozumět. Postupně nadměrně rozvinou úzký rejstřík chování a jiné druhy chování nerozvinou dostatečně.“

- „Určitý způsob chování, kdy někteří jednotlivci mají nižší míru sebekontroly a volných vlastností, mají nižší míru flexibility, nedovedou se učit ze zkušeností. Vysoké riziko vzniku závislosti na psychoaktivních látkách mají osoby depresivní, s vysokou mírou neuroticismu, sociální nonkonformity, zatvrzelosti, u žen pak i osoby s vysokou mírou extravertze.“ (Fischer a Škoda, 2014, s.89).

5.4. Sociální faktory

Nelze opomenout genetické, biologické i psychické predispozice a faktory působící v určitém sociálním a kulturním prostředí, které ovlivňují u jednotlivých osob projevy těchto faktorů. Mezi tyto významné sociální faktory zvyšující sklony a pravděpodobnost rozvoje závislosti mimo jiné podle Fischera a Škody (2014, s. 90) patří:

- „vliv rodiny (dysfunkční rodina, anomalita rodičů, syndrom CAN apod.),
- vliv sociální skupiny (party, subkultury),
- vliv životního prostředí (prostředí měst, vybraných aglomerací-sídlišť a průmyslové zóny, snížená společenská kontrola a anonymita, migrace obyvatel, vykořeněnost-chybějící kořeny a vztahy, např. problematika odsunu německého obyvatelstva a vyvlastnění majetku),
- sociální konformita (uchování a tvorba sociálních kontaktů a vazeb, např. prostředí realizace podnikatelských aktivit).“

5.5. Faktory ovlivňující rodinné prostředí

Rodinné faktory představují pro vývoj jedince jeden z nejdůležitějších vlivů. Výchovný styl, rodičovské chování, komunikace a kontrola, či výskyt konzumace alkoholu v rodině jsou významné faktory, které ovlivňují prevalenci, míru i frekvenci užívání alkoholu u adolescentů. (Čablová, L. & Miovský, M. 2013).

Nejobecněji se rizikové a protektivní faktory rozdělují na individuální a environmentální, Ostaszewskise ze Zimmermannem (2011, s. 255-270) člení protektivní a rizikové faktory do čtyř kategorií:

- „individuální vlastnosti (sebeříjetí, sebevědomí, dovednosti zvládnání stresu a zátěže)
- vliv vrstevníků (podpora ze strany přátel, chování vrstevníků ke zdraví, aktivity skupiny)
- vztahy v rodině (vztahy mezi rodiči dítětem, podpora ze strany rodiny a konflikty apod.)
- charakteristika komunity (např. dostupnost drog v komunitě, nabídka mimoškolních aktivit).“

Kabíček a Hamanová (2005) ti se zase pokusili o vytvoření klasifikace protektivních a rizikových faktorů, které rozdělil celkem do tří skupin. Jako individuální rizikové faktory uvádějí: nízká sebedůvěra, sebeúcta, zanedbávání a zneužívání. Naopak, jako protektivní faktory na individuální úrovni zařazují tyto: vysoká inteligence, zapojení se do pozitivní skupiny vrstevníků, oceňování vzdělávání a schopnost sebekontroly. NIDA (2011) upozorňuje na výzkum, který se za poslední dvě desetiletí snažil určit, jak zneužívání drog začíná a jak pokračuje. Riziko zneužívání drog může u osoby zvýšit mnoho faktorů. Rizikové faktory mohou zvýšit šance člověka na zneužívání drog, zatímco ochranné faktory mohou riziko snížit. Dále potom upozorňuje, že většina jedinců ohrožených zneužíváním drog nezačne s drogami ani se nestane závislými. Také rizikový faktor pro jednu osobu nemusí být rizikovou pro jinou.

Rizikové a ochranné faktory mohou ovlivnit děti v různých fázích jejich života. V každé fázi se objevují rizika, které lze změnit preventivní intervencí. Rizika v raném dětství, jako agresivní chování, lze změnit nebo jim předcházet intervencemi školy. Školy a komunity, které se zaměřují na pomoc dětem rozvíjet vhodné pozitivní chování. Pokud se negativní chování neřeší, může vést k dalším rizikům, jako je akademický neúspěch a sociální potíže, které děti vystavují dalšímu riziku pozdějšího zneužívání drog.

Níže uvedená tabulka, kterou uvádí NIDA (2011), ta popisuje, jak rizikové a ochranné faktory ovlivňují lidi v pěti doménách nebo prostředích, kde mohou intervence probíhat.

Tabulka 1. Rizikové a ochranné faktory.

Rizikové faktory	Doména	Ochranné faktory
Rané agresivní chování	individuální	sebeovládání
Nedostatek rodičovského dohledu	rodina	rodičovský dohled
Zneužívání návykových látek	peer	akademická způsobilost
Dostupnost léků	škola	zásady proti užívání drog
Chudoba	společenství	silné sousedství

zdroj: NIDA 2011

Rizikové faktory mohou ovlivnit zneužívání drog několika způsoby. Čím více rizikům je dítě vystaveno, tím je pravděpodobnější, že bude zneužívat drogy. Některé rizikové faktory mohou být v určitých fázích vývoje silnější než jiné, jako je třeba tlak vrstevníků během dospívání; stejně tak některé ochranné faktory, jako je silná vazba mezi rodičem a dítětem, mohou mít větší vliv na snížení rizik v prvních letech. Důležitým cílem prevence je změna rovnováhy mezi rizikovými a ochrannými faktory tak, aby ochranné faktory převažovaly nad rizikovými.

5.5.1. Protektivní faktory

Jako faktory protektivní (ochranné) označuje Martanová (2014) ty, které dopad a účinky rizikových faktorů zmírňují, působí proti nim nebo je kompenzují. Jsou chápány jako samostatné jevy, které mohou na rozvoj rizikového chování působit buď přímo, nebo mohou ovlivňovat působení rizikových faktorů. Přítomnost protektivního faktoru nemusí v každém případě jedince od rizikového chování či jeho následků ochránit. Dále některé rodinné faktory charakterizuje Martanová (2014) jako: podpora rodičů, soudržnost rodičů, rodičovský dohled, aktivní religiozita rodičů, zdravý životní styl rodičů, kontrola, intolerance vůči rizikovému chování, jednoznačně definovaná pravidla chování a případné sankce za přestupky, pozitivní pouto mezi rodiči a dítětem, emocionální podpora, vysoká rodičovská očekávání, jasná pravidla a hranice, rodičovská kontrola a důslednost. Nešpor (2007), například identifikoval na úrovni rodiny řadu protektivních (ochranných) a rizikových činitelů ovlivňující rodinné prostředí.

K protektivním (ochranným) faktorům podle Nešpora (2007, s.78) patří například:

- „Přiměřená péče, dostatek času na dítě, zejména v čase dětství, a pevné citové vazby dítěte.
- Jasná pravidla týkající se chování dítěte a přiměřený dohled.
- Pozitivní hodnoty (např. vzdělání)
- Rodiče na výchově spolupracují. Sdílená zodpovědnost v rodině.
- Styl výchovy je vřelý a středně omezující (výchova tedy není necitlivě autoritativní, ale také ne zcela volná bez pravidel a omezení).
- Rodiče alkohol, tabák a jiné drogy zejména u dětí a dospívajících odmítají.
- Členové rodiny si osvojili dobré způsoby, jak zvládat stres.
- Rodiče jsou dobře přizpůsobeni ve společnosti a mají snahu pomáhat druhým. Výchova pomáhá vytvářet kvalitní vztahy s dospělými mimo rodinu.
- Dobré mezigenerační vztahy a kvalitní spolupráce mezi generacemi (nejčastěji s prarodiči dítěte).“

5.5.2 Rizikové faktory

Rizikové faktory označují Čablová a Miovský (2013) jako charakteristiky jedince nebo vlivy jeho okolí, které zvyšují možnost výskytu užívání alkoholu a jiných návykových látek.

Rizikové faktory jsou potencionální ohrožení, která zvyšují vulnerabilitu jedince a pravděpodobnost jeho negativního vývoje nebo vzniku zdravotních problémů. Některé projevy rizikových faktorů mohou být viděny již v dětství nebo v raném dospívání, přičemž interakce v rodině, ve škole a v rámci společnosti mohou mít vliv na vznik a rozvoj pozdější závislosti na alkoholu. Rizikových faktorů na úrovni rodiny (stejně jako v dalších společenských skupinách) je uváděna celá řada, vzájemně se kombinují a může být obtížné je identifikovat. Martanová (2014) jich zde charakterizuje několik např. rodičovská psychopatologie, dysfunkce v rodině, užívání drog rodiči, pevnost vazby nebo pouta mezi rodičem a dospívajícím, nedostatek rodičovského dohledu, slabá rodičovská podpora, nedostatečný zájem a kontrola rodičů, nedůsledná výchova, chudoba a nezaměstnanost v rodině, hrubost a konflikty v rodině, souhlasný postoj k užívání drog.

Pokud budeme chtít charakterizovat rizikové faktory je dobré neopomenout čtyři základní typologie dysfunkčních rodin, které popisuje Koranda (2015):

Výchova může být charakteristická:

- **Nadměrná výchova s přehnanou péčí**

V praxi se nejčastěji používá název-hyperprotektivita, Jedná se o výchovný styl s vysokou mírou ochrany a podporou založenou na strachu dítěte. Charakteristická je rodičovská úzkost.

- **Se zaměřením na perfekcionalismus**

Ve výchově jsou na dítě kladeny vysoké nároky. Rodiče často promítají svá přání nebo nenaplněné sny do svých potoků bez ohledu na jejich zájmy a limity. Dítě je zatěžováno a má sklony k neuroticismu a poruchám chování.

- **Nesprávným výchovným prostředím**

Rodiče jsou zatíženi rozvodovým konfliktem, vytvářejí deprivaci situace, užívají návykové látky, páchají trestnou činností, mají poruchu osobnosti ap. Situace může vyvrcholit týráním dětí, domácím násilím. U dětí se pak mohou vyskytovat poruchy chování, maladaptivní vzorce a poruchy osobnosti.

- **Nedostatkem stimulů**

Rodiče mohou mít snížené rozumové schopnosti, nedokáží se o děti postarat. Ve výchově není dostatek projevů náklonnosti, lásky. Nestimulující prostředí ve výchově vytvářejí i příliš zaměstnaní a nepřítomní rodiče

5.5.3. Rizikové faktory a důsledky psychické deprivace

Podle Fischera a Škody (2014, s.165) lidé, kteří nemají pro rodičovství potřebné kompetence nebo nemají schopnosti rodičovskou roli naplnovat z různých příčin (mentální onemocnění, závislost ap.) nesou typické znaky:

- „psychicky deprivované děti mohou mít nedostatky v oblasti kognitivních procesů to může mít vliv i na školní úspěšnost.
- nejvíce signifikantní jsou odlišnosti v emocionalitě. Tito jedinci bývají emočně oploštělí, nestabilní, aktuální situační proměnné v rámci interakce je dokážou snadněji vyvést z rovnováhy. Bývají výbušní, dráždiví, někdy jednají agresivně.
- mají tendenci k sebedoceňování, hůře se orientují v mezilidských vztazích.
- v dospělosti mívají problémy v seberealizaci. Častěji bývají nezaměstnaní, nezvládají rodičovské role (rozvody), často nejsou sami schopni uspokojovat potřeby svých dětí a vystavují je psychické deprivaci.“ Dle Mühlpachra (2008) se

předpokládá, že porušení vazby mezi matkou a dítětem bývá jednou z klíčových příčin běžně se vyskytujících poruch chování. Porušená vazba vede ke vzniku rozmanitých duševních onemocnění, k osobnosti deprivanta.

5.5.4 Souběh rizikových a protektivních faktorů v rodinném systému

Z teoretických důvodů se na rizikové a protektivní faktory díváme většinou odděleně, ale realita je taková, že v mnohých rodinách se vyskytují obojí souběžně. Ve studii Čablové & Miovského (2013) je uvedena definice od Jessora (1998), který uvádí pět hlavních vysvětlujících domén sdružujících rizikové faktory (**RF**) a protektivní faktory (**PF**), které uvádí s vybranými příklady:

- **biologický systém-RF**: alkoholismus v rodině; **PF**: inteligence v pásmu nadprůměru.
- **sociální systém-RF**: nízký socioekonomický statut, sociální vyloučení, **PF**: zdravá škola, soudržná rodina, pozitivní vzory mezi dospělými.
- **vnímavé prostředí-RF**: modely rizikového chování, normativní mezigenerační konflikt, **PF**: modely konvenčního chování, kontrola rizikového chování.
- **osobnost-RF**: uvědomování si snížených životních šancí, nízké sebehodnocení, **PF**: hodnota vlastního zdraví a úspěchu, netolerující postoj k rizikovému chování.
- **chování-RF**: problémové užívání alkoholu, školné neúspěch, **PF**: religiozita, aktivní zapojení do školních akcí a dobrovolnických aktivit.

6. TYPOLOGIE ZÁVISLOSTI K RODINNÉMU SYSTÉMU

Mohou rodina a vztahy v ní nějak přispět ke vzniku závislosti? Hajný (2015) ten tvrdí, že teorie zabývající se systémem rodinných vztahů předpokládají, že ano. Závislost chápou, jako jev, který není izolovaný, ale existuje v systému vztahů dotyčného člověka. Stává se tak prvkem, který umožňuje určité fungování, postoje a udržuje rovnováhu.

6.1. Spoluzávislost (kodependence)

Spoluzávislost je podle Hajného (2008) souhrn motivů, postojů, komunikace a chování, kterým rodina nebo partner či partnerka závislost spíše podporují, rozvíjejí, nebo naopak

sabotují či zlehčují snahu o vyléčení. Rotgers (1999) k tomu dodává, že partner a ostatní členové rodiny mohou nevědomky přispívat k pozitivním důsledkům pití. Tato situace je podle Mühlpachra (2008) také prototypem rodinné struktury závislého jedince. Silná pozitivní spoluúčast jednoho z rodičů oproti druhému, který má odmítavý a trestající postoj, je častým zdrojem konfliktů. Pak vzniká spojenectví mezi závislým jedincem a příliš starostlivým rodičem. Pokud trvá závislost jedince na drogách, trvá také společenství, a tím se posiluje stabilita takového rodinného schématu. Téma kodependence, jak uvádí Kalina (2020) je ovšem v adiktologické problematice významné především v souvislosti s rodiči a partnery abuzérů návykových látek či procesů.

6.1.1. Typické znaky spoluzávislé rodiny

Nešpor (2007, s. 79-80) popisuje několik charakteristických znaků, které jsou typické pro rodiny, kde se vyskytuje návyková nemoc:

- **„pseudoindividuace** (zdánlivé osamostatnění) popsal J. Haley. Dospívající nebo mladý dospělý s návykovým problémem odmítá autoritu rodičů, ale současně bývá stále méně schopen se o sebe postarat a selhává v životních rolích. To zvyšuje jeho závislost na rodině a snižuje jeho naději na skutečné osamostatnění v budoucnu.
- **triangulace**, znamená vytváření trojúhelníků. Dospívající s návykovým problémem si např. matce stěžuje na otce, otcí na matku, prarodičům na rodiče a rodičům na prarodiče, terapeutovi na rodiče a rodičům na terapeuta atd. Dospívající tak blokuje nebo komplikuje komunikaci a spolupráci ve svém okolí. Tím získává prostor pro to, aby pokračoval v návykovém chování
- **rozmělnění meziosobních a mezigeneračních hranic**, překračování meziosobních hranic může znamenat nepřiměřené přebírání odpovědnosti za jiného člena rodiny. Takové překračování se často projevuje spojenectvím např. mezi vše odpouštějící matkou a dospívajícím proti přísnému a rodině vzdálenému otcí.“

6.2. Traumata v rodině

Vágnerová (2008, s. 611) uvádí: „Jakákoli forma týrání představuje závažnou, komplexní zátěžovou situaci, která zahrnuje jak deprivaci zkušenost, tak silný stres (dítě strádá

nedostatkem citového přijetí, ale i v oblasti biologických potřeb, bití mu způsobuje bolest atd.). Fyzické týrání mnohdy ohrožuje samotnou existenci jedince.“ Dále Vágnerová (2008, s.594) k tomu dodává: „Riziko ohrožení dítěte je zvýšené v rodinách, kde jsou vztahy mezi jejími členy narušené (lidé spolu dostatečně otevřeně nekomunikují, převažuje kritika a odmítání). Členové takových rodin nejsou schopni kooperovat při řešení problémů, chybí vzájemná podpora, převažuje napětí a nespokojenost, problémy se řeší agresí. Násilí vůči dítěti je jedním z projevů nakumulovaného napětí, které rodina nedokáže řešit jinak. Dítě se jako nejslabší člen rodiny stává obětí její dysfunkce.“

Na základě obecné definice podle Bentovima (1998) trpí členové rodin vystavování takovéto viktimizaci disociací osobnosti a důsledky traumatických stresů. Pozdější následky mnohočetné traumatizace se podle Kocourkové a Koutka (2017) mohou projevit v podobě narušené primární citové vazby, dysregulací v oblasti emoční, kognitivní, vztahové i somatické, v budoucnu taková zkušenost představuje rizikový faktor pro poruchy osobnosti, závislost na návykových látkách, poruchy příjmu potravy, depresivitu a úzkostnost, narušené sebepojetí a autoagresivní chování. Traumatický stres představuje stresující události takového rozsahu a významu že zmíněné výsledky jsou zdrcující. Podle Matého (2020) se tito lidé cítí traumatizovaní, rozrušení, jsou neklidní a svírá je v hrudi. Nenávidí tyto pocity. Berou drogy proto, aby se jich zbavili a své tělo opět stabilizovali.

Tyto pocity později mohou podle Doležalové (2019) negativně zasahovat do vývoje dítěte v mnoha aspektech života a mohou mít nepříznivý dopad na zdraví, sociální prostředí jedince, vzdělávání a celkově mohou právě přispívat k vulnerabilitě již popisovanému užívání návykových látek. Bentovim (1998) k tomu dodává, že traumatické stresy v rodinném násilí, ať už ve fyzickém, sexuálním či citovém jsou obvykle události ne jednorázové, nýbrž, takové které se opakují a postupem času přibývají.

Tyto traumatické stresy v důsledku sexuálního zneužívání charakterizuje Fischer a Škoda (2014, s.162) jako: „každé nepatřičné vystavení dítěte sexuálnímu kontaktu či chování, které vede především k uspokojování sexuálních potřeb zneuživatelé. Sexuální zneužívání zahrnuje všechny formy chování se sexuálním podtextem, tedy i ty, kdy dítě na první pohled nestrádá a může některé formy sexuálního zneužívání prožívat jako relativně tělesně příjemné. Ovšem i tehdy má sexuální zneužívání závažný negativní dopad na další psychický vývoj dítěte.“ Podle Kudrleho (2003) je trauma v důsledku sexuálního zneužívání ochromující, ničí vazby a tím i důvěrný vztah s jinými lidmi. Ničí i milující vztah ke svému tělu i k tělu

druhých a mění je na nenávistný.

6.3. Neúplná rodina

Pro zdravý a psychický vývoj dítěte má fungující rodina význam zásadní. Dlouhodobé zkoumání dětí vyrůstajících bez rodičovské lásky prokázalo, že tyto děti trpí v dospělosti častějšími duševními poruchami, závislostí na návykových látkách, asociálními formami chování a častějšími konflikty se zákonem. (Pöthe,1996).

Rozvod rodičů bývá v duševním dozrání dítěte závažným patogenním činitelem. Ten se nejvíce uplatňuje v období pubescence a adolescence. Podle Fischera a Škody (2014) může docházet k narušení pocitu bezpečí a jistoty ve známém prostředí. Při svém vývoji tuto jistotu jedinec potřebuje. V této době se ještě plně neorientuje v sociálním okolí, proto dochází ke vzniku pocitu křivdy a rozčarování, které se následně promítá do utváření životních hodnot. Dále autoři Fischer a Škoda (2014) dodávají, že tyto děti při řešení obtížných životních situací poměrně často selhávají a mnozí se v důsledku toho obracejí k alkoholu a k drogám, ale i k jiným závažnějším sociálně patologickým formám chování.

Rozvod rodičů je pro potomka často stresujícím zážitkem a z hlediska rizika užívání drog, jak popisuje Hajný (2001) se tyto a některé další problematické důsledky rozvodu mohou projevit v několika směrech:

- „dítě na sebe může upozorňovat chováním, které rodiče nanejvýš zneklidní pozdní příchody, experimentováním s drogami, možná si říká o pozornost či důslednost.
- dítě může užíváním drog vyjadřovat zlost na rodiče, například že ho připravili o jednoho z nich nebo pocit, že jeho rodiče jsou ideální.
- dítě může užívat drogy, aby zmírnilo negativní emoce, které v něm dění rozvodu mohlo vyvolat.
- dítě se může chovat problematicky, aby vytvořilo situace, ve kterých se rozvedení rodiče zase spojí ve společném úsilí se o dítě postarat nebo změnit jeho chování.
- dítě se začne nadměrně rychle obracet k vrstevníkům, u kterých hledá vše, co nemůže najít doma-ve skupině kamarádů, kteří berou drogy, to zákonitě vede k tomu, že se k nim připojí také,“ na závěr dodává Hajný (2001 s. 50).

6.3.1. Afunkční rodina

Krtičková (2021) popisuje afunkční rodinu jako takovou, která je typická výskytem poruch

rodinných funkcí, které vážným způsobem brzdí vývoj dítěte a které závažně narušují existenci a také smysl rodinného soužití.

Podle Heluse (2007) je afunkční rodina charakteristická ohrožením dítěte.

Vyskytují se patologické jevy a hledání řešení situace není úspěšné. Je nezbytné hledat zdroje mimo tuto rodinu. Nastupují pak instituce a soudy, které umístí dítě mimo afunkční rodiny. V takové případě hrozí dítěti psychická deprivace.

Děti z takových to rodin se proto později často potýkají s pocity psychické deprivace. Ta vzniká podle Fischera a Škody (2014, s. 165) „působením rodinného prostředí a jejich členů na psychický vývoj dítěte je situace, kdy dítě strádá v oblasti uspokojování potřeb. Negativní vliv a důsledky jsou spojeny zejména strádáním v oblasti citové, emocionální. V takovém případě hovoříme o psychické deprivaci. Psychickou (emocionální, citovou) deprivaci můžeme definovat jako neuspokojování potřeb citové jistoty a bezpečí v dostatečné míře a po dostatečně dlouhou dobu.“

6.4. Závislý člen rodiny

Závislost na alkoholu představuje značnou zátěž pro celý rodinný systém. Vágnerová (2008, s. 570) říká: „, že postupně dochází k závažnému narušení rodinných vztahů a ke změně rolí. Alkoholik se nechová tak, jak požaduje jeho role, neplní své povinnosti, stává se bezohledným k partnerovi i dětem.“

Dále Vágnerová (2008, s. 570-571) říká:

- „Člověk závislý na alkoholu devastuje svou rodinu materiálně, sociálně i psychicky.
- Člověk závislý na alkoholu není schopen uspokojivě plnit rodičovskou roli.
- Rodič závislý na alkoholu může nepříznivě ovlivňovat psychický stav svého dítěte. Je zde zvýšené riziko, že děti v rodinách alkoholiků budou trpět nějakou formou deprivace.“

Hajný (2003) uvádí výsledky některých klinických studií, které se shodují v tom, že jedním z nesporných faktorů pro vznik závislosti u dítěte a dalších zhoršujících jevů v rodině je závislost (v našich podmínkách alkoholová) dalšího člena rodiny (obvykle u rodičů).

6.4.1. Psychopatologie rodiny

Výskyt psychopatologie bývá u alkoholiků vyšší, a protože jsou tyto poruchy přenášeny i v rodinách, dá se očekávat, že nalezneme zvýšené procento komorbidní psychopatologie u členů rodiny závislých. Rotgers (1999) popisuje model stresu a řešení problému, který předpokládá, že členové rodiny alkoholiků se potýkají s chronicky stresovým jevem a následně vzniká větší pravděpodobnost, že se u nich vytvoří psychické nebo somatické potíže. Dále bylo zaznamenáno u drogově závislých, že si selektivně volí životního partnera. To znamená, že mnohé závislé ženy si berou za manžela alkoholika nebo narkomana. To má důsledky pro stupeň patologie v rodině a zvyšuje riziko, že i jejich děti budou drogově závislé, jak podotýká Rotgers (1999).

6.5. Poruchy attachmentu

Pojem, který je v češtině znám rovněž jako *vztahová vazba*, vyjadřuje vztah, který se postupně vytváří mezi dítětem a osobou poskytující tomuto dítěti péči a ochranu. Dále Kulíšek (2000) popisuje kvalitu raného vztahu matky a dítěte, jako jeden z rozhodujících faktorů, které určují míru bezpečí a jistoty, s jakou později nahlížíme na sebe, i na okolní svět.

Klademe-li si otázku, jaké vlivy spoluvytvářejí budoucí vývoj jedince, formování jeho

základní osobnostní struktury a schopnost vyrovnávat se v dospělém věku zralým způsobem se situacemi a potížemi, musíme nutně vedle podílu dědičných a vrozených faktorů zvažovat rané zkušenosti člověka s nejbližšími osobami pečujícími o něj. Kulíšek (2000) mluví o citovém poutu (attachmentu) dítěte k pečující osobě, resp. osobám představující jako jeden z určujících faktorů vývoje osobnosti. Vytváří se patrně již v době těhotenství a u každého se vyvíjí jedinečným a neopakovatelným způsobem. Jeho pevnost a kvalita je jedním z předpokladů, aby jedinec mohl vnímat svět jako bezpečný a neohrožující. Attachment popisuje Winnette (2020) jako vrozený systém který je pouze jeden z mnoha prolínajících se elementů dlouhého sociálního vývoje. V určitém období se jedná o velmi důležitou vývojovou etapu s možným dopadem na celý další život.

V průběhu vývoje se citové pouto podle Kulíška (2000) utváří oboustranně v rámci reciproční interakce mezi pečující osobou (nejčastěji matkou) a dítětem. K poruchám citového pouta (attachment disorders) vedou příčiny jeho narušení, které mohou mít nejrůznější podobu, počínaje lehkým narušením kvality interakce přes mírné zanedbávání péče až po těžké psychické či fyzické zneužívání. Často bývá též uváděna separace od pečující osoby, která nemusí vždy nutně vést k deprivaci a k narušení kvality citového pouta.

7. EMPIRICKÁ ČÁST

7.1. Cíl práce a výzkumné otázky

Empirická část této výzkumné studie popisuje metodu kvalitativního výzkumu. Jejím cílem je v rámci realizace několika případových studií, zjistit a popsat výskyt protektivních a rizikových faktorů, které dominují v přirozeném rodinném prostředí účastníků této výzkumné studie. Dále cílem studie, je posoudit tyto faktory, které by mohli být příčinou vzniku závislosti na návykových látkách u potomka. Posledním z cílů, na které je tato studie zaměřena, je zjištění, jaké životní události byly zásadními, v souvislosti se vznikem drogové kariéry respondentů této studie.

Na základě stanovených cílů byly vytvořeno několik výzkumných otázek:

- Jaké rizikové a protektivní faktory se v rodinném systému u dotazovaných osob vyskytovaly?
- Jaké z rizikových a protektivních faktorů byly nejvíce zastoupeny u dotazovaných osob?
- Jaká životní událost nebo události souvisely s počátkem vzniku drogové kariéry dotazovaných osob?

7.2. Výzkumný soubor

K získání výběrového souboru byla zvolena metoda záměrného výběru a metoda sněhové koule. Prostý záměrný výběr představuje podle Miovského (2006) nejjednodušší variantu metody záměrného výběru. Spočívá v tom, že bez uplatnění dalších specifických metod či strategií vybíráme mezi potenciálními účastníky výzkumu (tj. účastníky splňující určité kritérium, nebo soubor kritérií) toho, který je pro účast ve výzkumu vhodný a současně s ním také souhlasí. Dále byla použita metoda sněhové koule, o které Miovský (2006) říká, že je základním východiskem získání kontaktu s první vlnou či „generací“ účastníků výzkumu. Prostřednictvím prvního kontaktu získáváme skupinu prvních kandidátů pro první fázi. Tato skupina kandidátů je složena z osob, které nominuje účastník nulté fáze (tj. člověk z první "generace") a kteří tak tvoří soubor potenciálních účastníků výzkumu.

Základním souborem jsou uživatelé nelegálních návykových látek, kteří prošli ústavní léčbou v Psychiatrické nemocnici, nebo Terapeutickou komunitou. Výběrovým souborem byla zvolena skupina pěti respondentů z tohoto základního souboru. Větší počet než pět, by

již byl příliš z důvodu typu, rozsahu a výzkumného zaměření vzhledem k dosažení cílů výzkumu. Kritériem pro zařazení do výběrového souboru bylo dlouhodobé užívání návykových nelegálních látek injekční formou, poskytnut souhlas se svou účastí na výzkumu a udělení informovaného souhlasu. Účast respondentů na výzkumu, byla na základě dobrovolnosti.

V níže uvedené tabulce je uveden informativní přehled základních údajů k jednotlivým informantům, pro formát vedené rozhovorů jsou uváděni jako respondenti (R). Aby byla zajištěna dostatečná anonymita jednotlivých respondentů, nejsou uváděna jejich jména, ale pouze čísla, kdy každý respondent má přidělené své číslo (1,2,3,4,5).

Tabulka 2 Přehled výzkumného souboru-respondentů.

Respondent/ka	R1	R2	R3	R4	R5
Věk	26	37	35	20	45
Vzdělání	VŠ	základní	maturita	základní	základní
Stav	svobodná	rozvedená	svobodná	svobodná	svobodný
Primární droga	pervitin	pervitin	Pervitin	pervitin	pervitin
Délka užívání	5 let	22 let	20 let	8 let	30 let

zdroj: Vlastní zpracování

Za účelem získání výzkumného souboru pro potřeby výzkumu byla využita metoda záměrného výběru přes instituce, konkrétně se jedná o pacienty psychiatrické nemocnice. Na začátku realizace práce bylo nutné informovat vedení nemocnice, formou osobního setkání a seznámením se záměrem uskutečnit danou studii. Výběr prostředí byl proveden na základě znalosti autora tohoto prostředí, a jemu tím i blízkého v dané problematice. Pro získání potřebného počtu výzkumného souboru byla použita metoda sněhové koule, kdy prostřednictvím kontaktu s první generací účastníků výzkumu (v tomto případě v konkrétní psychiatrické nemocnici) byla dále získána přímo v terénu zbývající skupinka dalších kandidátů projevující ochotu zúčastnit se výzkumu. Byl brán zřetel do zařazení výběrového souboru na kritéria obdobné, jako u kandidátů záměrného výběru přes instituce.

7.3. Metodologický rámec a metody

Uvedená práce je prováděna formou případové studie, která je podle Miovského (2006) základním a jedním nejrozšířenějším typem výzkumu v rámci kvalitativního přístupu. Případem rozumíme objekt našeho výzkumného zájmu, kterým může být osoba, skupina, organizace atd. V tomto případě je základní charakteristika tohoto výzkumu se zaměřením na konkrétní případy, tedy dlouhodobých uživatelů návykových látek. Dále Miovský (2006) dodává, že práce na případové úrovni zdůrazňuje komplexní povahu zkoumaných fenoménů, zohledňuje souvislosti jednotlivých oblastí, jichž se případ dotýká, včetně jeho historicko-biografického pozadí.

Pokud budeme chtít zjišťovat souvislosti a dávat je do příčinného vztahu vzniku závislostního chování s přirozeným prostředím rodinného systému, tím že budeme identifikovat možné protektivní (ochranné) a rizikové faktory, které se podílely na vzniku závislostního chování, je vhodné zkoumat konkrétní případ (skupinu uživatelů) ve vztahu k otázkám a cílům výzkumu. Právě analýza jednotlivých případů nám podle Miovského (2006) umožňuje sledování, popisování a vysvětlování případů v jeho komplexnosti, a díky tomu můžeme dospět k přesnějším a do hloubky jdoucím výsledkům výzkumu. Yin (1994), definoval případovou studii jako strategii pro zkoumání předem určeného jevu v přítomnosti v rámci jeho reálného kontextu, a to zvláště, když hranice mezi jevem a kontextem nejsou zcela jasné.

K tomu Miovský (2006) dodává, že výchozím požadavkem na použití případové studie je jasně formulovaný výzkumný problém a cíl výzkumu, od čehož se odvíjí nutnost zdůvodnit ohraničení a definování případu, což současně představuje výchozí moment pro jakoukoliv budoucí analýzu.

7.3.1. Metody získávání, zpracování a analýzy dat

Pro účel tohoto výzkumu byl zvolen jako nástroj výzkumného šetření polostrukturovaný rozhovor, který patří mezi základní formy interview. Pro výzkumné šetření byl zvolen právě tento typ rozhovoru, a to z důvodu, abychom mohli být v průběhu rozhovoru flexibilnější v pokládání otázek a abychom měli možnost skrze otevřené odpovědi respondentů získat co

nejvíce informací. Otázky jsou v této formě rozhovoru dopředu připravené, ale není potřeba, aby se výzkumník striktně držel osnovy. Odpovědi jsou volně kladené (Skutil,2011).

Polostrukturovaný rozhovor má v kvalitativním výzkumu tu výhodu, že mohu kdykoliv v průběhu rozhovoru reagovat na odpovědi respondenta a případně pokládat další upřesňující otázky a respondenti mohou dále rozvinout své odpovědi. Před zahájením každého rozhovoru byl každý respondent seznámen s jednotlivými tématy, kterých se výzkum týká. Forma všech rozhovorů, který byla vedena v nedirektivním stylu, měla mít strukturu tak, aby otázky, směřovaly přímo k daným tématům výzkumných otázek a v dalších rozhovorech se neobjevilo příliš mnoho nepotřebných informací. Celkem bylo provedeno pět rozhovorů. Tři rozhovory byly realizovány v prostoru nemocnice v terapeutické místnosti, a to na základě výběru klidného prostředí, bez rušivých elementů při rozhovorech. Délka rozhovorů se pohybovala okolo padesáti minut, nicméně nebyla časově limitována a byl brán ohled na svobodné vyjádření a prostor jednotlivých respondentům.

Struktura rozhovoru vycházela z následujících hlavních výzkumných otázek, každá z nich měla ještě několik dalších podotázek:

1. Jaké rizikové a protektivní faktory se v rodinném systému u dotazovaných osob vyskytovaly?
 - Vyrůstal jste ve vlastní rodině?
 - Jak byste označil své dětství?
 - Je, nebo byl někdo z rodiny závislý na nějaké návykové látce?
 - Nutili vás rodiče k činnostem, o které jste neměl nikdy zájem?
 - Stalo se, že se někdo z rodiny opijel nebo užíval jiné návykové látky tak, že měl problémy v rodině nebo zaměstnání?
2. V jaké míře byly rizikové faktory nejvíce zastoupeny u dotazovaných osob vyskytovaly?
 - Stalo se, že někdo z blízké rodiny užíval marihuanu, kokain, heroin nebo pervitin?
 - Stalo se, že vás někdo z rodiny sexuálně obtěžoval?
 - Používaly se v rodině tělesné tresty?
 - Trpí, nebo trpěl někdo z rodiny nějakou vážnou duševní poruchou?
3. Jaká životní událost nebo události souvisely s počátkem vzniku drogové kariéry dotazovaných osob?

- Vzpomenete si, co bylo impulsem pro vznik vaší závislosti na návykových látkách?
- Pokud ano, popište mi událost podrobněji.

Fixace dat byla provedena pomocí audiozáznamu a za pomoci záznamového archu, jehož poznámky sloužily pro zaznamenávání důležitých skutečností, které vyplynuly během zaznamenávání na audiozáznam. Pomocí poznámek jsou zaznamenány na arch skutečnosti, které se během rozhovoru nezaznamenaly na audiozáznam (Mioviský 2006). Před začátkem rozhovorů byli respondenti ujištěni o naprosté anonymitě jejich osobních údajů

Další etapou je zpracování získaných dat pro kvalitativní analýzu. Mezi nejrozšířenější úpravy transkripce záznamů patří tzv. redukce prvního řádu. Tuto techniku používáme tam, kde se nepracuje s dílčími projevy mluveného slova, ale pouze s obsahem. Nejjednodušší formou redukce prvního řádu je vynechání všech částí vět, které nesdělují nějakou identifikovatelnou explicitně vyjádřenou informaci. Text je editorován, z použitého záznamového archu je doplněn různými poznámkami a skutečnostmi k danému tématu (Mioviský,2006).

Závěrečnou etapou je analýza získaných dat. Nejprve byla použita metoda vytváření trsů, jejich pomocí byly seskupeny a konceptualizovány určité výroky do skupin dle rozlišení určitých jevů, místa, případů a dalších podobností mezi identifikovanými jednotkami.

Společným znakem takového trsu může být například tematický překryv, tj. když vyhledáváme ve výrociích osob, všechny takové pasáže, které se týkají jednoho úzce ohraničeného tématu. Z těchto identifikovaných výroků v určitých významových kategoriích dále můžeme dále konceptualizací získat základní kategorie, které reprezentují určitou významovou kategorii. Dále v takto vzniklých skupinách (trsech) byly vyhledávány určité opakující se vzorce, přičemž metodou zachycení vzorců jsou zjišťovány obecnější principy nebo vzorce určitých jevů vzhledem k určitému kontextu (Mioviský,2006).

7.4. Etické otázky

Základem každé výzkumné práce je důležité neopomíjet etická pravidla a principy. Je nutné zohledňovat, zdali námi prováděné výzkumné intervence se nestávají kontraproduktivní s etickými hledisky a až poté je uvádět v rámci našeho výzkumu.

V rámci případové práce je obzvláště důležité klást důraz na etické principy, protože v takovémto typu výzkumné práce se zabýváme životními příběhy lidí, kteří procházejí těžkými životními zkušenostmi. Právě proto, je zde nutné brát zřetel na jejich anonymitu a tím předejít i jejich možnému poškození.

Vzhledem k tomu, že většina účastníků této výzkumné studie se nacházela v léčebném procesu s různými psychickými poruchami, bylo důležité obezřetně k nim přistupovat v rámci prováděných rozhovorů, tak, aby nebylo ještě více narušeno jejich psychické nastavení. Každý respondent byl na začátku rozhovoru pečlivě seznámen s obsahem pokládaných otázek a byl upozorněn, že je možné kdykoliv rozhovor ukončit, či pro něho jakoukoliv nepříjemnou část rozhovoru pozastavit. Tím byl brán zřetel na bezpečí respondenta před jeho možným psychickým rozrušením.

Všechny rozhovory byly realizovány v prostředí, které budilo v respondentech klid a pocit bezpečí. Na začátku každého jednotlivého rozhovoru byl respondent seznámen s účelem výzkumné studie a byl získán písemný informovaný souhlas (kopie tohoto informovaného souhlasu je přiložena v příloze této studie). Vzhledem k tomu, že převážná většina výzkumného souboru byla získána v konkrétní léčebně závislosti, bylo nutné před započítím studie požádat a poté seznámit s cílem výzkumu etickou komisi daného zařízení a požádat ji souhlas provedení výzkumu.

Během výzkumné studie je důležité dbát důraz na zachování anonymity informací, což je možné dodržet tak, že během výzkumné studie je kladen důraz na obezřetnost při uváděných konkrétních jmen a názvů jakýchkoliv institucí, které by mohli vést k porušení anonymity respondenta a tím jeho možného poškození.

Všechny získané osobní údaje respondenta jsou následně zpracovány dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Tyto údaje jsou realizátorem výzkumu zpracovány a následně jsou zničeny tak, aby se předešlo případnému zneužití další osobou. K základním pravidlům etických norem, patří zpravidla ochrana účastníků výzkumu. Nesmíme ale, také zapomínat na ochranu výzkumníka samotného. Podle Miovského (2006), který k tomu dodává, že při realizaci výzkumného šetření s osobami se specifickými potřebami, mohou vznikat situace, kdy je vyžadována citlivost výzkumníka umět řešit tuto situaci.

8. PŘÍPADOVÁ PRÁCE

Případová práce č.1.

Základní informace o případu R1

Klientka 26 let, uživatelka pervitinu, který užívá od 22 let. Momentálně se nachází v terapeutické komunitě, kde absolvuje střednědobou léčbu, je to její první léčba v komunitě. Do léčby šla dobrovolně, z důvodu, kdy již nedokázala bez drogy zcela normálně, jak sama říká „fungovat“. Léčba ji zanedlouho končí a z komunity odchází do doléčovacího centra, které, jak sama říká považuje za poslední fázi léčby. Je vnitřně motivovaná změnit svůj život s celkovým náhledem na svůj problém.

Anamnéza

Osobní (zdravotní) anamnéza

Klientka neprodělala žádné závažné onemocnění. Pouze uvádí, že v dětství měla často psychosomatická onemocnění. Jako příčinu těchto potíží uvádí opakovaný stres, který dále kompenzovala záchvatovitým přejídáním. Ráda vzpomíná na časté pobyty v nemocnicích, kde cítila klid a pohodu. Uvádí, že i v současné době se dokáže vlivem stresu přejídat, a to i v návaznosti na svůj vzhled i možnou obezitu.

Sociální anamnéza

Klientka měla v mládí velmi dobrý prospěch, byla šikanována ve škole, měla problémy zapojit se do kolektivu. Během studia měla problémy se svým chováním, neuznávala autority. Vystudovala vysokou školu, ale ve svém oboru zatím ještě nenašla uplatnění. Po ukončení studia ještě dosud nebyla zaměstnána. Rodinné problémy řešila tím, že odjela od rodiny, cestovala po Evropě. na cestách se snažila zapomenout, na to, co musela zanechat ve svém domově. Po návratu bydlela u své kamarádky, u které hledala svůj klid.

Rodinná anamnéza

Klientka žila v úplné rodině, měla dva sourozence, se kterými má je v kontaktu. S bratrem má velmi dobré vztahy, starší sestra s ní dodnes nemluví. Vyčítá jí, že je „feťáčka“, přestože sama dodnes žije s mužem, který užívá drogy. Paradoxem v tomto případě je, že muž sestry je dealerem, který prodává drogy své švagrové. Ta to několikrát říkala své matce, že se jí nelíbí, že mají v rodině dealera a který jí prodával drogy. Matka, to vše zavrhla a nechtěla to řešit se svou dcerou. Klientka je rozhodnutá, pokud ji opět začne nabízet drogy, je rozhodnutá vše oznámit své sestře i za cenu rozbití jejich manželství. V rodině panovala celkově velmi špatná nálada. Otec byl alkoholik, s matkou se neustále hádali, fyzicky ji napadal a vyhrožoval celé rodině. Hádky byly na denním programu a děti měly strach o matku, že ji otec ublíží. Matka raději chodila každý den z práce až večer, kdy otec byl doma už doma a zpitý. Děti žily neustále v nejistotě, co se doma opět stane. Až dnes si klientka uvědomuje, jak moc ovlivnilo její život, dětství prožité s otcem-alkoholikem. Matka i přesto že byla pod neustálým tlakem opileckých hádek s otcem, nikdy nechtěla řešit situaci rozvodem. Situace se změnila, když otec předčasně zemřel na závažné onemocnění v důsledku nadužívání alkoholu. Klientka se dodnes nemůže smířit s tím, že otcovi nedokázala nikdy odpustit, i přestože ho milovala.

Drogová anamnéza

Primární drogou klientky je pervitin, který užívá od svých 22 let. Jako další zkušenost s nelegální drogou uvádí marihuanu a dříve experimentovala s alkoholem. V současné době bude končit dlouhodobou léčbu v terapeutické komunitě, se závislostí na návykových látkách. Má celkový náhled na svůj problém.

Život se závislým členem rodiny

Klientka se narodila do úplné rodiny s dvěma sourozenci. Matka byla pracovitá žena a milovala svou rodinu. Otec byl alkoholik. Byl zcela nespolehlivý a neuměl se postarat o svou rodinu, kterou psychicky týral tím, že se s matkou denně hádal pod vlivem alkoholu. Doma všechno rozbíjel a napadal matku, děti děsil svým křikem. I přesto, že svým chováním děsil celou svou rodinu, rodina ho stále milovala a marně se mu snažila pomoci. Bohužel nabízenou pomoc vždy odmítal. Pokud byl střízlivý, uměl dát najevo svou lásku, ale bohužel střízlivý býval pouze výjimečně. Matka se ho neustále snažila před dětmi obhajovat a snažila se ho všemožně krýt a ospravedlňovat, stále doufala, že se otec změní. Celkové napětí v rodině neustále stoupalo, hádky byly neustále na denním pořádku a celkové klima v rodině se stávalo stále neúnosnější.

V rodině panovalo napětí z toho, že se otec zase vrátí domů v podnapilém stavu. Často nás sousedi volali členy rodiny, abychom si šli pro otce, který se nemohl v důsledku podnapilého stavu postavit na nohy. Dodnes klientka nechápe svou matku, proč ho neustále obhajovala, a to i přesto, že ji společně se sourozenci přemlouvali, ať se s ním rozvede. Nikdy o tom nechtěla ani slyšet. Stále otce bezmezně milovala, stále otce obhajovala a tvrdila, že otec za to nemůže, protože sám měl velmi těžké dětství. Měl velmi neurovnané vztahy se svou rodinou, kde nepoznal nikdy lásku, jeho matka ho citově vydírala a nikdy otce za nic neoceníla. Musel snášet hodně křivd, hodně ublížení, sám neměl žádné sebevědomí, proto ho matka stále litovala a věřila, že on se opět jednou změní. I přes dysfunkční prostředí v rodině, byla rodina dobře finančně zajištěná. Matka pracovala v malé firmě na vysoké pozici a nebylo pro ni problémem finančně zajišťovat rodinu.

Mezi sourozenci postupně narůstalo napětí. Jak děti dorůstaly, rodina se pomalu rozpadala. Bratr odešel bydlet na kolej a sestra si našla vztah a odstěhovala se ke staršímu muži, který bohužel je sám závislý na návykových látkách. Odešla proto, aby dále nemusela snášet věčné napětí, které doma panovalo.

Otec v důsledku nadužívání alkoholu a vlivem špatné životosprávy podlehl zákeřné nemoci a rodina se zcela rozpadla. Klientka se dodnes nemůže smířit se smrtí otce. Odešla od své matky, která zůstala sama.

Zhodnocení případové práce klientky

Protektivní faktory v rodinném systému

V příběhu klientky R1 se v průběhu analýzy dat bude možné identifikovat několik protektivních faktorů, které měly pozitivní vliv na rozvoj života jedince. Za jeden z takových faktorů můžeme považovat např. **soudržnost rodiny**, kdy rodina drží při sobě. Klientka několikrát zdůrazňovala, že i přes vyskytující se problémy rodina držela vždy při sobě. Na otázku, proč matka neřešila situaci rozvodem? klientka odpovídá „*i přes ty všechny problémy jsme milující rodina, máme mezi sebou dobré vztahy, otce jsme se vždy snažili zachránit, my se navzájem podporujeme*“. Celá rodina stále věřila, že se situace jednou změní. Jedním z důležitých faktorů je, že rodina byla celkem **finančně dobře zajištěná** i přes vzniklou situaci, kdy otec měl problémy se zaměstnáním, které velmi často musel měnit z důvodu své závislosti na alkoholu. Matka pracovala ve vedoucí pozici malé firmy, čímž nastávající problémy mohla zvládat díky své velmi dobré finanční situaci.

Jako poslední z protektivních faktorů zde můžeme definovat **podporu růstu a rozvoje dítěte**, kdy i přes veškeré problémy v rodinném systému, rodiče společně projevovali zájem o vzdělání své dcery, zajímali se o její školní výsledky, a i nadále po ukončení základní školy dceru podporovali, aby mohla vystudovat střední a poté i vysokou školu. Na otázku, zda respondentku nutili rodiče k činnostem, o které jste neměla zájem“? respondentka uvádí „*...,ne, to nikdy, mohla jsem si vždy vybrat to co mě zajímalo, rodiče mi dávaly velkou volnost v mém rozhodování*“. Při již zmiňované vyplývající soudržnosti v rodině panovala zde i důvěra mezi členy rodiny.

Rizikové faktory v rodinném systému

Provedenou analýzou rozhovoru se odhalilo hned několik rizikových faktorů. Jedním ze zásadních faktorů byl definován **dysfunkční rodinný systém**, kdy jeden z členů rodiny produkuje maladaptivní chování, a tedy můžeme hovořit o dlouhodobém a intenzivním nesouladu v rodinném systému. V tomto případě patologické chování otce zásadním způsobem narušuje nerespektování individuálních potřeb jednotlivých členů rodiny, a tím i celé soužití rodiny. V rodině jsou neustále hádky mezi rodiči, které přenášejí stres na jednotlivé členy rodiny. Právě stres může být příčinou častých psychosomatických problémů klientky, kdy byla velmi často hospitalizována a jak sama uvádí „*v nemocnici jsem byla vždy ráda, byl tam klid, nemusela jsem pořád dokola poslouchat ty věčné hádky mezi tátou a mámou*“. Později se vlivem stresu přidávaly i problémy s přejídáním, které pomáhalo tyto emoční podněty snižovat.

Pokud bychom pátraly po příčinách maladaptivního chování otce, je důležité brát zřetel, a to v jakých podmínkách on sám vyrůstal. Proto za dalším z rizikových faktorů můžeme považovat **negativní transgenerační přenos** v rodině, který hrál velkou roli ve vývoji jedince. Otec vyrůstal ve zcela dysfunkční rodině, jak respondentka uvádí: „...*co on nám mohl dát? Táta mi vyprávěl, že měl hrozné dětství, měl hrozné vztahy se svou rodinou, nikdy nepoznal lásku, uznání od své matky, dneska ho možná ho i chápu, proč tolik pil, nikdy neměl žádné sebevědomí a neuměl to řešit, a proto to asi zřejmě řešil, tím chlastem*“. Za další důležitý rizikový faktor, který se v rodinném systému vyskytoval, můžeme považovat **kodependenci (spoluzávislost)**, kdy otcovo závislé chování nevědomě umožňovala i matka, která otce neustále před dětmi obhajovala. Ve své snaze pomoci otci a zachránit ho v dobré vůli celý problém bagatelizovala. Tím otci napomáhala a nadále ho udržovala v závislosti. Zde můžeme v rámci kodependence také poukázat i na to, že švagr manžel sestry byl dealer pervitinu, který poskytoval celkem pravidelně klientce. Ta o tom hovořila s matkou, ale matka o tom nechtěla nikdy slyšet ani slovo, „*přeci jim nebudeme rozbít rodinu, vždyť spolu žijí už tolik let a sami mají rodinu*“. I přes to že ohrožuje druhou dceru. Ta je rozhodnuta, pokud ji opět začne nabízet drogy, vše oznámí své sestře i za cenu rozbití manželství.

Významným rizikovým faktorem v rodině byla **předčasná ztráta člena rodiny**. Otec ve středním věku podlehl těžké nemoci. Klientka se s tímto faktem velmi těžko vyrovnávala. Jak sama uvádí „*nejraději bych ho zmlátila za to co si to na nás dovoloval. Když umíral, nebyla jsem schopná mu něco říct, vyčítat....protože jsem ho moc milovala*“. Odpustila jste otci? „*nedokázala jsem mu odpustit, za to, jak se choval k matce, jsem z toho nešťastná, dodnes nevím...?*“ Předčasná smrt otce klientku velmi poznamenala. Dodnes se nemůže s jeho smrtí vyrovnat. V 17 letech měla dlouholetý vztah, který po smrti otce přerušila. S přítelem se rozešla s rozhodnutím, opustit všechno co dosud milovala. Dokončila studium a krátce na to opustila matku a vydala se cestovat po Evropě ve snaze zapomenout na vše co kdysi milovala, na celou svou rodinu, na své přátele. Nějaký čas bydlela u kamarádky v Holandsku, kde pobývala více jak půl roku. Každému vyprávěla, že nemá žádnou rodinu, i když věděla, že to není pravda. Lhala sama sobě i svému okolí. Ztrátu otce nesla velmi těžce, jak sama uvádí... „*už dopředu jsem se bála, zažít opět ztrátu někoho milovaného*“. Postupně si chtěla odbourat všechny své vztahy, aby již nemohla zažít zranění ze ztráty milované osoby, což v té chvíli považovala za svou obranu.

Po návratu do Čech se snažila začít „normální život“ znovu nalezením partnerského vztahu. Tím zde nacházíme další z rizikových faktorů, a to **navazování vztahů se závislými partnery**

na návykových látkách. Klientka zjišťovala, že má problémy s muži, protože otec byl pro ni jediným mužským vzorem a jeho věčné pití jí už připadalo, jako zcela normální a běžná věc.

Životní události, které souvisely se vznikem drogové kariéry

Během studia klientka začala experimentovat s návykovými látkami, kdy převážně užívala alkohol a marihuanu. S tvrdými drogami se seznámila až po svém studiu a po smrti otce, kdy vzhledem k okolnostem jí nabídl drogu její švagr, manžel její sestry. Ten byl dealerem pervitinu a velmi rád ji ho obstarával. On sám užíval tvrdé drogy mnoho let. Po smrti otce, se kterou se dosud nemohla vyrovnat, odešla od rodiny a bydlela u kamarádky. Ta jí dala kokain. V kokainu postupně nacházela uvolnění a hlavně způsob, jak zapomenout na své dětství a na vše co dosud milovala. Postupně se stala pravidelnou konzumentkou pervitinu, a stala se na něm závislá.

Případová práce č.2

Základní informace o případě R2

Klientka 37 let, primární drogou uvádí pervitin v kombinaci s alkoholem. Během svého života několikrát absolvovala léčbu na návykových látkách, ale žádnou nikdy nedokončila. V současné době nevyužívá žádné služby poskytující léčbu drogových závislostí. Je zaměstnaná jako pomocná síla v kuchyni. Žije s přítelem ve společné domácnosti a s nezletilou dcerou. Velmi miluje svou dceru, která je na ni velmi fixovaná. Momentálně mají oba soudem nařízen dohled probační pracovnice. Užívání pervitinu momentálně spíše sporadicky, což kompenzuje denním užíváním alkoholu. Často s partnerem střídají zaměstnání. Střídají často podnájem, protože mají problém platit nájem. Ve své sociální situaci se cítí nešťastná, ale je zcela bez náhledu na svůj problém, který není v současné době schopná vůbec řešit.

Anamnéza

Osobní (zdravotní) anamnéza

Neuvádí žádná závažná zdravotní onemocnění. Pouze v období puberty, uvádí psychické problémy s přijímáním potravy z důvodu svého vzhledu.

Sociální anamnéza

Na základní škole měla dobrý prospěch. Velmi ráda hrála na různé hudební nástroje, nejvíce ji bavilo hraní na klavír. Avšak toho brzy zanechala, protože ji otec nutil hrát. To se jí nelíbilo. Rodiče se v té době zajímali, jak se dcera učí, a také ji podporovali. Po ukončení základní školy šla studovat na střední školu, kterou ale nedodělala kvůli špatnému přístupu ke studiu. Dodnes pracuje jako pomocná síla. Práce jí nevádí, ale často musí měnit zaměstnání, protože má problém přijímat autority. Neustále střídá partnery a není se svým postavením vůbec spokojená.

Rodinná anamnéza

Klientka žila v úplné rodině, měla starší sestru a mladšího bratra. Rodiče se později rozvedli. Do rozvodu žili společně v rodinném domě na malé vesnici. Oba rodiče byli zaměstnaní. Matka byla zaměstnána v zodpovědné funkci a otec měl vysoko postavenou funkci ve státní správě. V rodině panovala zdánlivě klidná atmosféra. Otec byl kvartální alkoholik. Nějaký čas se choval jako ten nejlepší otec pak zase jako někdo zcela jiný. Když otec pil, byly doma hádky na denním pořádku. Matka, děti velmi milovala, snažila se o jejich blaho a různě je podporovala.

Drogová anamnéza

Ve dvanácti letech se poprvé setkala s tvrdou drogou v kombinaci s marihuanou. Injekční užití drogy zažila poprvé v patnácti letech, kdy jí dávku aplikovali kamarádi proti její vůli. Nerada na to vzpomíná, pamatuje si, že jí bylo velmi zle. Tvrdé drogy začínala užívat, protože si připadala tlustá a chtěla být hubená, aby se líbila svému otci. Ten ji totiž často kritizoval, že je tlustá a měla by proto se sebou něco dělat. V současné době má za sebou několik neúspěšných léceb, však nadále užívá drogy, které pravidelně kombinuje s alkoholem. Nedochozí do žádné ambulance a nikde jinde si neléčí svou závislost na návykových látkách. Má pocit, že má všechno pod kontrolou.

Sexuální zneužívání členem rodiny

Klientka se narodila do úplné rodiny. Měla starší sestru a mladšího bratra. Otec byl vysoko postavený zaměstnanec ve státní správě, matka byla zaměstnaná jako úřednice. Své dětství popisuje celkem jako klidné. Matka se starala o rodinu, jak nejlépe mohla. Otec byl kvartální alkoholik, který uměl vždy v určitém období být zcela bez alkoholu, ale poté vydržel v

několika denních pravidelných intervalech konzumovat alkohol. Během tohoto období, kdy byl pod vlivem alkoholu, opakovaně sexuálně zneužíval klientku. Poprvé k tomuto došlo, když bylo klientce sedm let. Otce klientka popisuje jako hodného tátu, co se stará o rodinu, ale jak se opil,

bylo jeho chování zcela neadekvátní roli vychovávajícího otce. I přesto své dětství klientka popisuje jako velmi pěkné a svému otci nedává nic za vinu, na otázky se jí však velmi těžko odpovídá. Klientka si není jistá, zda otec nezneužíval i její starší sestru. Ta o otci naprosto nemá zájem mluvit a pouze sděluje, že je ráda že jeho mohla vytěsnit ze svých vzpomínek.

V době, kdy otec měl své několikadenní alkoholové tahy, matka chodila domů vždy pozdě večer. Nikdy nechtěla být svědkem otcových opileckých excesů, proto se ani nikdy s otcem nehádala. Matka zřejmě věděla, co se doma děje, když je otec pod vlivem alkoholu a také tušila, že otec zneužívá dcery, ale měla z něho strach, a hlavně se s ním nechtěla hádat, proto dělala že nic neví a vše přehlížela, naopak s dcerou se potom ani nechtěla bavit. Vždy dělala, že se nic neděje. Zneužívání se pravidelně opakovalo. Doma panovala nálada jakoby se nic nedělo. Starší sestra si při první příležitosti našla vztah se starším mužem, který byl finančně zajištěný, ale že byl uživatel pervitinu ji nevadilo, bylo důležité že mohla odejít od rodiny a nebýt v dosahu svého otce. První kontakt s drogou klientka uvádí kolem třináctého roku, a to na popud, kdy se jí otec smál, že je tlustá, a proto by měla se sebou něco dělat. Ona se otci líbit chtěla, proto začala pravidelně užívat pervitin s vědomím, že bude hubnout a bude se líbit otci.

Matka se s otcem po letech rozvedla, a dodnes hledá stálý vztah s mužem, ale bohužel, každý její nový vztah trvá pouze krátce. Otec si našel mladší přítelkyni. Rodina se pomalu rozpadla, mladší bratr odešel bydlet na kolej a domů jezdil velmi sporadicky. Klientka má otce dodnes velmi ráda, nedává mu nic za zlé a vše odůvodňuje tím, že otec za to nemohl, protože byl v podnapilém stavu, ale jinak byl pro ni, vždy hodný a pečující otec.

Zhodnocení případové práce klientky

Protektivní faktory v rodinném systému

V této případové práci klienty R2 bylo možné během analýzy dat nalézt pouze minimum protektivních faktorů, které by měly pozitivní vliv na rozvoj osobnosti v tomto rodinném systému. Za jeden z těchto pozitivních faktorů, můžeme považovat **úplnou rodinu**, která je pozitivním vzorcem pro dítě do budoucna. V úplné rodině klientky nechyběl otcovský a mateřský vzor. Dalším protektivním (ochranným) faktorem, který byl identifikován, byla starost rodičů potomka o jeho **záliby a vyplnění volného času**. Klientka uváděla mnoho zálib, ve kterých ji rodiče podporovali v jejich plnění.

Rizikové faktory v rodinném systému

Rizikových faktorů v rodinném systému klientky jsme pomocí analýzy dat mohli identifikovat hned několik. Za jeden z nejdůležitějších rizikových faktorů musíme jednoznačně označit **dysfunkční rodinu**, kde se vyskytovaly patologické vzorce chování člena rodiny. I když rodina zdánlivě fungovala jako funkční, vyskytovaly se v ní projevy alkoholismu, sexuálního zneužívání a dále i spoluzávislosti. Tyto faktory, měly později zásadní vliv na členy rodiny, a to většinou negativním dopadem na jejich život v budoucnu.

Zdánlivě funkční rodinné prostředí ukrývalo velmi zásadní rizikové faktory, které ovlivnily budoucí život klientky. Dalším z těchto rizikových faktorů jsme definovali **sexuální zneužívání otcem**, které se stalo traumatizujícím zážitkem klientky. První případ zneužití otcem bylo, když jí bylo sedm let. Na otázku, co se stalo...? „*klientka odpovídá, že když byla mamka v práci, tak mně otec sexuálně zneužil, on byl chudák napitý, snad ani za to nemůže, táta byl na nás vždycky moc hodný.*“ Řekla jsi o tom matce? „*...ne, proč, tátu mám ráda a mámu také, tak jsem neviděla důvod ji o tom říkat.*“ Postupně otec zneužíval dceru opakovaně v několika případech, vždy když byl pod vlivem alkoholu. Ta vzhledem k tomu, že o tom s nikým nemluvila, si později myslela, že sexuální zneužití svým otcem je zcela normální věc. Proto to nikomu neřekla. Sama měla starší sestru, která když se zeptala, zdali otec s ní také spí, nikdy ji neodpověděla a vždy zavedla řeč na jiné téma.

Možná jako jeden z nejzásadnějších rizikových faktorů v tomto případě můžeme uvést **kodependenci (spoluzávislost)**. Matka zřejmě věděla o této patologii, ale snažila se ji zcela ignorovat. Na otázku, zdali matka o tom věděla, že dcery otec zneužíval, odpovídá klientka: „*...táta mně zneužíval, když byla matka v práci, jako by to ani neregistrovala, ale něco určitě tušila, protože se se mnou potom nikdy ani nechtěla bavit, nevím proč nikdy nic neřekla, asi*

chtěla mít klid od táty“. Dodnes nevíme, proč to matka neřešila, ale je zcela zřejmé, že pokud by to matka řešila, nemusela si klientka nést celoživotní trauma.

Posledním z rizikových faktorů identifikovaném v případě této klientky je **rozvod rodičů**. I přes popisované patologie rodinného systému klientka otce milovala a dodnes nemůže pochopit, proč se matka s otcem rozvedla. I přes opilecké eskapády otce byla doma klidná pohoda, rodiče se nehádali. Když se klientka ptala matky, proč se s otcem rozvedla, ta ji pouze suše oznámila, že si již nerozuměli.

Životní události, které souvisely se vznikem drogové kariéry

V tomto případě klientka poprvé s drogami experimentovala ve třinácti letech. Na popud svého otce, který se jí smál, že je tlustá a že by s tím měla něco dělat. V té době měla problémy s přijímáním stravy, trpěla bulimií. Matka jí nacházela různě poschovávané pytlíky se zvratky s jídlem. Musela podstoupit léčení, které jí pomohlo, ale stále přibírala na váze, proto se rozhodla, že bude užívat tvrdé drogy. Impulzem užívání drog bylo tedy její tělo, cítila se strašně ošklivá, proto začala brát pervitin. Hlavně se chtěla líbit otci, který ji sexuálně zneužíval a měla strach, že by už o ni neměl zájem. Postupně se u ní rozvinula závislost na pervitinu a jiných drogách, které později užívala pravidelně nitrožilně.

Případová práce č. 3.

Základní informace o případě R3.

Klientka 35 let, uživatelka pervitinu. První setkání s drogou ve třinácti letech. Byla několikrát hospitalizována pro léčbu závislostí. Nikdy nedokončila kompletní léčbu, vždy předčasně ukončila pobyt. Z důvodu autohavárie pod vlivem návykové látky jí byla nařízena soudem ambulantní léčba, kterou úspěšně absolvovala. V současné době opět užívá pervitin v kombinaci s alkoholem. Nikde se momentálně neléčí a ani nedochází do žádné psychiatrické ambulance. Pracuje v rodinném podniku, který vede její matka. Stále marně hledá dlouhodobý vztah s mužem. Často střídá partnery. Je velmi nespokojená se svým životem, který se marně zatím snaží změnit.

Vzhledem k tomu, že je zaměstnaná v podniku, který vlastní její matka je velmi časově vytížená. A jak sama uvádí, vždy se těší na večer, kdy může mít na sebe chvíli času. Vždy se těší, až si bude moci aplikovat pervitin, který ji pomáhá, aby neusnula a mohla si udělat své věci, na které jindy nemá čas.

Anamnéza

Osobní (zdravotní) anamnéza

Neuvádí žádné výraznější zdravotní potíže. Měla dosud běžné dětské nemoci. Uvádí pouze psychické potíže v době rozvodu rodičů. Léčila se i krátce na dětské psychiatrii s úzkostmi a stresem. Jiné zdravotní problémy nemá a ani je neuvádí.

Sociální anamnéza

Ve škole měla velmi dobrý prospěch. Nemohla si dovolit mít špatné známky z obavy matčiny reakce. Velmi často se s rodiči stěhovala, z bytu do bytu. Byla introvertem, který byl zvyklý být sám. Kamarády nevyhledávala, protože se musela neustále starat o domácnost.

Vystudovala obor číšnice, v tomto oboru pracuje dodnes. Pracuje v podniku, který vlastní její matka se svým přítelem. Momentálně je ve vztahu s mužem, ale jejich vztah prochází velkými problémy.

Rodinná anamnéza

Klientka se narodila do úplné rodiny, neměla žádného sourozence. Když jí bylo 8 let, rodiče se rozváděli. Bylo to pro ni velmi těžké období. K otci si vytvořila velmi silné citové pouto, nahrazoval ji matku, která na výchovu dcery neměla nikdy čas. Otec byl na matku hrubý, neustále se hádali a někdy i na matku použil fyzického násilí. Někdy se stalo, že byla klientka svědkem násilí mezi otcem a matkou, ale matku nikdy nelitovala. K matce si nedokázala vytvořit citové pouto.

Matka byla velmi hyperaktivní a autoritářská žena. Byla neustále v práci. Neustále se s matkou po rozvodu s otcem stěhovali. Matka kupovala byty a obratem je dražší prodávala. O rodinu se dokázala vždy finančně postarat, ale její vztah k dceři byl velmi chladný. Vždy muselo být po jejím. Dodnes je její vztah k matce velmi otažitý i když ji velmi miluje. Matka má již několik let vztah, který trvá dodnes. S otcem je velmi často v kontaktu, bydlí nedaleko jejího bytu. Jejich citový vztah jeden k druhému trvá dodnes. Na koho z rodičů je podobná, odpovídá že je spíše po matce, což ji trochu děsí, ale zase představa, že bude jednou jako ona, jí nevadí.

Drogová anamnéza

Jako primární drogu u klientky jsme definovali pervitin. Ten poprvé užila ve škole, kdy ji ho poskytli kamarádi. Chtěla zapadnout do party. Musela být hospitalizována na detoxu. Po detoxu už nezkoušela tvrdé drogy, pouze kouřila marihuanu, z důvodu, aby mohla „uniknout z reality“. Absolvovala několik léčeb. V současné době opět užívá pervitin. Velmi často konzumuje alkohol, který jí pomáhá zvládat stres, který dnes zažívá.

Poruchy attachmentu

Klientka se narodila do úplné rodiny. Byla jako jedináčkem. Rodiče už druhé dítě nechtěli. V rodině byly velmi napjaté vztahy. Matka byla workoholik a velmi autoritativní žena, neustále pracovala a neměla čas se věnovat rodině. Většinu času trávila s otcem, který jí nahrazoval matku. Otec jí plně nahrazoval matku, ve všech ohledech, uměl jí vysvětlit i různé ženské záležitosti, které většinou vysvětlují matky dcerám. Matka ta na to nikdy neměla čas a bylo to pro ni ztrátou času. Pokud byl otec v práci, byla stále sama doma. Matka si to také tak vyžadovala, aby se starala o domácnost. Už jako malá se naučila vařit a uměla veškeré domácí práce, jak sama uvádí, také ji to bavilo. I přesto že nebyla sportovně nadaná, matka chtěla abych nějaký sport dělala. Nebyl pro ni žádný problém ji zaplatit jakýkoliv kroužek, ale musela vidět z toho do budoucna nějaký zisk. Nevadilo jí, pokud se bude klientka něčemu věnovat, ale šlo jí o to, aby to mělo podle ní budoucnost, a hlavně se vším ona musela souhlasit. Matka ve všem viděla pouze zisk a jak co nejvíc na všem vydělat.

Po nějaké době byly mezi rodiči stále častější hádky, otec se vracel často domů opilý a matku často fyzicky napadal. Nikdy matku nelitovala, nic k ní necítila, i když ji milovala, protože byla její matkou. Často po každé hádce pochybovala o sobě samé, často se zaobírala otázkou, proč se matka tak k ní chová a mívala pocit, že není hodna její lásky. Toto vše ji ale vždy uměl nahradit otec, který se k ní choval lépe jak matka, a také ji plně nahradil. Proto vždy otcovi vše uměla odpustit. Z matky měla velký respekt a velmi si jí vážila, ne jako matky, ale jako člověka, který se dokázal o vše postarat a vše zařídit.

Když bylo klientce osm let rodiče se rozvedli a ona zůstala u matky. Otec si našel přítelkyni a odstěhoval se od nás. Matka zřejmě z pocitu špatné finanční situace, začala levně kupovat byty a dražší je prodávat. Z důvodu neustálého stěhování musela často přecházet do jiné školy, kde se sotva seznámila s dětmi a už se opět stěhovali. Bála se matce jenom trochu oponovat, ta byla stále nervózní a stalo se, že ji jednou tak zbila, že nemohla jít ani do školy, protože byla samá modřina.

Během přechodového období mezi dětstvím a dospělostí, v období dospívání (puberty), i přes to, že měla velký strach z matky, začala více často chodit pozdě domů. Stále častěji vyhledávala společnost svých vrstevníků, kde poprvé začala experimentovat s drogami. Postupně si vytvořila závislost na tvrdých drogách, na kterých je závislá dodnes.

Zhodnocení případové práce klientky

Protektivní faktory v rodinném systému

V tomto případě jsme v rámci výzkumu mohli analyzovat jen málo protektivních faktorů, které bychom mohli považovat v rámci osobnostního rozvoje klientky za pozitivní. Důležitým protektivním faktorem v případě naší klientky je **attachment (vazba, citové přilnutí)**. V tomto případě zde hrál attachment velkou roli, kdy si klientka vytvořila silné citové pouto k otci, jak sama uvádí: „...vím, já až budu matkou, budu hodná jako on, táta ten mi všechno vysvětloval, jak to v životě chodí a vysvětloval mi i věci, která mají vysvětlovat matky dcerám“.... který ji nahrazoval v mnoha případech matku. Přesto že s dítětem nemohl trávit mnoho času, vytvořilo se potřebné citové pouto mezi ní a jí blízkým člověkem.

Dalším protektivním (ochranným) faktorem jsme analýzou dat mohli identifikovat **ekonomickou nezávislost rodiny**. Sice tento faktor nemůže nahradit citové vazby, ale k existenci rodinného systému ho můžeme považovat za velmi důležitý. Sama klientka k tomu uvádí: „...pamatuji si, že jsme nikdy nestrádali a peněz jsme měli vždycky dost, matka aby měla klid, mi vždy koupila co jsem potřebovala a zároveň mě i učila být finančně gramotná“...Zároveň ji učila, jak hospodařit s penězi.

Rizikové faktory v rodinném systému

Rizikových faktorů jsme v tomto případě identifikovaly hned několik. Prvním, a asi nejvíce zásadním faktorem, který je velmi důležitý v životě dítěte byl **nedostatečný attachment**, v tomto případě byl ze strany matky zcela nedostatečný vůči dítěti. I když si klientka vytvořila silnou citovou vazbu k otci, byla si vědoma citového strádání: „...*strašně mi chyběla matka, nikdy si se mnou nepromluvila jako máma s dcerou, to mě dodnes stále trápí a nedovedu to pochopit, proč se tak ke mě chovala*“

Absence citové vazby matky ke své dceři citelně klientku zasáhla. I když klientka vyrůstala v úplné rodině měla stále pocit, že jí matka chybí, „...*matka na mě nikdy neměla čas, a to mně dodnes mrzí, ani náznakem mně ani trochu neroz mazlovala, to by asi mělo poznat snad každé dítě, no né....*“. Roli matky zde zastupoval otec, což ke zdravému rozvoji dítěte mnohdy zcela nestačí. Pokud budeme dále sledovat roli matky, můžeme definovat další z rizikových faktorů, a to **autoritativní matku**. Zde, lze považovat tento styl výchovy za autoritářský s neblahými dopady na osobnostní růst dítěte: „...*strašně jsem se mámy bála, když jsem udělala něco, co nebylo podle její představy, strašně na mě vždycky řvala, dodnes mám z toho výčitky, že jsem stále...k ničemu....*“

Často přemýšlela o matce, proč taková je. Zde jsme mohli identifikovat další rizikový faktor -**negativní transgenerační přenos**. Od sestry její matky se dozvěděla, že měla velmi tvrdé dětství: „...*matka je zřejmě po svém otci, který ji za všechno šikanoval, řval na ni a do toho chlastal, prý to byl agresivní chlap, který si na matce vyléval svou zlost*“. Matka nenávidí dodnes řvaní i když na mě kolikrát řve, aniž si to uvědomuje. Má neustále potřebu něco vracet, „...*protože, jak sama tvrdí, chlapy nenávidí..*“. V tomto případě je transgenerační přenos evidentní již tím, že klientka sama o sobě říká: „...*dodnes nechápu některé věci, které matka dělá, ale sama mám z toho strach, že budu po ní, a to já nechci....*“

Důležitým rizikovým faktorem, který je často zásadním zlomem ve výchově potomka je **rozvod rodičů**. Ten sebou nese mnoho emočních a psychických následků pro dítě. Klientka sama říká, že rozvod rodičů byl pro ni velmi těžkým obdobím: „...*pamatuji si, že jsem v té době neustále plakala, stále jsem měla z něčeho strach, matka se mnou stále jezdila k psychiatrovi*“. Po rozvodu byla klientka ráda, že už nebude muset být svědkem hádek rodičů, ale otec jí bude velmi chybět. Rozvod rodičů většinou znamená pro potomka traumatickou událost, která ho může do budoucna poznamenat. Dítě je vlivem rozvodu rodičů, vystaveno emočně nepříjemným obavám, které později velmi těžko zpracovává.

Životní události, které souvisely se vznikem drogové kariéry

Nezdravý rodinný systém bývá často spouštěčem k různým patologiím u potomků. Jedním z takových to nezdravých způsobů je užívání návykových látek. V důsledku všech rizikových faktorů a navíc rozvodu rodičů klientka uvádí, že užívání návykových látek *„...byl to pro mě jakým si útěk od reality, protože pod tlakem nezdravého rodinného systému, jsem byla neustále ve stresu a drogy mi dávaly pocit úlevy a zapomnění, na to všechno.“*. Klientka byla neustále pod tlakem své matky a ráda si vyhledávala různé party svých vrstevníků, kteří rekreačně užívali návykové látky, ve kterých hledali uvolnění a únik od reality. Postupně si vytvářela návyk na tento způsob života.

Poprvé byla na detoxu, kam byla převezena po intoxikaci heroinem, jako nezletilá absolvovala léčbu na návykových látkách. Od té doby, již heroin nikdy neužila, ale naopak stále více častěji užívala marihuanu a pervitin. Pervitin již užívá dodnes pravidelně, aby jak sama říká: *„...protože jsem byla denně ve stresu, pracuji u matky na hotelu jako servírka, tak jsem dnes a denně v jednom kole, na nic nemám čas, jedině v noci jsem mohla mít čas na sebe, abych ale neusnula, tak jsem si dávala perník, ten mi pomáhal být v noci čilá a mohla jsem si dát dohromady věci na které jsem jinak nikdy neměla čas.....“*

Případová práce č.4.

Základní informace o případě R4

Klientka 20 let, uživatelka pervitinu. Klientka se narodila do úplné rodiny, měla několik sourozenců, z nichž dva tragicky zahynuli při požáru obytného domu. Matka se po porodu dcery hned rozešla s otcem klientky a našla si přítele, který byl pro klientku otčímem. Rodinný systém byl zcela afunkční, oba rodiče, matka i otčím byli závislí na návykových látkách a dcera tak vyrůstala ve zcela nefungujícím rodinném prostředí. V rodině byly hádky, fyzické násilí a nadávky na denním pořádku, ani jeden z rodičů neměl stálé zaměstnání, živili se pouze příležitostnými pracemi. Otčím vyráběl v bytě, který obýval společně s rodinou, tvrdé drogy, které prodával dalším uživatelům.

Tak jako ona sama, mají i tři její sourozenci dodnes různé psychické potíže. Bratr má ADHD, neustále se pomočuje, sestry trpí depresemi a úzkostmi. Navíc jedna ze sester má hluboké propady nálad a měla by docházet do psychologické poradny. Tam ale nedochází, protože matka nemá nikdy čas. Klientka byla od dětství sexuálně zneužívána svým otčímem, ale i jinými lidmi. Dodnes má tendence sebepoškozovat se, opakovaně si způsobuje bolest za

účelem mírnit svou úzkost a deprese. Po zjištění této patologie byla umístěna do dětského domova. Otčím byl za toto jednání uznán vinným a soudem odsouzen na mnoho let do výkonu trestu odnětí svobody. Po výkonu trestu opět žije s matkou klientky ve společné domácnosti. Matka s klientkou nemluví, protože ji vše dává za vinu. Neustále jí vyčítá, že dětem vzala otce a více se s ní nechce kontaktovat.

Klientka byla až do své plnoletosti umístěna v dětském domově, odkud po dovršení plnoletosti byla propuštěna. Momentálně se nachází v TK komunitě, ve které se léčí s duální diagnózou. Zanedlouho jí bude léčba v TK končit a bude odcházet do doléčovacího centra. Má opět přítele, se kterým je v kontaktu. On sám je také uživatelem návykových látek, a momentálně se nachází také v TK pro léčbu závislostí. Oba mají v plánu, do budoucna spolu založit rodinu a společně žít.

Anamnéza

Osobní (zdravotní) anamnéza

Klientka prodělala běžné dětské nemoci. Dodnes trpí těžkou poruchou osobnosti se sklonem sebepoškozovat se. Má psychické potíže, jako jsou úzkost a deprese. Trpí nespavostí a stále pociťuje stres. Je introvertka, má problémy začlenit se do kolektivu.

Sociální anamnéza

Klientka má dokončené základní vzdělání s velmi špatným prospěchem. Nastoupila na střední školu, kterou ovšem nedokončila, protože byla vyloučena pro špatnou docházku. Dnes je nezaměstnaná. Má invalidní důchod II. stupně. Má dluhy, které chce do budoucna splácet, ale zatím neví jak. V budoucnu chce pracovat v nějaké chráněné dílně.

Rodinná anamnéza

Klientka se narodila do úplné rodiny, ale krátce po jejím narození se matka s otcem rozvedla a našla si hned nového přítele. Měla celkem pět sourozenců, dva vlastní a tři nevlastní.

Bohužel dva vlastní sourozenci při požáru rodinného domu tragicky zahynuli. Matka i otčím jsou oba závislí na návykových látkách, které oba pravidelně užívají. Rodina je dysfunkční, je typická tím, že zcela neplní svou funkci s výskytem patologického chování obou rodičů, které jakýmkoliv způsobem brání dítěti v jeho zdravém osobním a rozvoji. Rodiče klientky pracují vždy pouze krátkodobě, a většinou jsou vedeni na úřadě práce od kterého také pobírají dávky hmotné pomoci.

Své dětství klientka popisuje jako velmi špatné, rodina zcela neplnila funkci výchovnou. Děti byly denně svědky hádek a domácího násilí. V sedmi letech otčím začal klientku sexuálně zneužívat a aplikoval ji násilím tvrdé drogy. Dívku poté prodával i svým známým. Matka ta všemu přihlížela, ale nikdy tomu nezabránila. Měla s otčíma strach, a proto se věci bála s ním řešit. Otčím klientku velmi bil, protože nebyla jeho vlastním dítětem. Ve škole zažívala šikanu ze strany žáků, tu ale stále tajila, protože věděla, že nemá nikde zastání. Traumata ze školy řešila tím, že se sebepoškozovala řezáním se ostrými předměty na různých místech těla. Toto sebepoškozování ji přinášelo úlevu ze stresu, který musela často zažívat.

Toto trvalo do jedenácti let, kdy byla pravidelně otčímem sexuálně zneužívána a byly jí podávány tvrdé drogy. Školní psycholog si všiml, že klientka má po těle vpichy od jehel a věc oznámil na policii. Ta jednání rodičů začala vyšetřovat, policie zjistila patologické chování v rodinném systému, které se zcela neslučuje se společenskými normami a otčím byl odsouzen na několik let k výkonu odnětí svobody. Klientka byla umístěna do dětského domova, kde setrvala až do svých 18 let, poté byla propuštěna.

Drogová anamnéza

První setkání s drogou, jak uvádí klientka, bylo v jejich sedmi letech. Otčím jí nedobrovolně aplikoval pervitin a opiáty ve formě speedu. Po umístění do dětského domova již k němu neměla takový přístup, ale vzhledem k tomu, že z domova často utíkala, neustále ho vyhledávala. Pokud neměla pervitin, kouřila marihuanu, kterou v kombinovala s braním benzodiazepinů a opiátů. V léčbě závislosti na návykových látkách je již opakovaně. Většinou byla předčasně propuštěna pro porušení kardinálních pravidel. Neustále vyhledává muže se stejným problémem, jako má ona sama, což mělo pro ni samotnou doposud, vždy negativní dopad

Momentálně je již před úspěšným ukončením léčby v TK, odkud odchází do doléčovacího centra, kde chce, jak sama říká, začít zcela nový život, v novém prostředí.

Traumata v rodině

Klientka se narodila do úplné rodiny, ale krátce po narození se její rodiče rozvedli. Matka měla již během svého těhotenství vztah s jiným mužem, který se k nim ihned po narození dcery nastěhoval. Její vlastní otec se odstěhoval do nedalekého města, kde žil s mladší ženou. Na své dětství vzpomíná jako na velmi špatné. Doma byly neustálé hádky. Matka i otčím byli závislí na návykových látkách, které kombinovali s pitím alkoholu. Otčím navíc hrál

pravidelně automaty, na které si neustále půjčoval různé finanční částky. Rodina byla neustále zadlužená. Klientka vzpomíná, jak matka občas vypomáhala v baru, otčím ji měl hlídat, a během nepřítomnosti matky ji vodil po různých barech, kde vždy musela na něho čekat, než dohrál. Byla takové „dítě všech“, které se neustále s otčímem toulalo po večerech po různých barech. S otčímem, který byl vždy v podnapilém stavu, se pozdě večer vracela domů. Doma se s matkou neustále hádal a fyzicky ji napadal.

Když klientce bylo sedm let otčím ji poprvé sexuálně zneužil. Byl podnapilý a násilím jí aplikoval pervitin, pamatuje si, že jak strašně plakala, ale pomoci se nedočkala. Toto jednání se začalo pravidelně opakovat, navíc otčím ji přivazoval provazem, aby se „neškubala“.

Nebyla již malým dítětem, ale sexuální otrokyní. Otčím si navíc začal vodit domů své kamarády, těm poskytoval pervitin, který sám doma vyráběl. Později když byla starší nabízel jí i kamarádům k sexuálním hrátkám. Vše se toto již neodehrávalo v bytě, ale otec ji vodil do sklepa, aby sousedi nic neslyšely. Když otčím nebyl doma, byla zavřená sama v pokoji, kde psala básně, ve kterých popisovala otčímá jako zrudu a popisovala, jaké pocity k němu cítí. Pokud něco řekla své matce, co se doma děje, matka ji nikdy nevěřila a se vším se svěřila otčímovi a ten ji vždy velmi zbil.

Ve škole měla velké problémy s prospěchem, propadala najednou z několika předmětů, navíc se stala i terčem posměchu svých spolužáků. Ti ji neustále šikanovali a neustále zesměšňovali. Nikdy neměla sílu se s tím nikomu svěřit. Bála se, že by jí nikdo neuvěřil, proto si ulevovalo, tím že se postupně řezala na různých místech po těle.

Když jí bylo jedenáct let, všiml si školní psycholog, že má po těle mnoho modřin a při důkladnější tělesné prohlídce bylo možné zjistit i vpichy po injekcích. Po tomto zjištění, nastalo policejní vyšetřování, které postupně na základě důkazů vzneslo obvinění proti otčímovi a ten byl odsouzen k mnohaletému trestu nepodmíněnému trestu svobody. Klientka byla umístěna do dětského domova. Bylo to pro ni období vysvobození, ale též ji i velmi trápilo odloučení od rodiny, kde měla i své sourozence, které milovala. Svou matku neustále miluje, ta ji ale dodnes vyčítá, že vše, co se stalo, zavinila ona. V dětském domově byla až do osmnácti let. Poté byla propuštěna. Domů se vrátit nemohla, protože matka ji nechtěla odpustit, že vzala dětem otce.

Během pobytu v dětském domově se seznámila s mužem, který byl věkově starší a odstěhovala se bydlet k němu. Staršího muže si vybrala s tím úmyslem že již bude rozumný a nahradí jí i otce, který ji tolik chyběl a bude pro ni oporou. Po krátké době přišla do jiného stavu, ale bohužel nový přítel byl také uživatelem návykových látek a při jedné z hádek ji fyzicky napadl a klientka potratila. Opět prožívala období neustálých hádek a fyzického napadání přítelem. Užívání drog bylo již pravidelné a vždy když neměla dávku sebepoškozovala se formou řezáním různě po těle. Byla několikrát hospitalizována, ale žádnou léčbu nikdy nedokončila.

Zhodnocení případové práce klientky

Protektivní faktory v rodinném systému

Zde v tomto případě jsme těžko mohli hledat nějaký protektivní (ochranný) faktor, snad pouze jako pozitivní můžeme považovat **zájem prarodiče o vnučku**. Babička občas klientku hlídala a mohla ji něčemu přiučit, jak sama klientka uvádí: „...*vždy když rodiče někam občas odjízděli, dávali mě k babičce na hlídání, to byli pro mě nejkrásnější chvíle*“. Ano, několikrát se stalo, že rodiče museli odjet a vzhledem k tomu, že nebyla otčímovo vlastní dítě, matka ji nesměla brát sebou, proto ji dávali na hlídání k babičce... „*tam jsem jezdila strašně ráda, babička mě vlastně naučila mluvit, komunikovat s lidmi...já jsem byla strašný introvert, ...bála jsem se lidí, z kterých jsem vždy měla strach*“. Při pečlivější analýze rozhovoru, nebylo možné identifikovat další protektivní (ochranný) faktor ke stavu popisovaného případu.

Rizikové faktory v rodinném systému

V průběhu analýzy textu tohoto případu jsme mohli identifikovat několik rizikových faktorů. Jedním z nejzásadnějších rizikových faktorů se jeví celý **rodinný systém jako zcela dysfunkční**, který v sobě nese prvky zcela nefungujícího rodinného systému, ohrožující dítě a jeho přirozený vývoj. Dysfunkční rodinný systém, který byl svým způsobem příčinou dalších rizikových faktorů v tomto případě. Jedním z nich, který můžeme uvést, je například **dezorganizovaný attachment**. Pečující osoba zde místo toho, aby ochraňovala svěřenou osobu, je naopak pro ni samotným nebezpečím, které ohrožuje její zdraví a tím i jeho výchovu. Taková osoba bývá násilnická, může dítě zneužívat a je pro něho zdrojem strachu, „*babička mi kdysi vyprávěla, že když jsem se narodila, moje matka šla krátce po porodu pracovat do baru, kam ji vyháněl otčím, abychom měli nějaké peníze, mezitím co ona pracovala, otčím mně hlídal a tahal mně po různých hernách, kde se o mně starali cizí lidi....*“.

Dalším z rizikových faktorem jsme identifikovali **sexuální zneužívání**, které praktikoval

otčím již od velmi mladého věku klientky: „...začal mě svazovat, abych se neškubala, protože když se mi snažil píchnout dávku, vždy mě to bolelo“. První případ zneužití se vyskytl, když jí bylo sedm let a vše pokračovalo až do jedenácti let, kdy se na vše přišlo.

Dalším prvkem v této dysfunkční rodině zde nacházíme další rizikový faktor, **fyzické násilí v rodině**. Fyzické násilí zde bylo na denním pořádku.... „táta strašně rád házel popelníkem po mámě, jednou na ni hodil i nůž v době kdy byla těhotná, pamatuji se, že jsem tenkrát z toho začala jeden čas i koktat“.

Jako poslední z rizikových faktorů tohoto případu je dobré zmínit **závislost na návykové látce u obou rodičů**. Oba rodiče byli mnohaletí uživatelé tvrdých drog, což se také odráželo na celé dysfunkci rodiny. Otčím místo toho, aby se staral o rodinu, sám drogy vyráběl a nutil je i nezletilé dceři, kterou poté sexuálně zneužíval.

Životní události, které souvisely se vznikem drogové kariéry

V tomto případě se klientka již v dětství setkala s účinky drogy. V rodině se užívaly pravidelně drogy. Užívání drog bylo pro ni, jak sama říká „útěkem z reality“. Impulsem pro ni byly vzpomínky na to, co všechno zažila během svého dětství. Pomocí aplikace drog se těmito myšlenkám mohla vzdálit a nemusela na ně stále myslet.

Případová práce č.5

Základní informace o případě R 5

Klient 45 let, uživatel pervitinu. Zde popisujeme případ klienta, který vyrůstal ve zcela afunkční rodině. Jak sám uvádí, narodil se jako nechtěné dítě. Jeho matka byla uživatelka alkoholu a sama žádné dítě nechtěla. Dodnes nezná ani jméno svého otce. Po porodu, jeho matka utekla z porodnice i s ním, a chtěla ho prodat své sestře která nemohla mít svoje děti. K sestře jej skutečně odvezla, zde kde pak pobýval asi do tří let. Po této době se matka k sestře vrátila a chlapce si vzala zpátky, do své výchovy. Chlapce odvezla ke své matce a otcí. Prostředí u prarodičů bylo zcela nevhodné. Po nějaké době byl klient z tohoto prostředí odebrán, a byl umístěn v kojeneckém ústavu. Zde pobyl krátkou dobu, odkud byl umístěn do dětského domova.

Anamnéza

Osobní (zdravotní) anamnéza

Klient uvádí běžné dětské nemoci. Uvádí celou řadu psychických problémů v souvislosti s jeho výchovou. Velmi dlouho se pomočoval, trpěl neustálými problémy hlavy a má velmi špatný spánek. Dále ze zdravotních problémů uvádí Bechtěrevovu nemoc, kterou má již ve třetím stádiu a postupně ho omezuje v jeho životě. V souvislosti s jeho výchovou má celou řadu psychických problémů.

Sociální anamnéza

Klient měl velmi neuspořádané dětství. Převážně chodil do školy v dětském domově. Měl problémy soustředit se na výuku. Několikrát musel vystřídat školu, protože byl umístěn do pěstounské rodiny. Měl problémy se začlenit do nového kolektivu ve škole. Neuznával autority a ve škole zažíval šikanu, proti které se bránil agresivitou vůči spolužákům. Dokončil pouze základní školu, po které nastoupil do učení, odkud byl ale vyloučen.

Rodinná anamnéza

Narodil se jako nechtěné dítě, udává že „na cestě“. Má nějaké sourozence, ale vůbec neví, kde jsou. Nikdy s nimi nebyl v kontaktu. Matka ho po porodu odvezla ke své sestře, kde ho nechala k výchově. Po nějaké době o něho projevila zájem a chtěla ho zpět. Sestra ji ho nechtěla vrátit, proto ho unesla, za což byla odsouzena. Chlapec byl umístěn do dětského domova a několikrát do pěstounské výchovy. Otce vůbec nezná, matka je alkoholička a již spolu nejsou v kontaktu.

Drogová anamnéza

Primární drogou u klienta je pervitin, který také sám vyráběl a dále ho prodával druhým osobám. Za toto jednání byl několikrát odsouzen k nepodmíněnému trestu odnětí svobody. Pervitin užívá od svých 15 let, kdy se jej naučil vařit u staršího muže se kterým nějakou dobu žil. Ve starším muži našel chybějící otcovský vzor. Momentálně je v psychiatrické nemocnici na oddělení závislostí, kde mu zanedlouho bude končit tříměsíční léčba. Po ukončení léčby se chystá vycestovat za hranice, kde má údajně slíbené zaměstnání i s bydlením.

Afunkční rodina

Klient se narodil do zcela afunkční rodiny. Svého otce doposud nepoznal. Údajně má i několik sourozenců ale dodnes se s nimi nesešel, a ani neví kde se nacházejí. Matka je závislá na alkoholu a na jiných návykových lécích. Po porodu neprojevila zájem o výchovu syna a údajně ho prodala své setře do výchovy. Chlapec byl v rodině sestry několik let. Na toto období si zcela moc nepamatuje, ale ví že byl velmi tetou rozmazlovaný. Po několika letech matka o syna projevila zájem a syna si násilím odvezla ke svým rodičům. Rodiče matky byli velmi agresivní lidé, oba byli alkoholici a matku a matku velmi bili. Pro chlapce to bylo velmi stresující období, plné hádek a násilí. Klienta různým způsobem zneužívali a fyzické tresty byli na denním pořádku.

Do školky nikdy nechodil a byl neustále sám doma, protože prarodiče s matkou často odjížděli z domova a domů se vraceli všichni v podnapilém stavu. Ve škole měl neustále problémy s prospěchem, několikrát propadal. Ve škole byl středem posměchu spolužáků a také šikany, protože se mu spolužáci vysmívali, v jakých rodinných poměrech žil. Na danou šikanu reagoval agresí vůči spolužákům, a jak sám uvádí, nikdy neuznával autority. Jednou, kdy byl opět sám doma nešťastnou náhodou vznikl v domě požár a rodina se dostala do zájmu úřadů, které se začaly zajímat o poměry v rodině a v jakých poměrech chlapec vyrůstal. Na základě zjištění byl chlapec rodině odebrán a byl umístěn do diagnostického ústavu. Později byl umístěn do dětského domova.

Na dětský domov vzpomíná celkem rád. Už nemusel poslouchat domácí hádky, které byly na doma na denním pořádku a už se nemusel bát fyzického násilí, které musel snášet. Během pobytu v dětském domově byl dán do pěstounské péče, kde byl velmi nerad. Poměry v nové rodině byly velmi podobné, jako v té, ve které dříve žil. Noví rodiče ho zneužívali tím způsobem, že musel velmi tvrdě pracovat. Do školy chodil špatně oblečený a často i hladový. Spolužáci, se mu neustále vysmívali, kvůli jeho vzhledu. Našel si partu, s kterou chodil za školu a popíjeli alkohol a poprvé začal experimentovat i drogami

Na základě těchto skutečností byl odebrán pěstounské rodině a umístěn zpět do dětského domova. Z dětského domova velmi často utíkal. Za celou dobu jeho pobytu ho matka ani jednou nekontaktovala. Během pobytu se mu objevily příznaky Bechtěrevovy nemoci, která ho začala pomalu zdravotně omezovat a která mu dodnes dělá velké potíže. Při jednom útěku z dětského domova se seznámil se starším mužem, ve kterém, hledal ztracený otcovský vzor, který mu velmi chyběl. U tohoto muže se ukrýval velmi dlouho. Muž byl výrobce pervitinu a chlapce všemu naučil, ten později sám pervitin také vyráběl a prodával. Po odchodu z dětského domova, klient nikdy nepracoval, a zdržoval se ve společnosti, která porušovala sociální normy a zákony.

Zhodnocení případové práce klienta

Protektivní faktory v rodinném systému

Vzhledem k tomu, že klient se narodil do zcela afunkční rodiny, mohli jsme identifikovat pouze jeden protektivní faktor a to, **svěření do péče k náhradnímu rodinnému příslušníku**. V našem případě byl chlapec po narození u své tety, která vykazovala pozitivní předpoklady pro jeho výchovu. Zde se i přes krátkou dobu mohl vytvářet u chlapce citová vazba k osobě, u které mohly pociťovat zájem a nebyl vystavován situacím, které by ho mohly ohrožovat na životě.

Rizikové faktory v rodinném systému

Během analýzy dat tohoto případu jsme mohli najít hned několik rizikových faktorů, které zásadně ovlivnily život klienta. Zásadním faktorem je **afunkční rodinný systém**, který zcela neměl předpoklady k výchově potomka a tím i jeho zdravému vývoje osobnostního růstu.

Vzhledem ke stavu rodiny můžeme definovat jako velmi důležitý rizikový faktor **dezorganizovaný attachmant**, v našem případě vznikl v důsledku vážně narušeného citového pouta, změnou primárního pečovatele, tedy oddělením dítěte od sestry matky (bezpečného prostředí), zpět do afunkčního prostředí, ve kterém žila matka klienta, ten k tomu uvádí: „...*pro mně to bylo všechno zmatené, vůbec jsem nechápal co se se mnou děje, byl jsem u tety, která mě rozmazlovala, a najednou jsem šel zase k matce, kde všichni chlastali a prali se.....*“

Za další rizikový faktor, který zasáhl do zdravého vývoje osobnosti i klienta, můžeme považovat **vážné zdravotní problémy**, kdy se u klienta rozvinula závažná onemocnění Bechtěrevova nemoc. U klienta se se tato nemoc rozvinulo velmi rychle a postupně ho

omezuje vykonávat běžné činnosti. Navíc ztuhlost zad, která nemoc provází se projevuje u klienta i viditelně, kdy má problémy při vzpřímené chůzi. Na toto onemocnění se navazuje další rizikový faktor **sociální stigma**, neboť klient je v důsledku nemoci, která ho viditelně omezuje při chůzi často terčem posměchu svého okolí, ve kterém se pohybuje a těžko ho snáší: „...chodil jsem strašně špatně, byl jsem zkroucený jak ypsilon a lidi se mi smáli, měl jsem na ně vždycky děsný nervy...“ „...jeden čas jsem nevycházel raději ani mezi lidi, izoloval jsem se od nich...“

Posledním rizikovým faktorem jsme identifikovali **absence otcovského vzoru**, který klientovi chyběl v jeho výchově. Tento deficit si klient kompenzoval navazováním známostmi s pochybnými muži: „...seznámil jsem se s jedním starším vaříčem, byl ke mně hodný a hodně si se mnou povídal, byl skoro, jako můj táta... ..ten mě naučil vařit i perník“ Tito muži ho později zneužívali.

Životní události, které souvisely se vznikem závislosti

Pokud budeme pátrat po příčinách, které mohly být důsledkem užívání návykových látek je dobré se zmínit o útěcích klienta z dětského domova a navažováním kontaktů s lidmi s rizikovým chováním. Důležitý byl kontakt s mužem, u kterého klient při útěku z dětského domova našel azyl a který ho následně naučil vyrábět pervitin na kterém se postupem času stal závislým.

9. VÝSLEDKY PŘÍPADOVÝCH STUDIÍ

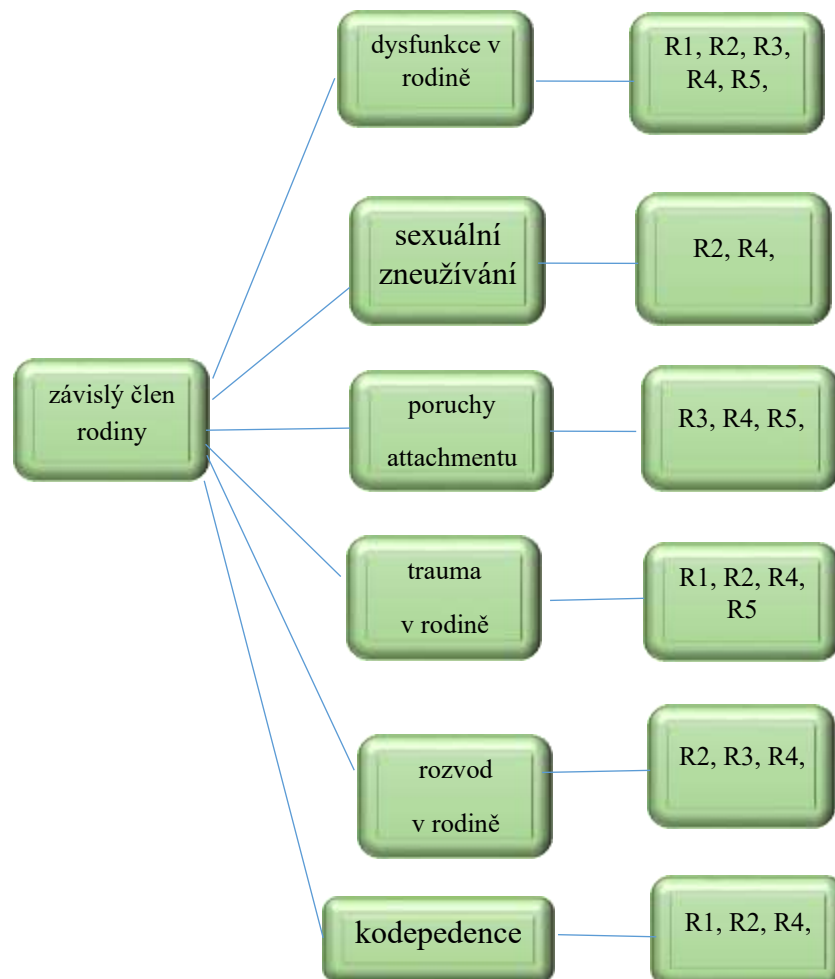
V této kapitole jsou postupně shrnuty výsledky všech provedených případových studií. Získaná data jsou analyzována pomocí metody vytváření trsů podle Miovského (2006). Tato metoda nám slouží k tomu, abychom jednotlivé výroky roztrídili do skupin podle jevů, případů, místa apod. Skupiny trsů vznikají na základě podobnosti mezi určenými jednotkami. Daným procesem následně vznikají obecnější spojovací kategorie, které jsou seskupovány podle jejich opakujících se znaků, příznačným uspořádáním atd. „Společným znakem takového trsu může být například tematický překryv, tzv. když vyhledáváme ve výrociích osob všechny takové pasáže, které se týkají úzce ohraničeného tématu“. (Miovský, 2006).

9.1. Vyhodnocení rizikových faktorů

K vyhodnocení rozhovorů byla použita metoda vytváření trsů, za její pomoci postupně vznikali 4 kategorie. Každá jednotlivá kategorie je vyobrazena pomocí vlastně vytvořených obrázků (znázorňující trsy). Následující podkapitoly nesou názvy kategorií, ve které jsou následně i vyhodnoceny a vysvětleny rizikové faktory. V jednotlivých obrázcích jsou respondenti označováni jako R. (R1, R2, R3, R4, R5).

9.1.1. Kategorie č. 1: „Závislý člen rodiny“

Obrázek 1 Vyhodnocení rizikových faktorů. Závislý člen rodiny.



Závislý člen rodiny

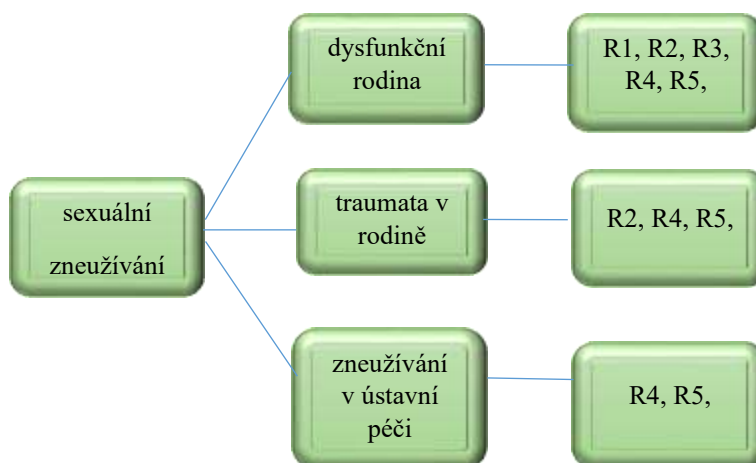
Pokud budeme pozorně sledovat výsledky jednotlivých studií, skoro v každé jednotlivé případové práci se lze setkat, alespoň s jedním členem rodinného systému, který byl závislý na návykové látce, jak vyplývá z rozhovorů jednotlivých respondentů **R1, R2, R3, R4, R5**. Např. „*pořád dokola jsem musela poslouchat ty věčné hádky mezi rodiči, když byl otec pod vlivem*“. Rozdíl nacházíme pouze v druhu zneužívané návykové látky. Pravidelné užívání návykových látek členem rodiny mělo ve většině případů negativní dopad na zdravotní stav uživatele, ale později mělo i destruktivní vliv na celý rodinný systém, který se časem rozpadl. Dysfunkci vzniklou rozpadem rodiny můžeme ve většině našich případů považovat za významný faktor, který je jednou z příčin chování potomka, což následně vedlo k rozvoji závislosti na návykových látkách.

Ve všech zkoumaných případech můžeme pozorovat poruchy attachmentu, kdy dítě si vytváří citové pouto na členy rodiny, které je záhy porušené narůstajícím patologickým chováním v rodinném systému.

V některých popisovaných případech této studie se lze setkávat i s kodependencí jak vypovídá např. **R2**: „*...když byla matka v práci, táta byl pod vlivem, tak mě zneužíval a matka, přestože něco tušila, dělala, že nic neví*“, která se zde výrazně vyskytuje a hraje velkou roli v destrukci rodinného systému. Ta má později negativní dopady na všechny rodinné příslušníky, kdy jeden z příslušníků rodiny nevědomě kryje závislou osobu, nebo ví o problému, ale nechce to řešit a celou věc pouze bagatelizuje. I přestože ví, že tím, ubližuje ostatním členům rodiny. Nelze pominout ani to, že závislý rodič se stává negativním vzorem pro potomka. Ten později užívání alkoholu považuje za zcela společensky tolerovanou normu. Selektivně si později do budoucna volí životní partnery, kteří jsou sami závislí na návykových látkách. Jak to můžeme vidět v uvedených případových studiích.

9.1.2. Kategorie č.2. Sexuální zneužívání v rodině

Obrázek 2 Vyhodnocení rizikových faktorů. Sexuální zneužívání v rodině.

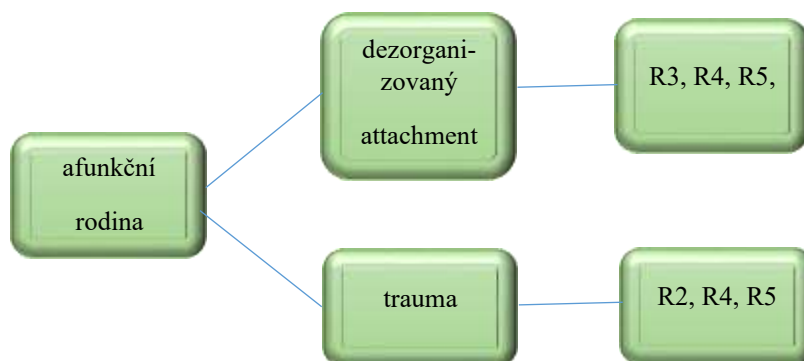


Sexuální zneužívání členem rodiny

Výrazným rizikovým faktorem, se kterým se můžeme setkávat v jednotlivých případových studiích je život v dysfunkční rodině. V takové rodině se i mimo jiných patologií stává sexuální zneužívání potomka dospělým členem rodiny, častým jevem, jak zjišťujeme v naší studii, kdy např. **R2** vypovídá „*když byla matka v práci, otec mně pravidelně zneužíval*“. **R4**, říká „*otčím, když byl pod vlivem návykové látky, tak mě přivazoval k židli, aby mě mohl sexuálně zneužívat*“. Pro dospívajícího potomka je toto maladaptivní jednání traumatizujícím zážitkem, jak který má na jeho zdraví rozvoj osobnosti velmi negativní dopad. Později se zamilovávají do zneužívající osoby, jak vypovídá **R2** „*abych se líbila otci, tak jsem brala perník, abych nebyla tlustá*“ žijí promiskuitně, čímž tím ospravedlňují chování násilnické osoby. Takovéto poškození se například později projevuje, jak vyplývá z našeho výzkumu, v neschopnost si vytvářet vhodné partnerské vazby v dospělosti a udržovat trvalé partnerské soužití. Jak můžeme vidět i u případu **R5**, který na útěcích z dětského domova, vyhledával kontakty s muži, kteří ho následně sexuálně zneužívali. Dítě v určitém věku, ještě nemá schopnost porovnat co je správné a co není. V dobrém úmyslu, přijímá vše, co dělá dospělá osoba. O to nebezpečnější je, že je zneužíváno osobou, na které je dítě zcela závislé. Dítě později takové jednání považuje za zcela normální a takového otce ještě obhajuje před svým okolím.

9.1.3. Kategorie č.3. Afunkční rodinný systém

Obrázek 3 Vyhodnocení rizikových faktorů. Afunkční rodinný systém.



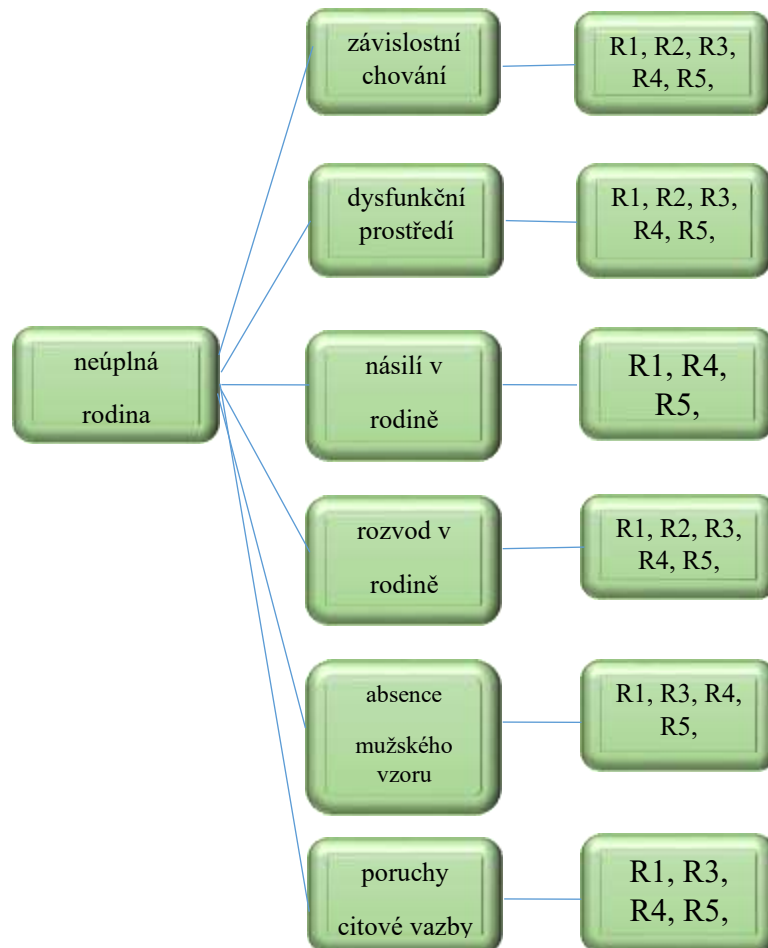
Afunkční rodinný systém

Život a výchova dítěte ve zcela afunkčním prostředí, má celkově pro dítě do budoucna negativní dopad ve všech směrech jeho rozvoje osobnosti. V několika popisovaných případech této studie hrál dysfunkční rodinný systém nemalou roli ve vývoji potomka. Negativní vliv popisovaný v případové studii, lze v těchto případech spojovat se strádáním dítěte v několika oblastech, a to například v oblasti citové a emocionální v důsledku dlouhodobého neuspokojování citových potřeb dítěte.

Nefungující rodinný systém, popisovaný v několika zkoumaných případech této práce, postupně odkryl několik patologických prvků, které narušují zdravý vývoj dítěte. Tyto děti si později o sobě vytvářejí velmi negativní úsudky a bojují s nimi tak, že si samy ubližují formou sebepoškozování, případně propadají různým formám poruch s příjmem potravy, například **R2** uvádí: „...„brala jsem perník, abych se tátovi líbila, protože se mi pořád smál, že jsem tlustá“ aby se samy zalíbily agresorovi. Za zásadní můžeme považovat dezorganizovaný attachment, kdy sama osoba, která má o dítě pečovat, se stává pro něho zdrojem nebezpečím a strachu. Dítě očekává od svěřené osoby instinktivně bezpečí, ale vzápětí neví, co od takové osoby může očekávat. Můžeme slyšet z příběhu **R5**: „...pro mne to bylo všechno zmatené, nechápal jsem co se se mnou děje, vzali mě od tety, která mě rozmazlovala a najednou jsem byl zase u matky, kde všichni chlastaly a rvali se“. Později se u těchto dětí mohou rozvíjet různé psychické problémy, ve formě afektivních poruch a poruch chování.

9.1.4. Kategorie č.4. Neúplná rodina

Obrázek 4 Vyhodnocení rizikových faktorů. Neúplná rodina.



Neúplná rodina

Přestože jsme mohli ve většině případových studií zjišťovat, většina respondentů (přesněji **R1, R2, R3**) se narodila do úplné rodiny, častým společným prvkem, který se vyskytoval v případových studiích byl rozvod rodičů. Za příčinu rozvodu ve většině zkoumaných případů v této diplomové práci jsme mohli identifikovat závislostní chování člena rodiny, jak se také postupně

potvrzovalo z rozhovorů s respondenty **R1, R2, R3, R4, R5**. Tato patologie také vytvářela celkově dysfunkční prostředí, což se potvrdilo i z daných rozhovorů.

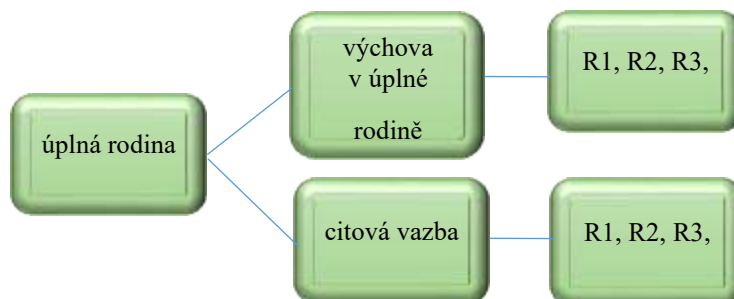
Jedním ze společných rizikových faktorů v rozpadu rodinného systému u popisovaných případových studií, jsme mohli stanovit i násilí v rodině, jak se potvrdilo z rozhovorů s respondenty **R1, R4, R5**, Například **R1** uvádí: „...*byla jsem ráda, když jsem byla v nemocnici, tam jsem měla klid, protože jsem nemusela být svědkem toho jak se naši neustále prali*“. Důsledkem dysfunkčního chování ve zkoumaných případech jsme se mohli setkat s rozpadem rodiny, které sebou neslo i další patologie, jako jsou poruchy attachmentu k blízké osobě. To je patrné například z rozhovoru respondentky **R3**: „...*když otec od nás odešel, strašně mi chyběl, neměla jsem se komu svěřit, matka ta na mě neměla čas a já najednou cítila takové prázdno*“. Za rizikový faktor lze považovat i smrt blízké osoby. Smrt milované osoby znamená pro dítě ztrátu citové vazby, která má později vliv na rozvoj traumatu v budoucnu. **R1** uvedla: „...*dodnes mu nemůžu vynadat, tak ráda bych mu to chtěla říct, za to, jak nám ubližoval, strašně mi chybí*“. Rozvod pro dítě je vždy traumatickou událostí, se kterou se do budoucna dítě těžko vyrovnává. Dodnes klientka **R2** sděluje: „...*nemůžu stále pochopit, proč ji otec musel zmizet z jejího života*“. Ve většině případových studií se můžeme setkávat s tím, jak si dítě vytváří citovou vazbu k milujícímu rodiči, který záhy odchází od rodiny. Odchod milující osoby je pro dítě velmi stresujícím obdobím, které má mnoho emočních a psychologických následků. Rozvod většinou znamená pro dítě traumatickou událost a psychologickou deprivaci, která ho může provázet velmi dlouhou dobu. Ztráta jednoho z rodičů, ať úmrtí, nebo rozvod, je pro dítě stresující období, na které reaguje útekem z domova a užíváním návykových látek. V důsledku rozpadu rodiny byly zaznamenány některé negativní projevy, jako je náhlá ztráta jistoty a stability v jejich životě.

9.2. Vyhodnocení protektivních faktorů

Stejně jako v předchozí kapitole k vyhodnocení rozhovorů byla opět použita metoda vytváření trsů. Zde byly určeny protektivní (ochranné) faktory, tak jak se samy objevovaly v textu, po následném spojování do vzniklých trsů. Postupně byly vytvořeny 2 kategorie. Každá jednotlivá kategorie je vyobrazena pomocí vlastně vytvořenými obrázky (znázorňující trsy). Následující podkapitoly nesou názvy kategorií, ve kterých jsou následně i vyhodnoceny a vysvětleny protektivní faktory. V jednotlivých obrázcích jsou respondenti označováni jako R (R1, R2, R3, R4, R5).

9.2.1. Kategorie č.1. Úplná rodina

Obrázek 5 Vyhodnocení protektivních faktorů. Úplná rodina.

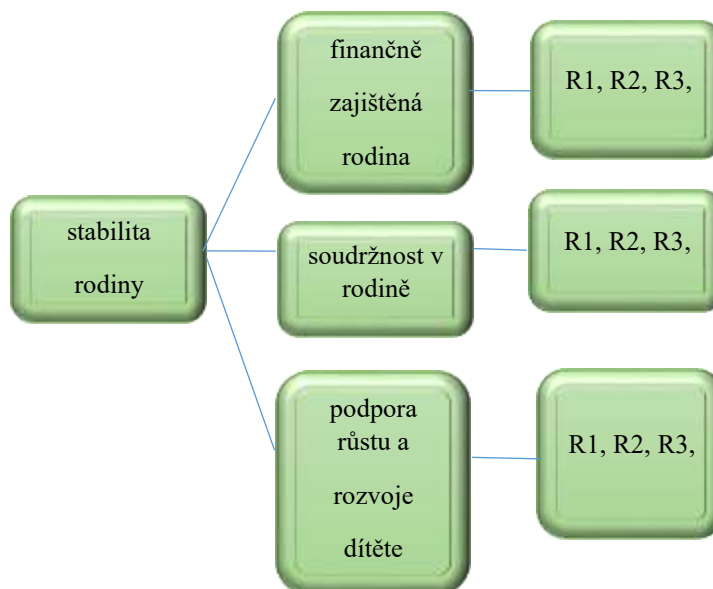


Úplná rodina

Přestože ve většině případových studií jsme převážně nacházely rizikové faktory i zde jsme mohli identifikovat několik protektivních (ochranných) faktorů. Například protektivním faktorem, který jsme identifikovali u respondentů **R1, R2, R3**, můžeme nazývat výchovu dítěte v úplné rodině. Úplná rodina je pro dítě základním faktorem při utváření dětské citové vazby k blízké osobě a jeho zdravý duševní rozvoj. Pokud potřeby dítěte i matky nejsou identické, mohou se v budoucnu projevit ve formě deprivace v psychosociálních oblastech dítěte. **R1** si vytvořila velmi silné citové pouto ke svému otci „*když jsem byla malá, táta, ten mi všechno vysvětloval, jak to v životě chodí a vysvětloval mi věci, které mají rodiče dětem vysvětlovat*“. Úplná rodina poskytuje dítěti mateřský i otcovský vzor, přičemž třeba **R2** sděluje: „... „*když jsem potřebovala s něčím poradit, vždy jsem se mohla obrátit na otce, který mi vždy poradil*“. Dítě si v úplné rodině učí budovat po vzoru obou rodičů pozitivní vztahy ke svému okolí, které jsou velmi důležité pro jeho osobní rozvoj.

9.2.2. Kategorie č.2. Stabilita rodiny

Obrázek 6 Vyhodnocení protektivních faktorů. Stabilita rodiny.



Stabilita rodiny

Dalším protektivním (ochranný) faktorem, který se podařilo identifikovat a je důležitý ve stabilitě rodinného systému je ekonomicky zaopatřená rodina. V takové rodině je finanční jistota základem pro výchovu a pro budoucí život dítěte. Není problémem zajistit pro dítě vzdělání a různé využití volnočasové aktivity dítěte. **R3** uvádí: „...neměla jsem nikdy problém, vybrat si nějaký koníček a matka mi vše zaplatila“. Ke stabilitě rodiny náleží také soudržnost rodiny, která je nejlepší ochranou před různými životními problémy. **R1** zdůrazňuje, jak rodina neustále držela při sobě „i přes všechny problémy jsme milující rodina, máme mezi sebou dobré vztahy, otce jsme se vždy snažili zachránit, my se navzájem podporujeme“. Neméně důležitým protektivním faktorem je způsob, jak se rodiče starají o volnočasové aktivity, které mají pozitivní vliv na vývoj dítěte a na další jeho život. **R2** uvedla: „...oba rodiče mě milovali a ve všem mě podporovali a kladli důraz, abych nějaké koníčky měla“.

10. ZHODNOCENÍ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK

V této kapitole jsou popsány a zhodnoceny výzkumné otázky ve kterých se zabýváme i některými protektivními faktory vycházejících z provedené analýzy dat výzkumné části diplomové práce. Zde hledáme odpověď na výzkumné otázky směřující k cílům a zaměření práce. Cílem a záměrem výzkumné práce je na základě vypracovaných několika případových prací uživatelů nelegálních návykových látek, zjistit a popsat některé z rizikových faktorů, které měly zásadní vliv na rozvoj závislosti ve vztahu spojených s rodinným systémem.

Výzkumné otázky vzhledem k dosažení cílů této práce:

1. Jaké rizikové a protektivní faktory se v rodinném systému u dotazovaných osob vyskytovaly?

Rizikové faktory

Většinu, již výše popsaných rizikových faktorů, lze nalézt ve všech popisovaných případech této studie. Největší míru zastoupení v jednotlivých případech nacházíme v dysfunkci rodinného systému. Zde jsme mohli identifikovat závislost na návykové látce, nejméně u jednoho člena rodiny, což bylo později řešeno nejčastěji rozvodem rodičů. Za další výrazný rizikový faktor, který se v této případové práci nejvíce objevoval, musíme považovat opakující se poruchy citové vazby (attachmentu). Tuto poruchu nelze opomíjet, pro její negativní dopad na degradaci osobnosti i pozdějších projevů potomka. V souvislosti s touto patologií je dalším význačným rizikovým faktorem sexuální zneužívání rodinným příslušníkem, které se v této studii vyskytovalo hned v několika případech. Neméně nebezpečným rizikovým faktorem je často se objevující spoluzávislost (kodependence), kdy jedna osoba umožňuje patologické chování druhé osobě a tím zvyšuje vulnerabilitu jedince na jeho negativní vývoj osobnosti.

Protektivní faktory

Mezi protektivní faktory, které byly v rámci případové práce identifikovány můžeme zařadit soudržnost rodiny a ekonomickou nezávislost rodinného systému. Tudiž tyto faktory můžeme považovat za ukazovatele celkové stability rodinného systému. Dále, můžeme v některých případech vidět ve zkoumaném rodinném systému i podporu a rozvoj růstu dítěte.

2. Jaké z rizikových a protektivních faktorů byly nejvíce zastoupeny u dotazovaných osob?

Rizikové faktory

Téměř v každém zkoumaném případě jsme mohli definovat dysfunkci v rodinném systému. V každé rodině, byl minimálně jednatel, který byl závislý na návykové látce. Svým maladaptivním chováním narušoval fungování rodinného systému a tím vytvářel nevhodné podmínky pro získání bezpečného citového pouta dítěte k dospělé osobě. Tím docházelo k vytváření poruchám attachmentu. Tyto poruchy citových a emočních vazeb je možné nacházet u každého zkoumaného subjektu případové práce.

Nemalou měrou jsme se v několika případech mohli setkávat se sexuální zneužíváním ze strany rodiče. Dále významným opakujícím se rizikovým faktorem byla spoluzávislost (kodependence), kdy jeden člen rodiny umožňuje sebedestruktivní chování druhému členu a tím, narušení celého rodinného systému. Posledním rizikovým faktorem, který se vyskytoval ve většině případů, je rozvod rodiny, který sebou nesl i traumatický zážitek v životě dítěte.

Protektivní faktory

Přestože hlavním cílem diplomové práce, bylo identifikovat rizikové faktory našly se i některé protektivní (ochranné) faktory, které nemálo zasahovaly do života dítěte a celého rodinného systému. Mezi tyto ochranné faktory můžeme zařadit například soudržnost rodiny, kdy i přes veškeré problémy tzv. „držela při sobě“. Dále zde řadíme finanční nezávislost rodiny, která je důležitým statusem v životě rodiny. Můžeme se zde i setkat s podporou růstu a vývoje dítěte.

3. Jaká životní událost, nebo události souvisely s počátkem vzniku drogové kariéry dotazovaných osob?

Společným jmenovatelem počátku drogové kariéry respondentů, kteří se účastnili výzkumného šetření, můžeme stanovit dysfunkční rodinné prostředí, někdy až pro zdravý vývoj dítěte zcela nevhodné. Dále zde můžeme zařadit traumatické zážitky prožité v dětství s poškozením emočních a citových vazeb ke svým nejbližším. Pocit zklamání byl kompenzován užíváním návykových látek, jako cesta k pocitu zapomení.

Tabulka 3 Sledované parametry rizikových faktorů v případových studiích (výzkumné otázky)

<p>Rizikové faktory nacházející se v rodinném systému</p>	<p>Ve zkoumané oblasti se nacházela celá řada rizikových faktorů. Za nejdůležitější můžeme považovat-dysfunkce rodiny, spoluzávislost, poruchy attachmentu, neúplná rodina a další, které se již ve výzkumné části práce nevyskytovaly v takové míře.</p>
<p>Nejvíce zastoupené rizikové faktory v rodinném systému</p>	<p>V případových studiích se vyskytovaly rizikové faktory, které jsou již výše popisovány. Opakovaně zmiňovaný dysfunkční rodinný systém vytvářel poruchy citové vazby u potomka a zásadní měrou se podílel na pozdějších patologiích dítěte.</p>
<p>Životní událost nebo události, které souvisely s počátkem vzniku drogové kariéry</p>	<p>Kritický faktor vzniku užívání návykových látek lze hledat v dysfunkčním prostředí, ve kterém respondenti vyrůstali. Trauma prožité v tomto, pro ně nezdravém prostředí, v nich zapříčinilo vznik poruch emočních a citových vazeb k lidem, které milovaly. Právě narušené vztahy mezi nejbližšími, byly později i jednou z příčin užívání návykových látek a dalšího patologického jednání.</p>

Zdroj: vlastní zpracování

..

Tabulka 4 Sledované parametry protektivní faktorů v případových studiích (výzkumné otázky)

Protektivní faktory v rodinném systému	Jako protektivní faktor můžeme uvést finanční nezávislost rodiny, která znamenala pro rodinu, kvalitní sociální úroveň a celkovou stabilitu rodinného systému.
Nejvíce zastoupené protektivní faktory v rodinném systému	Významným protektivním faktorem je soudržnost a finanční nezávislost rodinného systému, což udržovalo rodinu v přijatelném socioekonomickém statusu.

Zdroj: vlastní zpracování

11. PROJEVY RIZIKOVÝCH FAKTORŮ V RODINNÉM SYSTÉMU VZHLEDEM KE VZNIKU ZÁVISLOSTNÍHO CHOVÁNÍ

V této kapitole jsou dány do souvislosti určité rizikové faktory v rodinném systému, které se nejvíce vyskytovaly v případových studiích, vzhledem ke vzniku závislostního chování.

Nejčastěji se vyskytujícím a nejvíce zastoupeným rizikovým faktorem v případové práci byl dysfunkční rodinný systém. Z případových prací můžeme vyvodit, že všechny subjekty zúčastněné ve výzkumné práci žili v nevyhovujícím rodinném prostředí dysfunkčním a v některých případech i afunkčním. V každé takové rodině, nacházíme alespoň jednoho z rodičů, který je závislý na návykové látce. Prostor problémového užívání návykových látek, podle Barnardové (2007) zasahuje všechny důležité aspekty rodinného fungování a dynamiky. Rodiče se ocitají ve vzájemné opozici, u ostatních sourozenců se rozvíjejí antipatie a odloučení, děti samy jsou vystaveny riziku a zvýšené pravděpodobnosti braní drog. Děti rodičů, kteří mají problémy s drogami, se později potýkají s nespočty překážkami, jež jim stojí v cestě k dosažení těch nezákladnějších podmínek, které potřebují ke svému bezpečí a osobní pohodě.

Za další neopomenutelným rizikovým faktorem můžeme považovat poruchy citové vazby (attachmentu). Průvodním jevem v případových pracích jsou různé typy rodinné patologie-sexuální zneužívání dítěte, opakující se fyzické násilí v rodinném systému a již zmiňované závislosti na návykových látkách.

Doležalová (2016) uvádí ve své studii, že traumatizující zážitky v rodině predikují dezorganizovanou citovou vazbu, disociativní symptomy a úzkost. Dále uvádí, že souvislost prožitých traumat s dezorganizovanou citovou vazbou se odráží v dospělosti ve spektru komorbidit, a to včetně závislosti, poruch příjmu potravy, deprese, poruch nálad a řady dalších symptomů. Dítě většinou na vzniklá traumata reaguje, tím, že se separuje od okolí.

12. DISKUSE

Cílem diplomové práce bylo popsat rizikové a protektivní faktory vyskytující se v rodinném systému, které později mohou mít vliv na rozvoj závislosti u potomka. Jedním z cílů bylo také popsat i události, které vedly k počátku drogové kariéry dotazovaných osob. V teoretických východiscích se práce věnuje protektivním a rizikovým faktorům, které mají vliv na celkové dění v rodinném systému. Praktická část je tvořena formou kvalitativního výzkumu. Dále je nutné neopomenout, že provedené výzkumné šetření bylo realizováno na malém vzorku pěti respondentů, a proto nelze výsledky zobecňovat, pouze je lze použít pro všechny, kteří se touto problematikou budou zabývat do budoucna.

Pro naplnění cíle práce bylo osloveno pět respondentů, kteří absolvovali ústavní léčbu, nebo dlouhodobou léčbu v terapeutické komunitě. Celá práce je tvořena formou několika případových studií a formou polostrukturovaných rozhovorů s respondenty. Prvotním cílem práce, bylo nahlédnout do rodinného systému, který je primárním prostředím osobnostního rozvoje dítěte a odkrývá příčinné souvislosti a má rozhodující vliv na pozdější chování dítěte. Výsledky diplomové práce nám napovídají, že se ve větší míře všech popisovaných případových studií u jednotlivých respondentů, se objevily již výše v teoretické části, popisované rizikové faktory rodinného systému.

Problematika rizikových a protektivních faktorů v rodinném systému a jejich vliv na rozvoj závislosti na návykových látkách byla v minulosti popsána již v mnoha výzkumných studiích. Autoři v nich popisovali jejich projevy v rodinném systému a dopady na jednotlivce v rodinném systému. Pokud bychom chtěli využít tohoto výzkumného souboru s porovnáním s podobnými výzkumnými studii, potom můžeme použít výzkumnou studii Čablové & Miovského (2013). Ti ve své přehledové studii podrobně shrnuli výsledky několika prací a vytvořili systematický přehled protektivních a rizikových faktorů predikujících užívání návykových látek u dětí a dospívajících. Všechny uvedené faktory, které můžeme považovat za rizikové nebo protektivní, určené Čablovou & Miovským (2013) jsou rozděleny v níže znázorněné tabulce:

Tabulka 5 Rizikové a protektivní faktory určené podle Čablové & Miovského (2013).

Rodinná struktura	Rodinná struktura a aspekty vztahu rodič-dítě, mohou zaujímat významnou roli vzhledem k užívání návykových látek u dětí. Rodičovský styl, emoční vazba, pouze jeden vychovávající rodič.
Rodičovské výchovné styly	Zanedbávající rodičovský styl, autoritářský styl.
Kontrola a dodržování pravidel	Rodičovská kontrola a soudržnost charakterizují protektivní faktor, dohled rodičů na chování dospívajícího.
Emoční vazba	Kvalita emoční vazby se odráží ve stylu komunikace mezi dítětem a rodiči, v kontrole, vzájemných interakcích a formě zapojení se do rodinného života.
Komunikace	Interpersonální komunikace nepředstavuje pouze výměnu informací, ale zahrnuje v sobě také sdělení týkající se mezilidského vztahu
Konzumace alkoholu v rodině: další možné rizikové a protektivní faktory	Užívání alkoholu v rodině může vést ke vzniku závislosti u kteréhokoliv z jejich členů. Protektivní postoje rodičů vůči užívání alkoholu odrazují děti od jeho konzumace.

zdroj: vlastní zpracování

V každém jednotlivém zkoumaném rodinném systému této případové studie nacházíme mnoho rizikových a protektivních faktorů. Pokud budeme postupně sledovat všech šest rizikových a protektivních faktorů, tak jak je určili Čablová & Miovský (2013), můžeme zjistit v jaké míře se objevují v této práci a jaký mají dopad na daný rodinný systém. Prvním z těchto faktorů, jak je popsali Čablová s Miovským je „**Rodinná struktura**“-tento určující faktor je jedním z nejvíce negativně se opakujícím se v této výzkumné studii, proto ho můžeme považovat za rizikový. Narušený vztah rodiče a dítěte formou rozpadu rodiny a následném rozvodu rodičů, mělo dle výsledků této práce negativní vliv na potomka, neboť byl doprovázen vznikem poruchy citové vazby a ztrátou milující osoby. Rozvod v rodině byl důsledkem pokračujícího patologického chování člena rodiny.

Pokud bychom na-rodinnou strukturu-hleděli jako na protektivní faktor je nutné brát v úvahu pozitivní interakce mezi rodičem a dítětem, bohužel tyto se ale později rozpadají v důsledku pokračujícího asociálního chování člena rodiny. Na základě těchto skutečností se jedinec může uchýlovat k užívání návykových látek a jiných patologií.

„Rodičovský výchovný styl“ je důležitým prediktorem užívání návykových látek u potomka. Výchovným stylem rodičů se postupně buduje v interakci rodič-dítě citově emoční vazba. Pokud je narušena například autoritářskou povahou rodiče, tato citová vazba se narušuje a s ní i další vztahy jedince ke svému okolí. V případě této výzkumné studie jsme mohli v několika případech identifikovat tento faktor, který sehrál negativní roli ve zdravém vývoji jedince.

Neméně rizikovou formu má zanedbávající styl, kdy vazba mezi rodičem a dítětem byla narušena nezájmem rodiče o potomka. **„Kontrola dodržováním pravidel“** tento faktor, který můžeme definovat jako protektivní, hraje velkou roli v předávání pozitivních vzorců pro potomka. Ten byl několikrát definován v této případové studii formou soudržnosti rodiny a podporou rozvoje růstu potomka. Pokud tento faktor v rodinném systému chybí, jedinec má tendence do budoucna, uchýlovat se k různým formám patologií.

Dalším faktorem je **„Emoční vazba“**, která je důležitá při interakcích rodič-dítě. Kvalita připoutání neboli citové vazby (attachmentu) je důležitá při rozvoji duševního zdraví dítěte a později i při jeho rozvoji osobnosti. Pozdější narušení emoční vazby je důsledkem prožitých traumat dítěte v raném dětství. V této výzkumné práci se můžeme s traumaty setkávat velmi často. Ať je to formou sexuálního zneužívání dítěte rodičem, či odmítavým postojem rodiče k dítěti a nelze opomenout i rozvod rodičů, který se v této výzkumné studii nachází velmi často. Odchod milované osoby z rodiny, je velmi citlivou ztrátou pro jedince. Tyto traumatizující zážitky v častých případech predikují dezorganizovaný attachment, který bývá později příčinou častěji se opakujících komorbidit, jako jsou například úzkostná či depresivní porucha. Ty v mnoha případech bývají příčinou vzniku závislosti na návykových látkách, které tyto jedinci užívají jako formu sebemedikace na vzniklé psychické poruchy a řešení vztahových problémů. Tyto jevy můžeme sledovat u většiny zkoumaných subjektů této výzkumné studie.

„**Komunikaci**“, kterou uvádějí Čablová & Miovským (2013) ve své přehledové práci, můžeme považovat za nedílný faktor, který je důležitým při vzniku citové vazby rodič-dítě. Vážnoucí interakce mezi rodičem a dítětem může znamenat narušení emoční regulace a pocitu nejistoty dítěte. Pocit nejistoty vyvolává v dítěti odmítavý postoj rodiče a ztrátu citové vazby. Pokud interakce formou komunikace mezi rodičem a dítětem je na úrovni, nabízí stabilitu ve vztahu rodič-dítě, potom ji lze považovat, za protektivní.

Posledním faktorem od výše zmiňovaných autorů přehledové studie Čablové a Miovského je „**Konzumace alkoholu v rodině: další možné rizikové faktory**“. Tento faktor můžeme považovat i v této případové studii za zcela zásadní. Ve všech případech se objevuje, jako nedílná součást rodinného systému, který určoval komplexně klima celé rodiny. Užívání návykových látek, jak legálních i nelegálních bylo příčinou pozdějšího rozpadu rodinného systému jako celku, a tím i mělo negativní dopad na výchovu dítěte. Fungující rodinný systém se v důsledku užívání návykové látky rodičem, stal později dysfunkčním a měl vliv na vulnerabilitu dítěte ke vzniku závislosti návykových látek.

Po srovnání této výzkumné práce s přehledovou studií autorů Čablové & Miovského (2013), nacházíme časté podobnosti v rizikových a protektivních faktorech i v této samotné výzkumné studii. Paradoxem se může zdát, že v dysfunkčním rodinném systému nacházíme nejen velké množství rizikových faktorů, ale také i protektivní faktory, tak jako tomu je v této případové studii. Přestože již hovoříme o dysfunkčním rodinném systému, i zde se můžeme setkávat s protektivními (ochrannými) faktory. Ty jsou závislé na rodinných aspektech, o kterých Čablová & Miovský (2013) říkají, že rodinná struktura a aspekty vztahu rodič – dítě mohou zaujímat významnou roli vzhledem k užívání alkoholu u dětí a dospívajících. Jedná se zejména o rodičovský styl výchovy, emoční vazbu (attachment), otevřenost v komunikaci, kontrolu a uplatňování pravidel, konflikty v rodině či užívání alkoholu u rodičů. Proto se také v této výzkumné studii můžeme setkávat se souběhem rizikových a protektivních faktorů v této podobě- například společně s rizikovým faktorem poruchy attachmentu jsme se mohli setkat s protektivním faktorem, jako je například finanční nezávislost rodinného systému. Dalším rizikovým faktorem se kterým se setkáváme v této studii je - spoluzávislost, ta má společný protektivní faktor-soudržnost rodinného systému.

Z výsledků zjišťujeme, že rodinná struktura má velký vliv na fungování celého rodinného systému. Například užívání návykových látek rodiči je obrazem dysfunkčního systému, který se později velkou měrou podílí na rozvoji osobnosti potomka. Různé formy patologického chování, které jsme mohli identifikovat v každé případové studii této práce, shodně popisují i autoři Čablová & Miovský (2013) ve své přehledové studii. Tyto rizikové faktory,

mají negativní dopad na potomka a tím zvyšují jeho vulnerabilitu k rozvoji závislostního chování.

Celkovým zjištěním této studie je obraz dysfunkčního prostředí provázený mnoha rizikovými faktory rodinného systému. Vyskytující se asociální chování v rodinném systému, a další patologické jevy, ve většině zkoumaných případů vedly vždy k separaci rodičů. Prožitá traumata u všech respondentů výzkumného souboru v důsledku fixují užívání návykových látek, ve snaze o zmírnění prožitých zážitků. Uvedené faktory společně ve vztahu s návykovými látkami, mají vliv na vznik negativních postojů, které si děti během svého života postupně utvářejí. Tyto společné faktory mají zásadní ráz na celý rodinný systém.

Dysfunkční prostředí, brání v psychosociálním rozvoji dítěte a má vliv na rozvoj dalších patologií. Celkový obraz takového prostředí nese s sebou minimálně jednu patologii u blízkého člena rodiny. Nejčastěji se můžeme setkávat se závislostí na návykové látce, ať již legální, či nelegální. Užívání návykové látky alespoň jedním rodičem podle výsledků této případové studie, můžeme považovat za zásadní rizikový faktor. Ten se později, nemalou měrou podílí na zvýšené vulnerabilitě jedince a větší pravděpodobnosti rozvoje závislosti na návykových látkách u takového jedince.

Důsledkem každodenního užívání alkoholu rodičem, kterého je dítě pravidelně svědkem, má do budoucna podle Benneta a Wolina (1990) za následek respektování alkoholismu, který dítě zcela akceptuje a považuje denní pití alkoholu jako součást života, která je zcela běžná a společností tolerována. Na základě těchto zvyků, si sám do budoucna později vybírá životní partnery, kteří jsou závislími na návykové látce.

Zmiňovaný dysfunkční systém narušuje celkovou atmosféru rodiny. Prožitá traumata u těchto jednotlivců, později vytvářejí poruchy emočně citové vazby k jednomu nebo oběma rodičům. Zmiňované poruchy attachmentu znamenají pro potomka ztrátu bezpečí a tím i přilnutí k milované osobě. Toto trauma v dítěti vyvolává stav bezmocnosti, marnosti a pochyby smyslu života. Tomuto i napomáhá rozpad rodiny, která se pod tíhou závislosti člena rodiny na návykové látce časem rozpadá. Separace rodičů je jednou z nejčastěji se opakující událostí ve zkoumaných případech této diplomové práce. Rozvod znamená pro potomka přerušování citového pouta k osobě, kterou milovalo a tím se pro něho stává bolestným obdobím. Čím pevnější bylo citové pouto dítěte k rodiči, který opustil rodinu, tím je pro něho rozvod charakteristickým psychickým traumatem. Tento stav později vede k

problematickému chování dítěte. Fischer a Škoda (2014) uvádí, že se tito jedinci v důsledku traumatických zážitků uchylují k alkoholu a drogám, tak jako všichni respondenti z daných případových studií této práce. Společný jmenovatel vzniku poruchy citových vazeb můžeme tedy nacházet v dysfunkčním rodinném systému.

Ve všech jednotlivých případových studiích této práce byly v důsledku dysfunkčního prostředí rodiny, identifikovány poruchy citové vazby. Všechny popisované rizikové faktory, jako jsou rozvod rodiny, užívání návykové látky členem rodiny a sexuální zneužívání mají za důsledek traumata. Tyto jevy se hluboko zapisují do osobnosti jedince a mohou se projevovat formou pozdějšího nepřijímání reality a odmítání běžných vzorců chování. Například Maté (2020) tyto patologie popisuje jako rozrušení, nenávisť k těmto pocitům, a aby se zbavili nepříjemných pocitů, kompenzují je užíváním návykových látek.

Nelze opomenout protektivní (ochranné) faktory, které jsou svou měrou důležitými aspekty v zachování rodiny jako celku. Zmírňují dopad rizikových faktorů svou pozitivní charakteristikou a chrání rodinný systém, před negativními vlivy. Častým protektivním faktorem vyskytující se v této diplomové práci, je soudržnost rodinného systému. Tento jev můžeme považovat za jakousi ochranu rodiny před vnitřními či vnějšími vlivy, nesoucí problémy a ohrožující funkci postupně celého rodinného systému. Rodinná soudržnost může poskytovat pocit citového bezpečí všech členů rodiny a celkovou stabilitu rodinného systému. V níže uvedené tabulce je pro přehlednost zpracované porovnání s pracemi uvedených autorů uváděných v závěrečné diskusi.

Tabulka č.6 Porovnání výsledků vlastní studie s autory uvedenými v závěrečné diskusi

Benett a Wollin (1990)	Respektování alkoholu v rodině	Výsledek vlastní studie	Výběr životních partnerů, závislých na návykových látkách
Fischer a Škoda (2014)	V důsledku prožitých traumat, užívání návykových látek	Výsledek vlastní studie	Poruchy citové vazby v důsledku dysfunkční rodiny
Maté (2020)	Patologie způsobené rozrušením, nenávisť k pocitům	Výsledek vlastní studie	Rozvod, užívání návykových látek členem rodiny, sexuální zneužívání

Zdroj: vlastní zpracování

13. ZÁVĚR

Cílem této případové práce bylo zjistit a popsat rizikové a protektivní faktory vyskytující se v rodinném systému, které mají vliv na vznik závislosti u potomka. Z výsledků je tedy zřejmé, že rizikové a protektivní faktory rodinného systému, tak jak jsou popisovány v teoretické části jsme je mohli nacházet i ve výsledcích jednotlivých případových studií.

Pokud budeme hledat odpověď na otázku, jaké příčiny nebo události souvisely se vznikem drogové kariéry, zde nacházíme odpověď. V každé jednotlivé případové práci rodinného systému této studie, nacházíme narušení funkce rodiny. Nejčastější patologií, která zásadní měrou narušovala fungování tohoto systému, byla závislost na návykové látce, buď jedním anebo oběma rodiči, či mnoha dalšími patologiemi. Tyto patologie zásadně mají negativní dopad na celý rodinný systém a činí ho zcela dysfunkčním. V důsledku dysfunkce v rodině jsme se mohli u všech jednotlivých respondentů setkávat s poruchami citové vazby, které vznikaly již v raném dětství. O těchto poruchách citové vazby říká Doležalová (2016), že byly důsledkem prožitých traumatizujících zážitků právě v dětském věku.

Pokud shrneme všechny výsledky této případové práce, u všech nacházíme jako společného jmenovatele poruchy citové vazby neboli attachmentu. Ten hrál zásadní roli při rozvoji závislosti na návykových látkách u všech našich respondentů. Na základě interakce rodič-dítě, vznikala u našich respondentů traumata, která predikují dezorganizovanou citovou vazbu, která byla také příčinou vzniku dalších komorbidit. Tyto disociativní symptomy, nesou s sebou depresivní a úzkostné znaky, které většina respondentů této případové studie zmírňovala formou kompenzace užíváním návykové látky. Tím si postupně vytvářeli i závislost na těchto prekurzorech.

Vzhledem k tomu, že případová práce byla vedena s klienty absolvující ústavní léčbu, či dlouhodobou léčbu v terapeutické komunitě, bylo by vhodné, na základě výsledků této případové studie, zaměřit případný další výzkum, který by zkoumal problematiku poruchy attachmentu, do prostředí terapeutické komunity. Vzhledem k tomuto rozsáhlému tématu by byl zajímavý výzkum ve větším rozsahu s více respondenty, rozšířený o více dat, který by byl hlouběji zaměřen na efektivitu účinných faktorů v dlouhodobé léčbě terapeutické komunity.

14. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- Barnardová, M. (2007). *Drogová závislost a rodina*. Praha: Triton
- Bentovim, A. (1998) *Týrání a sexuální zneužívání*. Praha: Grada Publishing.
- Bennett, L. A. and Wolin, S. J. (1990). *Family culture and alcoholism transmission*. In: R. L. Collins, K. E. Leonard, & J. S. Searles (Eds), *Alcohol and the family: Research and clinical perspectives*. New York: Guilford Press.
- Čablová, L.& Miovský, M. (2013). *Rizikové a protektivní faktory v rodině, které predikují užívání alkoholu u dětí a dospívajících*. *Československá psychologie*, 56 (3), 255-270.
- Doležalová, P. (2016). *Perspektiva teorie citové vazby v léčbě závislostí dospělých klientů*. *Adiktologie*, 16(3), 236–244
- Dunovský, J. a kol. (1999). *Sociální pediatrie*. Praha: Grada – Avicenum.
- Dunovský, J. (1986). *Dítě a poruchy rodiny*. Praha: Avicenum zdravotních nakladatelství.
- Fischer, S., Škoda, J. (2014). *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, Psyché (Grada).
- Helus, Z. (2007). *Sociální psychologie pro pedagogy*. Praha: Grada Publishing.
- Hajný, M. (2015). *Psychologické, vývojové a rodinné faktory vzniku a udržování závislosti*. In: Kalina, K. a kol.(2015). *Klinická adiktologie*. Kapitola 7. (s. 172-173). Praha: Grada Publishing a. s.,
- Hajný, M. (2008). *Psychologické, vývojové a rodinné faktory vzniku a udržování závislosti*. In: Kalina, K. a kol., *Základy klinické adiktologie*. Kap. 3. (s.41-42). Praha: Grada Publishing.
- Hajný, M. (2003). *Rodinné faktory vzniku a rozvoje závislosti*. In: Kalina, K. a kol: *Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup*. Kapitola 2/9. (s. 140-144). Praha: NMS/ Úřad vlády ČR.
- Hajný, M. (2001). *O rodičích, dětech a drogách*. Praha: Grada Publishing.
- Yin, R,K. (1994). *Case Study Research. Design and Methods*. Second edition. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Jessor, R. (1998) In: Čablová, L.& Miovský, M. (2013). *Rizikové a protektivní faktory v rodině, které predikují užívání alkoholu u dětí a dospívajících*. *Československá psychologie*, 56 (3), 255-270.
- Kabíček a Hamanová (2005) In: Čablová, L.& Miovský, M. (2013). *Rizikové a protektivní faktory v rodině, které predikují užívání alkoholu u dětí a dospívajících*. *Československá psychologie*, 56 (3), 255-270.
- Kajanová, A. (2014). *Sociální patologie: vybrané kapitoly*. 1. vydání. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
- Komárek, L. Provazník, K. a kol. (2011). *Ochrana a podpora zdraví*. Praha: Nadace-Cindi. 3. lékařská fakulta UK.

- Kalina, K. (2020). In: Riegel, K.D., Kalina, K., Pěč, O.: *Poruchy osobnosti v 21.století*. Od-
díl II, str. 111-170. Praha: Portál.
- Koranda, M. (2015). *Rodinné vlivy*. In Kalina, K. a kol. *Klinická adiktologie*. Kap. 31.3. (s.
550) Praha: Grada Publishing.
- Kudrle, S. (2003) Trauma a závislost. In: Kalina, K. a kol: *Drogy a drogové závislosti: Me-
zioborový přístup*. Kapitola 2/7. (s.130-133). Praha: NMS/Úřad vlády ČR.
- Kulisek, P. (2000). *Problémy teorie ranného citového přilnutí (ATTACHMENT)*. Českoslo-
venská psychologie, 44 (5), 404-423.
- Matoušek, O. a kol. (2008). *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál.
- Matoušek, O. (2003). *Rodina a jeho instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické naklada-
telství (Slon). 3 rozšířené vydání.
- Mühlpachr,P. (2008) *Sociopatologie*. 1.vydání. Masarykova univerzita. Brno.
- Maté, G. (2020) *V říši hladových duchů. Blízká setkání se závislostí*. Praha: Peoplecomm.
- Miovský, M., (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha:
Grada Publishing, a. s.
- Nešpor, K. (2007). *Návykové chování a závislost. Současné poznatky a perspektivy léčby*.
3., dopl. a opravené. vyd. Praha: Portál.
- Ostaszewski a Zimmermann (2011) In: Čablová, L.& Miovský, M. (2013). *Rizikové a pro-
tektivní faktory v rodině, které predikují užívání alkoholu u dětí a dospívajících*. Českoslo-
venská psychologie, 56 (3), 255-270.
- PÖTHE, P. (1996). *Dítě v ohrožení*. Vyd. 1. Praha: G plus G, 1996, sv. 3
- Rotgers, F. a kol. (1999). *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing.
- Sobotková, I. (2007). *Psychologie rodiny* (2. vyd.). Praha: Portál.
- SKUTIL, M. (2011). *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*.
Praha: Portál.
- Trapková, L., Chvála, V. (2004). *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál.
- Tóthová, J., (2011). *Úvod do transgenerační psychologie rodiny: transgenerační přenos
vzorů rodinného traumatu a zdroje jeho uzdravení*. Praha: Portál
- VÁGNEROVÁ, M. (20012). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Rozšířené a přepra-
cované vydání. vyd. 5. Praha: Portál.
- Woitz, J.,G. (1998). *Dospělé děti alkoholiků*. Praha: Columbus, s. r. o.

Internetové odkazy:

Doležalová, P. (2019) *Komplexní vývojové trauma a užívání návykových látek*. Psychologie a její kontexty. 10 (2). 45-58. Internetové stránky: https://psychkont.osu.cz/full-text/2019/2019-2-4-VS_Dolezalova.pdf . [18.11.2021].

Kocourková, J.,Koutek,J. (2017).*Postrauematická stresová porucha u dětí a dospívajících*. Český a slovenský Psychiatr. 113 (3): 128-131.Internetové stránky: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2017_3_128_131.pdf . [19.11.2021].

Krtičková, K. (2021). *Výchovné problémy v dysfunkčních rodinách*. Internetové stránky: <https://sancedetem.cz/vychovne-problemy-v-dysfunkcnich-rodinach#odkladajici>. [27.12.2021].

NIDA (2011) *Drug prevention in children and adolescents (in brief) What are risk factors and protective factors?* Internetové stránky: <https://www.drugabuse.gov/publications/preventing-drug-use-among-children-adolescents/chapter-1-risk-factors-protective-factors/what-are-risk-factors> [28.10. 2021]

Winnette, P. (2020). *Attachment, poruchy attachmentu, diagnostika a terapie s otázkami*. Praha: Natama. Internetové stránky: <https://www.natama.cz/userfiles/page/315/cd26a15d9e36b515a3c00e6892a058b1.pdf> [17.12.2021].

Woicik, P. A., Conrod, P. J., Phil, R. O., Stewart, S.H. and Dongier, M. (1999) *Škála osobnostních rysů představující riziko z hlediska užívání návykových látek (Substance Use Risk Profile–SURPS)* Internetové stránky: <https://www.adiktologie.cz/skala-osobnostnich-rysu-predstavujici-riziko-z-hlediska-uzivani-navykovych-latek-substance-use-risk-profile-surps> [15.11. 2021].

Praško, J., Kosová, J.,Pašková, H.,Prášková, H. (2001). *Léčba poruch osobnosti I*. Psychiatrie pro praxi /1. Internetové stránky: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2001/01/07.pdf> [17.04.2022].

Vykopalová, H., (2001). *Násilí v rodině*. Kriminalistika. čtvrtletník pro kriminalistickou teorii a praxi. Internetové stránky: <https://uloz.to/file/piwd7xSY/clanok-vykopakova-nasili-v-rodine-2001-vojak-svejk-pdf#!ZGEzAmR2ZGVIZGt3MGWuZwx5LmtlZ1yGrQq+ZJqTFHME-AmxjAD==> [16.11.2021].

Martanová, P.,V. (2014). *Rizikové a protektivní faktory v primární prevenci*. Internetové stránky: <http://www.nuv.cz/t/co-je-skolska-primarni-prevence-rizikoveho-chovani/rizikove-a-protektivni-faktory-v-primarni-prevenci>. [17.11.2021].

15. SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Rizikové a ochranné faktury.....	26
Tabulka 2 Přehled výzkumného souboru-respondentů.....	37
Tabulka 3 Sledované parametry rizikových faktorů v případových studiích (výzkumné otázky)	77
Tabulka 4 Sledované parametry protektivní faktorů v případových studiích (výzkumné otázky)	78
Tabulka 5 Rizikové a protektivní faktory určené podle Čablové & Miovského (2013).	81
Tabulka 6 Porovnání výsledků vlastní studie s autory uváděnými v závěrečné diskusi.....	84

16. SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Vyhodnocení rizikových faktorů. Závislý člen rodiny.....	67
Obrázek 2 Vyhodnocení rizikových faktorů. Sexuální zneužívání v rodině.	69
Obrázek 3 Vyhodnocení rizikových faktorů. Afunkční rodinný systém.	70
Obrázek 4 Vyhodnocení rizikových faktorů. Neúplná rodina.	71
Obrázek 5 Vyhodnocení protektivních faktorů. Úplná rodina.	73
Obrázek 6 Vyhodnocení protektivních faktorů. Stabilita rodiny.....	74

17. PŘÍLOHY

INFORMOVANÝ SOUHLAS ÚČASTNÍKA VÝZKUMU

Výzkum: „Vliv rizikových faktorů spojených s rodinným systémem na rozvoj poruch spojených s užíváním návykových látek u potomků“.

období realizace: 25. 01. 2021 – 25. 10. 2021

realizátor výzkumu: Bohumil Krejsa

Byl jsem seznámen s podmínkami, cílem a obsahem výzkumu v rámci diplomové práce Bohumila Krejsy s názvem „Vliv rizikových faktorů spojených s rodinným systémem na rozvoj poruch spojených s užíváním návykových látek u potomků“.

Prohlášení:

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Realizátor výzkumu mě informoval o podstatě výzkumu a seznámil mě s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu použity.

Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány. Měl jsem možnost si vše řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl jsem možnost se realizátora zeptat na vše, co jsem považoval za podstatné a potřebné vědět.

Souhlasím s nahráváním mého rozhovoru s výzkumníkem a také s analýzou výsledného zvukového záznamu a jeho přepisu. Jsem informován, že mám možnost kdykoliv od spolupráce odstoupit, a to i bez udání důvodu. Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží respondent a druhý realizátor výzkumu.

Jméno, příjmení a podpis realizátora výzkumu:

V..... dne.....

Jméno, příjmení a podpis účastníka výzkumu:

V..... dne.....