

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FILOZOFICKÁ FAKULTA

KATEDRA PEDAGOGIKY



DIPLOMOVÁ PRÁCE

**Rodina dospívajícího problémového uživatele drog a
možnosti jejího ovlivňování**

Vypracoval: Štěpán Hazuka

Vedoucí diplomové práce: PhDr. Milada Votavová


Akademický rok: 2005/2006

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval samostatně a použil pouze uvedené prameny a literaturu.

V Praze dne 7. července 2006

Štěpán Hazuka



.....

Na tomto místě bych rád poděkoval PhDr. Miladě Votavové za laskavé vedení mé diplomové práce a všem klientům a spolupracovníkům terapeutického zařízení Cesta, kteří mi přispěli radou a pomocí.

1. ÚVOD	7
2. PROBLÉMOVÝ UŽIVATEL DROG A PROBLÉM ZÁVISLOSTÍ - VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ	9
2. 1. Závislost jako jev.....	9
2. 1. 1. Rozvoj závislosti – vývojové etapy.....	10
2. 1. 1. 1. <i>Experimentátor</i>	10
2. 1. 1. 2. <i>Uživatel (nadužívání)</i>	10
2. 1. 1. 3. <i>Zneuživatel – závislý</i>	12
2. 1. 1. 4. <i>Problémový uživatel drog – definice</i>	14
2. 1. 2. Craving – bažení.....	14
2. 1. 3. Abstinenční syndrom.....	15
2. 1. 3. 1. <i>Fyzická závislost</i>	15
2. 1. 3. 2. <i>Psychická závislost</i>	16
2. 1. 3. 3. <i>Sociální závislost</i>	16
2. 2. Závislost – teorie, pohledy, východiska.....	17
2. 2. 1. Bio-medicínský model.....	17
2. 2. 2. Bio-psycho-sociální-spirituální model.....	18
2. 2. 2. 1. <i>Biologická úroveň</i>	18
2. 2. 2. 2. <i>Sociální úroveň</i>	19
2. 2. 2. 3. <i>Psychologická úroveň</i>	20
2. 2. 2. 4. <i>Spirituální úroveň</i>	20
2. 2. 3. Závislost jako jev – teorie.....	21
2. 3. 4. Psychoanalytické teorie	22
2. 3. 4. 1. <i>Wurmser</i>	22
2. 3. 4. 2. <i>Khantzian</i>	23
2. 3. 4. 3. <i>Krystal</i>	23
2. 3. 4. 4. <i>McDougall</i>	24
2. 3. 4. 5. <i>Kritika psychoanalytické teorie závislosti</i>	25
2. 3. 5. Behaviorální teorie.....	25
2. 3. 5. 1. <i>Kritika behaviorálního přístupu</i>	27
2. 3. 6. Logoterapeutické teorie.....	28

3. DOSPÍVAJÍCÍ, PROBLEMOVÝ UŽIVATEL DROG	30
3. 1. Vymezení.....	30
3. 1. 1. Časové vymezení adolescence.....	30
3. 1. 2. Teoretické přístupy k adolescenci.....	30
3. 2. Faktory podmiňující vznik drogové závislosti u dospívajících.....	32
3. 2. 1. Faktory farmakologické – „droga“.....	33
3. 2. 2. Faktory precipitující – „podnět“.....	33
3. 2. 3. Faktory enviromentální – „prostředí“.....	34
3. 2. 3. 1. <i>Role rodiny</i>	34
3. 2. 3. 2. <i>Role vrstevnické skupiny</i>	36
3. 2. 4. Faktory somatické a psychické – „osobnost“.....	37
3. 2. 4. 1. <i>Neurotický model</i>	37
3. 2. 4. 2. <i>Psychotický model</i>	38
3. 2. 4. 3. <i>Nevyzrálý model</i>	38
3. 2. 4. 4. <i>Proměny v prožívání a v sebepojetí v adolescenci</i>	39
3. 2. 4. 5. <i>Vývoj identity adolescenta</i>	40
3. 2. 4. 6. <i>Adolescentní moratorium</i>	42
3. 2. 4. 7. <i>Rozvoj poznávacích procesů</i>	45
4. RODINA	47
4. 1. Rodina funkční / dysfunkční.....	47
4. 2. Rodina ve vývoji.....	51
4. 2. 1. První rok života dítěte	51
4. 2. 2. Druhý a třetí rok života dítěte.....	53
4. 2. 3. Dvanáctý až dvacátý rok dítěte.....	55
4. 3. Rodina problémového uživatele drog.....	60
4. 3. 1. Role matky.....	61
4. 3. 2. Role otce	62
4. 3. 3. Sourozenci toxikomana.....	63
4. 4. Závislost v rodině jako řešení závislosti.....	64
4. 4. 1. Regrese.....	64
4. 4. 2. Moratorium.....	64
4. 4. 3. Únik před problémy.....	65

4. 4. 4. (Pseudo)rituál dospívání – prostřednictvím drogy.....	65
4. 4. 5. Prostředek udržení stability rodiny.....	66
5. MOŽNOSTI RODINNÉ TERAPEUTICKÉ INTERVENCE	67
5. 1. Rodinná terapie.....	67
5. 1. 1. Indikace rodinné terapie.....	67
5. 2. Základní přístupy k rodinné terapii závislostí.....	68
5. 2. 1. Psychodynamický přístup.....	69
5. 2. 2. Behaviorální přístup.....	69
5. 2. 3. Expericiálně – komunikační přístup.....	70
5. 2. 4. Strukturní přístup.....	71
5. 2. 5. Systemický přístup.....	73
5. 3. Rodinné poradenství.....	74
5. 4. Rodičovské skupiny.....	74
6. KASUISTIKY.....	76
7. ZÁVĚR.....	84
8. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	86
9.PŘÍLOHY.....	89

I. ÚVOD

„Pamatuji si na svoji mladost, na pocit, jež se nikdy nevrátí, na pocit, že budu žít věčně.“

Joseph Konrád

„Člověk odhalí sám sebe, když se změří s překážkou“.

Antoine de Saint – Exupéry (Země lidí)

Tato práce se pokouší najít odpovědi na otázky, které jsem si během své několikaleté práce s mladistvými uživateli drog často kladl: Proč jsou mladiství zranitelní a ohrožení drogou více než dospělí? Proč někteří mladiství opouštějí drogový problém pouze s několika „šrámy“, zatímco jiní naopak upadají do syndromu závislosti? Jakou roli v této problematice hraje rodina?

Psychotropní látky byly součástí společnosti odnepaměti a měly vždy v jejím systému nezastupitelné a jasně vymezené místo. V archaických kulturách byly a mnohde ještě jsou součástí iniciačních rituálů, kde mají duchovní význam a jejich užívání je podřízeno přísným pravidlům.

„A žádného člena společenství ani nenapadne vzít si drogu pro své uspokojení, přestože je to člověk požívající svobody a volnosti snad jako nikdo jiný na zemi. Jeho přirozená výchova ho vede k přirozené loajalitě a k vědomí, že určité hodnoty jsou pouze pro vyvolené a předurčené. Samozřejmě, kdybych zde žil od dětství a prošel iniciační slavností dospělosti, měl bych také právo na ayahuasku, neboť tato iniciace dává právo být plnohodnotným členem“ (úryvek z článku M. Zeleného, MF Dnes 22. října 2005.)

V evropské společnosti je užívání drog podřizováno pravidlům, která vymezují užívání většiny drog jako nelegální a zdraví škodlivou činnost. Přesto značná část adolescentů má dnes zkušenosti s užíváním psychotropních látek. Někteří tuto zkušenost završí pouhým experimentováním, někteří však psychotropní látky opakovaně užívají a postupně se u nich vytváří na droze závislost. Nejbližší okolí, jako je rodina nebo pedagogičtí pracovníci, se snaží pochopit důvody, proč adolescenti psychotropní látky užívají. Pod vlivem vzniklé zátěžové situace pak hledají jednoduchá vysvětlení. Důvody proč však mladí lidé berou drogy, jsou multifaktoriální.

V první kapitole popíše vývojové etapy, které od experimentování s drogou vedou až ke vzniku syndromu závislosti a faktory, které vznik závislosti ovlivňují.

Dalo by se říci, že jev adolescence teprve nedávno oslavil sto let, neboť bezmála před sto lety, v roce 1904, G. Stanley Hall publikoval ve Spojených státech knihu *Adolescence*, první významné dílo s tímto názvem. Na rozdíl od 19. století, kdy období dospívání bylo charakterizováno v romantické literatuře jako období plné idealismu a vzpoury proti zažitým hodnotám, ve 20. století se do popředí dostávají spíše psychologické aspekty dospívání. Možná právě kvůli rizikovému chování některých adolescentů se stalo mezidobí mezi dětstvím a dospělostí předmětem zájmu škály skupin dospělé společnosti: medií, psychologů, pedagogů, lékařů, sociálních pracovníků, sociologů atd.

V druhé kapitole popisují bio-psycho-sociální aspekty podmiňující vznik drogové závislosti v kontextu dospívání.

Rodina je hlavním činitelem, který může ovlivňovat vznik drogového problému. Předpokladem pro pochopení tohoto problému u mladistvých uživatelů drog je znalost principů rodinného prostředí a jeho vývojových etap.

Ve třetí kapitole popisují typologie rodin s drogovým problémem, poukazují na určité momenty ve vývoji rodiny, které mohou souviset se vznikem závislosti, a popisují, jaké významy může mít droga v rodinném systému.

Zařazení dítěte do dospělého světa, vyjímaje některé okamžiky (maturita jako zkouška dospělosti, nebo „vojna s tebe udělá chlapa“), je v naší společnosti záležitostí individuální. U mladistvých uživatelů drog se „iniciační rituál“, osamostatnění od rodiny, děje mnohdy až prostřednictvím terapeutické instituce. Jde o „běh na dlouhou trať“, který se uskutečňuje jednak ve spolupráci s výchovnou institucí a jednak s rodinným poradenským odborníkem. Ten v tomto „rituálu“ získává roli šamana, který napomáhá vytvořit nová pravidla v rodině.

Ve čtvrté kapitole popisují základní přístupy k rodinné terapii závislostí a další možnosti rodinné terapeutické intervence.

2. PROBLÉMOVÝ UŽIVATEL DROG A PROBLÉM ZÁVISLOSTÍ – VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

V této kapitole se pokusíme vymezit základní pojmy, které jsou spojeny problémovým užíváním drog mladistvými. Problémové užívání je často u mladistvých jen epizodní záležitostí. Přesto je třeba zdůraznit, že tato epizodní fáze může směřovat k závislému, patologickému užívání drog. V této kapitole bude vymezen pojem závislost a fáze, které charakterizují rozvoj závislosti (experimentátor, uživatel, zneuživatel – závislý). Dále pak pojmy úzce související s tématem, tj. craving a syndrom závislosti.

2. 1. Závislost jako jev

Závislost jako jev je zcela přirozená a provází člověka celým životem. Během zrání se člověk na jedné straně odpoutává a spěje k nezávislosti, na druhé straně se dostává do stále nových závislostí. Potenciál závislosti se pak transformuje do nových rovin. Tato transformace je součástí vývojových změn.

Pojem závislost se stal v moderní společnosti velmi často používaným slovem. Tak jako každé slovo i toto má možnost vyvolat v nás určité představy a s nimi spojené pocity. Asi nejčastěji se v současné době závislost spojuje se závislostí na psychotropních látkách.

Ohrožující návyky nebo závislost můžeme charakterizovat tak, že se jedinec soustředí na určitou „substanci“ (např. psychotropní látku, potravu, vitamíny, anabolika) nebo na určitý proces (např. hazardní hraní, sex, sport, určitá činnost spojená s počítačem, závislé vztahování k určité skupině). Toto soustředění může vést postupně ke kompulsivnímu jednání, které je doprovázeno změnami v kvalitě života. O zdraví ohrožujících návycích mluvíme tehdy, když se „substance“ či činnost stává jakýmsi „všelékem“ nebo rituálem, bez kterého se jedinec nemůže obejít.

„Závislost lze definovat jako chronickou a progredující poruchu, která se rozvíjí na pozadí přirozené touhy člověka po změně prožívání. Za určitých okolností tato přirozená touha může přejít v nutkavost a zavadat tak příčinu k rozvoji chorobných znaků. Ty se projevují, vedle nutkavého dychtění po změně prožívání, také narušením až ztrátou kontroly nad nutkavým chováním, pokračováním v dosavadním vzorci i přes narůstající

důsledky a prohloubením stavu nelibosti při přerušení tohoto vzorce.“ (Kudrle 2003, str. 243).

2. 1. 1. Rozvoj závislosti – vývojové etapy

2. 1. 1. 1. Experimentátor

Pro dospívání je typické experimentování spojené s procesem separace. Při zneužívání psychotropních látek mladistvými jde ve většině případů o přechodnou fázi, která je však spojena s velkým rizikem.

Experimentace s psychotropními látkami bývá v počátku spojena s vlivem vrstevnické skupiny nebo s tak zvanou sebemedikací. Sebemedikací myslíme to, že si mladý člověk „léčí“ napětí vzniklé vlivem nejbližšího okolí či napětí způsobené emočními výkyvy, které mohou vznikat na podkladu nejrůznějších duševních poruch a onemocnění (více v kapitole: Faktory podmiňující vznik drogové závislosti)

V této fázi si i nadále mladistvý zachovává aktivity, které vykonával před kontaktem s drogou. Drogou užívá nepravidelně, pouze v určitých situacích. Jde o jakési „rozšíření obzorů“ a nebo užívání v partě.

2. 1. 2. 2. Uživatel (nadužívání)

Úzus, abúzus, misúzus: jde o slova latinského původu používaná v souvislosti s drogovou závislostí, která znamenají „užití či užívání“ a „zneužití či zneužívání“. O úzu či užívání drog mluvíme zpravidla tehdy, když je jich užito ve shodě s oprávněnými zájmy jednotlivce i společnosti. Termínu abúzus odpovídá termín nadužívání či škodlivé užívání a znamená především nadměrné používání, nadužívání drog („příliš často“, „příliš mnoho“ nebo obojí) a nebo užívání v nevhodnou dobu (tj. někdy při práci, jindy třeba v těhotenství). Pod pojmem „misúzus drog“ rozumíme takové užití léků, tedy nikoliv společností netolerovaných drog jako např. hašiš, heroin, které nelze ospravedlnit medicínskými důvody nebo kde je dávka nepřiměřeně vysoká (např. u stimulací). (Urban, 1973).

Škodlivé užívání: „Jde o vzorec užívání, který poškozují zdraví. Poškození může být tělesné nebo duševní. Tato diagnóza vyžaduje, aby užívání mělo za následek aktuální poškození duševního či tělesného zdraví uživatele. Škodlivé užívání by se nemělo

diagnostikovat, jestliže je přítomen syndrom závislosti, psychotická porucha apod. Tato kategorie velmi přibližně odpovídá dřívějšímu pojmu abúzus (zneužívání) „ (Nešpor, 1997, str. 200).

Nelze označit dělicí čarou, kdy jde u mladistvého o experimentování a kdy již o problémové, škodlivé užívání. Tuto dělicí čáru je snad schopen narysovat ze svého nadhledu odborník, ale uživatel není sám tohoto nadhledu schopen.

Opakované užití omamné látky je již důsledné a jím samotným nebo okolím těžko ovlivnitelné. V této fázi začíná mladistvý opouštět aktivity, které vykonával před kontaktem s drogou. Skupina začíná ustupovat do pozadí, stejně tak nejbližší sociální okolí. Vztahy se postupně redukuje na kontakty s jinými uživateli či drogovými dealery. V této fázi se objevují problémy ve škole. Rodina již většinou ví o tom, že adolescent užívá drogu, narůstají konflikty související s užíváním drog. (Hajný, Klouček, Stuchlík 1999).

Jedinec se postupně od rodiny odpoutává po citové stránce, ale jeho separace je neúplná. Stále vyžaduje materiální podporu od rodiny. V době krizí, které se již kolem braní drog vyskytují, vyžaduje péči a podporu a planě slibuje nápravu.

Uživatel začíná pomalu ztrácet vhléd, kterého byl v době experimentování schopen, zlehčuje možná nebezpečí a droga už není užívána pro relaxační účinky, ale stává se únikem před zátěžovými situacemi či před zátěžovým prožíváním. Pokud mladistvý zjistí, že má pro něj droga „léčivé“ účinky uvolňující napětí, pokračuje v užívání i přes vznikající zdravotní a sociální rizika.

Sám sebe neoznačuje jako nositele problému. Nositelem problému chápe rodinu či instituci (jako je např. škola, soc. úřad, diagnostický ústav). Navrhuje jednoduchá řešení, která sám považuje za zbytečná. Pro uživatele je typické, že při řešení svého problému často vytyčuje nereálné cíle. Chování je značně impulsivní, vyznačuje se častými zvraty nálad a výbušností.

Droga, původně chápaná jako symbol vzpoury proti stávajícím hodnotám rodiny nebo establishmentu, která byla užívána i jako prostředek pro rozšíření obzorů, začíná symbolizovat pouze životní styl narkomana.

Toto užívání není chápáno ještě jako nemoc, ale jako porucha chování (Jedlička, Koř 1998).

Pokud jedinec sám včas nevystoupí z bludného kruhu nebo pokud tak neučiní prostřednictvím vnější intervence (rodiče, ped. odborník), hrozí nebezpečí postupného vzniku syndromu závislosti.

2. 1. 1. 3. Zneužívateľ – závislý

Definice závislosti podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí:

Syndrom závislosti (statistický kód F1x.2): „Je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisovanou charakteristikou syndromu závislost je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychotropní látky. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje.“(MKN 10 1992, str.: 75)

Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize, od roku 1992, závislost F1_ .2. místo_ doplnění látky na, na níž závislost vzniká.

O závislosti hovoříme, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více následujícím jevům:

- a) silná touha nebo pocit puzení užívat látku;
- b) postižení při sebeovládání při užívání látky;
- c) tělesný odvykací stav. Látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky;
- d) průkaz tolerance k účinkům látky jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami;
- e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychotropní látky;
- f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: poškození jater, depresivní stavy, toxické poškození myšlení.

(MKN 10 1992, str. 75)

Diagnóza závislosti podle Americké psychiatrické asociace (DSM-IV):

- 1) růst tolerance (zvyšování dávek, aby se dosáhlo stejného účinku, nebo pokles účinku návykové látky při stejném dávkování);
- 2) odvykací příznaky po vysazení látky;
- 3) přijímání látky ve větším množství nebo delší dobu, než měl člověk v úmyslu;
- 4) dlouhodobá snaha nebo jeden či více pokusů omezit a ovládat přijímání látky;
- 5) trávení velkého množství času užíváním a obstaráváním látky nebo zotavováním se z jejich účinků;
- 6) zanechání sociálních, pracovních a rekreačních aktivit v důsledku užívání látky, nebo jejich omezení;
- 7) pokračování v užívání látky navzdory dlouhodobým nebo opakujícím se sociálním, psychologickým nebo tělesným problémům, o nichž člověk ví a které jsou způsobeny nebo zhoršovány užíváním látky.

Drogová závislost: Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje jako „duševní stav periodické nebo chronické intoxikace, která škodí jedinci i společnosti, vyvoláván opakovaným užíváním drogy přírodní nebo syntetické.“

V této fázi již přechází abusus (porucha chování) v závislost (chorobu) (Jedlička, Kořa 1998). Užívání drog se stává nutkavým, celý životní styl je jím ovládán. Jedinec se už nesnaží svůj návyk skrývat. S postupující lhostejností se zvyšuje lhostejnost k čemukoliv, co se netýká drog.

Zneuživatel ztrácí všechny svoje sociální pozice, které se přímo neváží k droze. Rozbívá vztahy s přáteli, s rodinnými příslušníky, a nevádí mu to. Jeho kontakty se omezí pouze na kontakty s lidmi, kteří mu obstarají drogu. Cíle se redukuje na opatření si drogy v horizontu nejbližších několika hodin. U opiátu a některých léků je toto období charakteristické silnou fyzickou závislostí na droze (viz. níže - abstinční syndrom).

Jedinec se etabluje do role narkomana, to znamená, že drogu akceptuje jako trvalou součást svého života. Svět vnímá černobíle v protikladech příjemné x bolestné, intoxikace x abstinence. Chování je značně egocentrické, vlastní potřeby jsou vnímány jako prvořadé.

Rodina v této fázi často rezignuje a odmítá závislému pomoc. Ten zaujímá roli černé ovce rodiny, která začne buď profilovat za zisku („*jsem nemocný*“), nebo používá zatracení jako trest za svoje selhání. Jeho vlastní postoje mu umožní udržet již beztak masivně nabouranou integritu. Pozice „*jsem pyšný a nadutý*“ poskytuje pozitivní sebeobraz – „ten, kdo tu není v pořádku, nejsem já“, pozice „*jsem šílený*“ umožňuje navzdory zatracení vyžít bez pocitů viny, nebrat si za sebe zodpovědnost. (Frouzová 1995).

2. 1. 1. 4. Problémový uživatel drog – definice

„Problémovým uživatelem návykových látek se rozumí osoba užívající tyto látky, která nesplňuje diagnostická kritéria závislosti na návykových látkách a u které se projevují známky manifestačních problémů v oblasti fyzické, psychické a sociální.“ (Minimální standardy léčebné péče – nepublikováno)

2. 1. 2. Craving – bažení

Komise odborníků Světové zdravotnické organizace už v roce 1955 stanovovala definici bažení jako touhu pociťovat účinky psychoaktivní látky, s níž měla osoba dřívější zkušenost. Ve stejné době Isbell (1955) navrhl rozlišovat tělesné a psychické bažení.

Později se ukázalo, že rozlišování na bažení tělesné a psychické se při používání moderních vyšetřovacích metod v mozku projevuje jinak. Dále je nutné upozornit na to, že mezi bažením a prostým chtěním je značný rozdíl. (Nešpor a Csémy, 1999)

Některé objektivní projevy při psychickém bažení:

1. Nálezy týkající se aktivace určitých částí mozku.
2. Oslabení paměti
3. Prodlužuje se reakční čas – zhoršuje se postřeh (Sayette et. al., 1994).
4. Abnormální nález na elektroretinogramu (záznam elektrické aktivity sítnice, Roy a spol., 1996).
5. Zvýšení tepové frekvence systolického krevního tlaku (Einstein a spol., 1997)
6. Snížení kožního galvanického odporu (Greeley a spol., 1993). Vyšší aktivita potních žláz a snížení kožní teploty (Carter a Tiffany, 1999)
7. Vyšší salivace (slinění) u závislých na alkoholu (Monti a spol., 1993). Bažení zvyšuje riziko recidivy, ale nemusí tak být vždy (Rohsenow a Monti, 1999). Někdy,

za určitých okolností může vést bažení k větší opatrnosti tím, že se závislý v budoucnu vyhýbá nebezpečným situacím nebo se na ně lépe připraví.

Z jiného hlediska, podle charakteru **abstinenčního syndromu** (odvykacího stavu, slangově „absták“), můžeme rozlišit jednotlivé formy závislosti. Mluvíme o závislosti *fyzické, psychické a sociální*. Toto hledisko se zaměřuje spíše na účinek dané psychotropní látky na organismus.

2. 1. 3. Abstinenční syndrom

Dále pak dochází k nepříjemnému stavu při abstinenci od drogy. Tento nepříjemný stav se nedostavuje hned na počátku užívání. Vytváří se postupně. Nebezpečí pro mladistvého uživatele tkví v tom, že nedokáže v počátcích nahlédnout plížící se závislost. Bere drogu, aby dosáhl čehosi příjemného, a droga mu příjemné dává.

„Podstatné je to, že se člověk dostává z jakéhosi stavu „nula“ do stavu „plusového“. Po odeznění drogového účinku se vrací zpět k výchozí úrovni – alespoň zpočátku. Tento jev je právě kamenem úrazu. Po určité době totiž dosud jen experimentující jedinec shledává, že když drogu nemá, je mu hůře než dříve a s drogou mu již není tak dobře jako předtím. Situace se mění. Z původně „plusového“ stavu se dostává již závislý jedinec s drogou do stavu „normy“, zatímco bez drogy se ocitá v „mínusu“. (Presl 1995, str. 54).

2. 3. 1. 1. Fyzická závislost

Jde o stav organismu, vzniklý podáváním drogy, zpravidla dlouhodobějším a častým, který se projevuje výskytem abstinenčních příznaků, je-li podávání drogy zastaveno. Organismus závislý na určité droze se droze přizpůsobí a ta se stane součástí jeho látkové výměny. Při přerušení přísunu drogy organismus reaguje poruchou – abstinenčními příznaky (Urban, 1973).

Při vzniklé fyzické závislosti na drogách se jejich nepřítomnost projeví nepříjemnými tělesnými obtížemi (bolesti, křeče, průjmy, zácpy, pocení apod.). Tento typ závislosti, kde se projevuje tělesná složka, je typický pro opiátové látky. Ale právě u opiátů jde vždy o konjunkci dalších závislostí.

Opiátové látky jsou svou strukturou podobné látkám, které jsou podobné látkám tělu vlastním (neurotransmitery – endorfiny). Dokáží se rychle začlenit do metabolismu

mozku a pro stejný účinek je třeba zvyšovat dávky. Při jejich absenci pociťuje tělo výrazný deficit – viz abstinenční syndrom.

Jednou z vlastností drog je schopnost proniknout do organismu a ovlivnit jeho funkce. Droga se pak postupně stává součástí látkové přeměny a organismus si na látku, s kterou se opakovaně setkává, zvyká. Po určité době dochází k vzestupu tolerance, tzn. je nutno zvyšovat dávku drogy potřebné k dosažení očekávaného efektu. Tento vývoj je zejména charakteristický pro opiátové závislosti.

2. 1. 3. 2. Psychická závislost

Jde o duševní stav vzniklý podáváním drogy, který se projevuje různým stupněm přání drogu užívat. Tento stupeň může být od pouhého přání, kterému lze odolat, přes dychtivou touhu či bažení (anglické „craving“) až po neodolatelné nutkání požit drogu, přestože jedinec drogu nechce požit (na vědomé úrovni považuje svoje jednání za nerozumné) (Urban, 1973).

Jak již bylo řečeno, psychická závislost bývá často úzce spojená se závislostí fyzickou, ale u některých typů psychotropních látek se její symptomy objevují i samostatně. Projevuje se poklesem či výkyvy nálady, nutkavou touhou vzít si látku, od které jedinec abstinuje. Provází jí úzkost, neklid, předrážděnost, agresivita, únava, vyčerpání, pasivita atd.

Léčba by měla být nastavena na změnu vzorců chování, protože psychická závislost na droze je často závislostí na některé okolnosti, která prožívání drogy provázela (společnost lidí – parta, doba, prostředí, rituál spojený s užíváním drogy atd.). Přestože je v tomto ohledu jedinec navždy zranitelný, časem se psychika nastaví na jiné vzorce chování.

Léčba psychické závislosti je daleko zdlouhavější než u závislosti fyzické. Je úzce spjata se závislostí sociální.

2. 1. 3. 3. Sociální závislost

Odhlédneme-li od účinků drogy, je pravděpodobně sociální okolí (vrstevnická skupina, parta) pro toxikomana to nejdůležitější, co vyhledává. V procesu separace v dospívání potřebuje uspokojit potřeby jako je náležitosti, respekt a přijetí. A protože jde o separaci, tyto potřeby hledá mimo rodinu.

Pocit sounáležitosti, koheze, je ještě podtržen magičností a rituálností, které droga poskytuje, nejen svými psychotropními účinky. Často se mladiství vracejí do vrstevnické party jako ke „svým lidem“, „k těm, co mně rozumí“.

Např. při užívání pervitinu se vytváří silná psychická závislost. O pervitinu se však často mluví jako o sociální droze, protože po odeznění psychické vazby na něj, případně po terapeutické intervenci, se k němu někteří jedinci opět vracejí pod vlivem vrstevnické skupiny.

2. 2. Závislost – teorie, pohledy, východiska.

Poruchy vyvolané užíváním psychotropních látek postihují značnou část populace. Lidstvo se snaží o vysvětlení zákonitostí, které zapříčiňují vznik a vývoj závislého užívání. Toto téma se na vědecké úrovni nejprve stává tématem medicínsko – psychiatrickým. V druhé polovině 20. století se stává i tématem dalších příbuzných oborů. Přes tento vývoj došlo k dnešnímu eklektickému chápání závislostí. Současné, eklektické chápání závislostí by se dalo charakterizovat jako model bio – psycho – sociálně – spirituální.

V této kapitole si vysvětlíme jednotlivé pohledy vysvětlující závislost. Pohledy vysvětlující závislost doplníme o východiska některých významných psychologických teorií.

2. 2. 1. Bio-medicínský model

Důležitým předstupněm chápání závislosti v širším kontextu se stal bio-medicínský model. Tento model má poměrně dlouhou tradici. Problémem závislosti se v minulosti zabývali výhradně lékaři – psychiatři. „V biochemickém modelu je nemocí v lékařském slova smyslu (v zásadě chorobnou poruchou mozkových funkcí, do jisté míry s dědičnými dispozicemi). Pokládá se za nemoc chronickou, obtížně léčitelnou, s častými recidivami, nejspíš vůbec nevléčitelnou – v tom se srovnává např. s ischemickou chorobou srdeční a zejména s cukrovkou“. (Kalina a kol. 2003, str. 44).

Od psychiatrického chápání závislosti se dnes ustupuje. Tento model však jako první uchopil závislost jako projev nemoci a ne jako projev sociální nebo osobnostní deviace (jako např. projev nedostačivosti volných vlastností či kriminálního chování).

Bio-medicínský model také více akcentuje práci se zdravotními následky, způsobenými závislým užíváním, jako je například předávkování, onemocnění jater, abstinenční příznaky atd.

2. 2. 2 . Bio-psycho-sociálně-spirituální model

Příčiny drogové závislosti jsou souborné. Zatím nebylo potvrzeno nic, co by jednoznačně prokazovalo predispozici pro vznik závislosti. U někoho se rozvíjí závislost na základě nadměrného užívání psychotropní látky pro psychologické problémy, jinde převažují genetické, vrozené dispozice, jinde sociokulturní vazby. Nejčastěji jde o kombinaci těchto faktorů

Bio – psycho – sociální model vstoupil do psychiatrie po II. světové válce, jeho rozmach začal až v šedesátých letech minulého století.

V bio-psycho-sociálním modelu se rozšiřuje model biologický o další roviny. Genezi člověka utvářejí nejen biologické, ale i psychologické a vztahové faktory. Tyto faktory se projevují v období vývoje a zrání. Utvářejí potenciál, který umožní člověku odolat či podlehnout závislému chování.

Podstatnými pojmy pro tento potenciál jsou *dispozice* (např. genetické či biologické, případně psychologické, získané v raném dětství), *zranitelnost* (která se vyvíjí na podkladě dispozic v dalším průběhu života) a *spouštěče* (např. životní události nebo nároky na vývojové období), které vedou k manifestaci poruch.(podle K. Kaliny, 2003).

Bio-psycho-sociální model umožňuje mezioborový přístup. Díky tomuto přístupu tak mohou zasahovat do procesu léčby i odborníci z jiných než lékařských oborů, jako jsou například sociální pracovníci, psychologové, pedagogové atd. Intervence odborníků z rozličných oborů mnohdy způsobí akcentaci jednoho z modelů, což nemusí být kontraproduktivní, spíše naopak.

Pokusme se vysvětlit jednotlivé faktory bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu.

2. 2. 2. 1. Biologická úroveň:

Tato úroveň by se dala rozdělit do dvou kategorií. Jedna kategorie je vliv dědičných dispozic. Druhá kategorie se týká dispozic vzniklých během vývoje.

Zatím nebylo ověřeno nic, co by poukazovalo na jednoznačný vliv genetické souvislosti. Je třeba počítat s tím, že každý jedinec si přináší do života určité genetické dispozice, které se spolupodílejí na utváření osobnosti; tyto dispozice mají vliv i při tvorbě závislosti, ale sami o sobě závislost neutvářejí.

Bylo prokázáno, že v rodinách osob závislých na alkoholu je riziko vzniku závislosti u potomstva zvýšeno. Existuje celá řada biologických faktorů, o kterých by se dalo říci, že riziko závislosti mohou pouze zvyšovat.

Ontogenetická psychologie v problematice závislostí zvýrazňuje některá kritická období, zvláště prenatální, natální a postnatální období, tzn. okolnosti porodu, psychomotorický vývoj dítěte v poporodním období; významné ale mohou být i další vývojové vlivy, např. přítomnost traumat, nemocí a dalších omezujících faktorů. (Např. zda byla matka v těhotenství sama alkoholička nebo toxikomanka a zda se plod setkával s účinky návykových látek. Zda byly například v průběhu porodu používány psychotropní tlumivé látky atd.)

I když jsou biologické a genetické faktory chápány jako rizikové, se kterými se musí počítat při analýze jednotlivých vzorců závislého chování u daného jedince, nehrají významnou úlohu při léčbě samotné.

2. 2. 2. 2. Sociální úroveň:

Jde o úroveň, v které se vše děje. Zahrnuje vliv vztahů s okolím, které formuje zrání jedince, případně toto zrání brzdí či deformuje. Tyto vlivy zahrnují širokou škálu od nejobecnějších okolností jako je rasová příslušnost, společenský status rodiny, prostředí, ve kterém jedinec žije. Nejvlivnějším faktorem je samotné prostředí rodiny, kvalita rodinných vztahů, případně absence rodiny vůbec. Dospívání se děje v procesu sociálního učení, na kterém se podílí zejména rodina se svými pravidly, mýty a morálkou.

Mladiství hledají identifikační vzory mimo rodinu, ve své přirozeně závislé pozici vyhledávají silné jedince nebo skupiny. Hledají pocit přijetí, sounáležitosti a směřování k nezávislosti, anebo jde o hledání přežití vůbec.

Vedle rodiny hraje v procesu sociálního učení nezastupitelnou roli kolektiv vrstevníků. Ten lze nazvat referenční skupinou, v které dospívající v procesu emancipace hledá své vzory a „náhradní rodinu.“

S klientem pracujeme v sociálním kontextu, tzn. spolupráci s rodinou, práci s vrstevnickou skupinou.

2. 2. 2. 3. Psychologická úroveň:

Neexistuje žádná kombinace osobnostních charakteristik, která by určitého jedince neodvolatelně předurčovala ke vzniku závislosti. A naopak, neexistuje žádná typologie osobnostních charakteristik, která by jedince před vznikem závislosti stoprocentně chránila.

Psychogenní faktory můžeme najít již v období nitroděložního vývoje a období porodu. Prožívá-li žena těhotenství jako stresovou záležitost, přenáší se informace o tomto stresu i na plod. Významnými faktory jsou dále: úroveň postnatální péče, tedy péče o harmonický vývoj dítěte, rozvoj a diferenciaci jeho potřeb, jejich přiměřené uspokojování, dále podpora v době dospívání, v období hledání identity.

Psychologických faktorů je celá řada. Nebezpečí vzniku závislosti hrozí, pokud nedojde k včasnému odbornému zásahu v případě objevující se patologie nejruznějších duševních poruch a chorob jako je úzkost, deprese či různá psychologická onemocnění. V tomto případě dochází často k takzvané sebemedikaci prostřednictvím drogy.

„Osobnost je dynamické uspořádání psychologických systémů v individu, které určují jeho jedinečná přizpůsobení k okolí.“ podle G. W. Allporta (1937 in Drapela 1997, str. 14) jedna z teorií osobnosti. Určitý typ drogy, resp. její účinky, mohou zaplnit prázdné místo v psychologickém systému osobnosti nebo uspokojit aktuální potřeby dítěte (zapomenout, uvolnit se, získat schopnost komunikace, prosadit se apod.). Není-li k dispozici adekvátní pomoc, bývá to počáteční „sebemedikace“ drogou, která vede později k rozvoji abusu a vzniku závislosti. „Sebemedikace“ se objevuje i u jedinců s psychopatologickými poruchami osobnosti (viz. kapitola *Faktory podmiňující vznik drogové závislosti u dospívajících* – faktory somatické a psychické)

2. 2. 2. 4. Spirituální úroveň:

„Spiritualita je vztahem k tomu, co mne přesahuje, k čemu se vztahuji jako k nejvyšší autoritě, řádu, ideji. Jde o intimní oblast přímého prožitku toho, co je za každodenním úsilím, co dává smysl tomuto úsilí, co dává smysl životu vůbec.“ (Kudrle 2003, str. 235).

„U mnoha lidí vrcholí nadměrné pití a užívání drog v intenzivních pocitech odcizení, izolace, prázdnoty a ztráty a smyslu a účelu života“. (Rodgers 1999, str. 77).

O euro-americké civilizaci se často hovoří jako o civilizaci, která akcentuje konzumní uspokojení, mnohdy na úkor spirituálních hodnot. Určité procento mladých lidí hledá naplnění těchto hodnot v drogách.

K bio-psycho-sociálnímu modelu závislosti se tedy přiřazuje ještě spirituální úroveň. Tato úroveň, přestože z psychologického pojetí přesahuje do filozofické roviny, má důležité místo v komplexním chápání závislosti a jejich léčení. Po uzavření terapeutického programu a po stabilizaci klienta na bio-psycho-sociální úrovni se často setkáváme s klientovou otázkou „jsem čistý (střízlivý), kdy budu šťastný?“.

Pátrání po smyslu života je nejtěžším prvkem terapeutické změny. Závislost je také často označována jako krize duchovních hodnot. Lze však říci, že po vyřešení bio-psycho-sociální složky dochází často ke změně v životních postojích. Sám terapeutický proces může vést k hledání nových postojů a hodnot.

Hledání duchovních potřeb jako součást léčby závislosti má ve svém programu např. organizace Anonymních alkoholiků, pravděpodobně jeden z nejstarších terapeutických systémů, jehož vznik se váže k roku 1935, zatímco první terapeutické komunity vznikají až v druhé polovině šedesátých let.

2. 2. 3. Závislost jako jev – teorie

V předešlé kapitole jsme sestavili z jednotlivých komponentů, které se spolupodílejí na vzniku závislosti, bio-psycho-sociálně-spirituální model, který charakterizuje současný přístup k tomu, jak chápeme vznik závislosti. V následujícím textu popíšeme jednotlivé terapeutické systémy, které přispěly k vytvoření tohoto modelu. Jednotlivé systémy vždy akcentují jeden z prvků bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu.

Biologickému modelu přiřazujeme výše popsaný bio-medicínský model, který akcentuje somatické vlivy. Tento model je doménou zejména klinické medicíny, která vidí příčiny závislosti spíše v biologické etiologii a léčí pouze somatické onemocnění způsobené užíváním psychotropních látek.

Psychoanalytické systémy staví své teorie závislosti více na psychologickém podkladu, behaviorální teorie akcentují vliv prostředí a logoterapeutické teorie spojují závislé patologické chování s absencí vůle ke smyslu (smysluplnosti životního cíle), či určitou absencí sebetrancendence.

2. 3. 4. Psychoanalytické teorie

Podle Rotgerse (1999) jsou psychoanalytické teorie teoriemi *motivace*. Tyto teorie se snaží vysvětlit, proč osoba začne užívat návykové látky a proč si závislost na těchto látkách udržuje. „*Motivaci*“ jsou zde myšleny jak lidské potřeby, tak jejich nevědomý charakter. Konflikt vzniká jak mezi těmito potřebami navzájem, tak mezi nimi a společenskými normami. Člověk si je začíná uvědomovat, až když se začnou v chování projevovat ve formě „*symptomů*“.

Symptom je forma, jíž se potlačená myšlenka nebo vzpomínka dostává do vědomí. To se děje nevědomě, protože proces je zkrácen psychickou obranou. Jde o konflikt mezi potlačenou myšlenkou a obranou vůči ní.

Užívání návykových látek je v rámci psychoanalytické koncepce obvykle považováno za symptom, který je reakcí na vnitřní konflikt. Je-li užívání návykových látek symptomem vnitřní příčiny, mělo by postačit pro odstranění symptomu tuto příčinu odhalit. Rotgers (1999 str. 60) však poukazuje na skutečnost, že toto vždy neplatí, a sám dodává: „Často se psychoanalytické myšlení zaměřuje za psychoanalytickou léčbu, a to ke škodě obojího. Zásadní otázkou je to, zda psychoanalytický výklad užívání návykových látek odpovídá skutečnosti, a stejně je třeba se ptát, zda a jak je prospěšný při léčbě“.

Rotgers (1999) zmiňuje čtyři významné autory, kteří přispěli k psychoanalytickému výkladu užívání návykových látek: Leon Wurmser, Edward Khantzian, Henry Krystal a Joyce McDougall.

2. 3. 4. 1. Wurmser

Zastává teorii, že osoby užívající návykové látky mají kruté a destruktivní super ego. Obávají se, že je super ego zaplaví zuřivostí a strachem. Užívají drogy proto, aby unikli těmto nebezpečným afektům. Tyto emoce jsou důsledkem tradičních konfliktů mezi psychickými instancemi a krutostí super ega.

Wurmser se domnívá, že tento stav pramení ze skutečných traumat z raného dětství. Má např. na mysli: „neobvykle těžké reálné vystavení násilí, sexuální zneužití a kruté opuštění, a/ nebo reálnou nespolehlivost, prolhanost, zradu a opuštění a/ nebo skutečnou odtaživost rodičů“. (Wurmser in Rotgers 1999, str. 266)

Tyto události způsobují v pozdějším věku krutost vnitřní autority a pochybnosti o vlastní hodnotě. Drogy alespoň na čas vyřazují vnitřní autoritu a neutralizují ohrožující pochybnosti a úzkost. Drogy však neomezují jen nechtěné funkce super ega, ale omezí i zbývající. Wurmser chápe užívání návykových látek jako: „archaický a onnipotentní způsob, jak se vyhnout pocitům a impulsům, které přinášejí bolest, úzkost a stud, které tak uživatele ohrožují.“ (Wurmser in Rotgers 1999, str. 267)

Wurmser se v léčbě soustředil hlavně na analýzu super ega. Vytváření moralistických postojů vůči závislým je dle jeho názoru kontraproduktivní. Problém netkví v tom, že by závislý měl příliš málo super ega, ale naopak příliš mnoho. Terapeut by měl proti moralizování nabízet autentickou vřelost, přívětivost a flexibilitu.

2. 3. 4. 2. Khantzian

Jeho přístup je založen na myšlence, že podstatu problémů osob, které jsou závislé, tvoří *deficity*, nikoli konflikty. Hlavním problémem jsou spíše slabé stránky, nedostatky „ega“ nebo „self“ než konflikty mezi psychickými instancemi.

Podle Khantziana jde o slabá místa ve struktuře „já“. Jde o to, jak se osoba chrání, usměrňuje se, pečuje o sebe a přemýšlí o sobě. To vede k tomu, že jedinec vyhledává určitý druh drogy resp. její účinky, které kompenzují daný deficit. Udává příklad, že osoby závislé na opiátech vyhledávají jejich „antiagresivní“ účinek.

Khantzian a jeho kolegové staví systém léčby na dynamické skupinové terapii. Kladou důraz na čtyři hlavní body, kterým se skupiny věnují, jsou to: 1) tolerance afektu, 2) budování sebeúcty, 3) diskuze o interpersonálních vztazích a práce na jejich zlepšení, 4) vytvoření vhodných strategií zaměřených na to, jak se chovat mezi dalšími závislými.

2. 3. 4. 3. Krystal

Krystal nabízí dvě teorie zdůvodňující užívání návykových látek, které předpokládají vážné narušení v raném vývoji.

První teorie se váže k fázi, kdy si dítě utváří bazální jistotu v interakci s matkou. Je-li u jedince absence této fáze, dochází k tomu, že závislá osoba prožívá k droze náhradní symbolický vztah jako k primárnímu mateřskému objektu. Droga zastává funkce, které jsou připisovány postavě matky. Drogově závislý si v dospělosti prostřednictvím drogy odehrává primitivní a infantilní fantazie.

Druhá teorie se soustřeďuje na narušené afektivní funkce. Narkomani nedokážou rozeznat kognitivní aspekty emočních stavů, tzn., že místo prožívání pocitů jako je smutek, zlost, štěstí atd. prožívají globální fyziologické napětí. To jim znemožňuje nechat se přirozeně vést emocemi při chápání sebe samého a zamezuje určitému zdroji informací prostřednictvím „emocionální“ zpětné vazby.

Člověk nedokáže rozpoznat smysl jednotlivých stavů vzrušení a tyto stavy v něm vyvolávají pocity úzkosti. To se pak snaží eliminovat prostřednictvím návykových látek, které stav zklidnění a uvolnění umožňují.

Hlavním bodem terapie je podle Krystala zlepšení vztahu k sobě, toleranci afektů, podepřenou analýzou ambivalence a agresivity, které pacient odehrává prostřednictvím užívání drog.

2. 3. 4. 4. McDougallová

McDougallová považuje užívání návykových látek za jednu z variant závislého chování, podobně jako je tomu u poruch příjmu potravy či nutkavého sexuálního chování. Považuje je všechny za psychosomatické. Závislé chování formuluje takto: „Psychosomatické jevy jsou všechny případy fyzického poškození nebo nemoci, ve kterých hrají důležitou roli psychologické faktory. Jsou to například predispozice k úrazům, snížení imunologické ochrany (při stresu se někdo stane rychleji obětí infekční choroby) nebo je náchylnější ke vzniku závislosti, která je psychosomatickým pokusem, jak se vyrovnat s bolestným konfliktem dočasným otupením vědomí“ (McDougall in Rotgers 1999, str. 273). Namísto zpracování pocitů „uvnitř“ se prožitek projevuje „navenek“ – psychosomaticky.

McDougallová považuje psychosomaticko-závislé řešení za obranný manévř proti nevědomým emocím a strachům. Užívání návykových látek je součástí „falešného self“, které si osoba vytvoří, aby odvrátila bolestné pocity, pocity pustoty a prázdnoty.

V terapii věnuje McDougallová pozornost rozvoji vnitřního života a zároveň míře utrpení a strachu pacienta, kterou může v terapii probuzení vnitřního života vyvolat.

2. 3. 4. 5. Kritika psychoanalytické teorie závislosti

Rotgers (1999) poukazuje na několik problémů, které se vyskytují v psychoanalytických teoriích vysvětlujících závislost. Jde o několik hledisek, které se na základě současných empirických studií při chápání závislosti zohledňují. Současné léčebné metody drží krok se stále lépe prokázaným již zmíněným paradigmatem, které nahlíží na poruchu závislosti z bio-psycho-sociálního pohledu. Toto paradigma i současné analytické teorie a terapeutické metody ignorují.

Druhé problematické hledisko psychoanalytické teorii je spíše metodického rázu. Podle Blata (in Rotgers 1999) jsou to čtyři hlediska: 1) činí se závěry jen na základě jednotlivých terapeutických případů nebo klinických zpráv, které zkoumají pouze malý vzorek závislých, 2) často se nerozlišuje mezi různými typy nebo stupni závislosti, 3) snaží se pochopit predispoziční faktory až z údajů shromážděných potom, co závislost vznikla, 4) nejsou vytvářeny adekvátní kontrolní nebo srovnávací skupiny.

Psychoanalytický přístup je snad nejstarší psychoterapeutický systém a teorie, která procházela a stále prochází inovací. Přestože se v současnosti v terapeutických institucích v České republice využívá spíše mezioborový přístup (bio-psycho-sociální model), může být, dle mého názoru, analytický pohled inspirativní, a to především pro odborníky v pomáhajících profesích. Především u drogově závislých, u kterých je velmi častá porucha osobnosti, je pro pomáhajícího důležité pochopení nevědomých procesů, které se spolupodílejí na vzniku závislosti.

2. 3. 5. Behaviorální teorie

Behaviorismus se vymezuje jako směr, který uznává pozorovatelné chování organismů za jediný předmět zájmů psychologie. Behavioristické teorie jsou postaveny na empirických výzkumech. „Výzkum je léčení a léčení je výzkum“ (Thorensen & Diates in Drapela 1997 str. 73). Veškeré lidské chování probíhá podle zákonitostí, z nichž mnohé jsou známy. Lidské chování může být naučeno i odnaučeno.

Osobnost jako něco, co skutečně existuje a co má skutečné účinky, nemá v behaviorálním pojetí reálnou existenci a nepokládá se za zdroj lidského chování. Osobnost se v behaviorálním pojetí se chápe jako pouhá odvozenina z chování, jež samo je jediným přímo pozorovatelným a měřitelným jevem. (Drapela 1997).

Člověk je chápán jako „nepopsaný list“. Socializace a její součást, výchova, jsou „brkem a inkoustem“, který tento „nepopsaný list“ zaplňují.

Z výše uvedeného je patrné, že behaviorální teorie léčby poruch vyvolaných užíváním psychoaktivních látek jsou založeny na principu učení a změny chování. Behaviorální teorie závislostí akcentují především léčbu (její průběh). Jejich zájmem není vysvětlit etiologii závislosti konkrétního případu klienta, jako je tomu např. u psychoanalytického přístupu, ale změna aktuálního stavu klienta.

Podle Rotgerse (1999) existuje sedm obecných předpokladů, které charakterizují behaviorální přístup k terapeutické změně.

Prvním předpokladem je, že chování je spíše výsledkem procesu učení než výsledkem determinace genetickými faktory. Podle behavioristů genetické faktory tvoří „živnou půdu“, ze které lidská zkušenost utváří individuální vzorce chování. Behavioristé připouští vliv genetických faktorů, ale přiklánějí se k názoru, že genetické faktory jsou nezměnitelné a z tohoto důvodu je lepší zaměřit se spíše na chování samotné. Učení je výsledkem interakcí osoba – prostředí.

Druhý předpoklad vyplývá z prvního, tzn., že jakékoliv chování, které bylo formováno procesem učení, může být změněno. Stejně procesy učení, které vytvářejí problémové chování, mohou být použity k jeho změně.

Třetím předpokladem je, že situační a environmentální faktory jsou významné pro vznik, udržení a změnu chování. Behaviorální teorie jsou založeny na interakci osoba – prostředí. Mnohé behaviorální techniky využívají změnu aspektů této interakce jako prostředku změny chování. Je to např. posilování pozitivního chování prostřednictvím terapeutické skupiny, nebo techniky kladoucí důraz na změny individuálních reakcí na prostředí (Praško 2003).

Čtvrtým předpokladem je víra, že procesy jako je myšlení a prožívání lze ovlivňovat prostřednictvím aplikace principů učení. Bylo prokázáno, že aplikace přístupů, které jsou založené na teoriích učení, způsobují změny vnitřních pochodů spolu se

změnami v pozorovatelném chování. Např. při léčbě úzkostných poruch a depresí je prokázána efektivnost při používání kognitivně – behaviorálních technik (Praško 2003)

Pátým předpokladem je aplikace nových poznatků chování v přirozeném prostředí klienta. Návuk nových dovedností a chování v chráněném prostředí je pouze přípravou pro vstup do ekosystému klienta. Aktuální konfrontace s problémovými situacemi ve skutečném světě je považována za efektivnější cestu k podpoře trvalých změn chování.

Šestým předpokladem je skutečnost, že každý klient je jedinečný a musí být hodnocen jako jedinec v daném kontextu. Přestože behaviorální přístup je podepřen empirickými výzkumy, které potvrzují všeobecnou platnost principů změny chování, je potřeba ke každému klientovi přistupovat jako k jedinečnému subjektu, který je ovlivňován individuálními proměnnými faktory.

Sedmý a poslední předpoklad se váže jak k počátku, tak k průběhu behaviorální intervence. Na počátku, v průběhu i při vyústění léčby je potřebná důkladná diagnostika klientova chování. Bez ucelené diagnostiky při zahájení léčby, která by stanovila, které specifické procesy učení působí v případě určitého klienta, jsou terapie a následné změny odsouzeny k nezdaru. Dále kladou behaviorální teoretici důraz na průběžné empirické ověřování účinnosti svých metod u daného klienta.

2. 3. 5. 1. Kritika behaviorálního přístupu

Behaviorální přístup je často označován za nepružný a autoritářský přístup ke změně chování, jehož metody staví na mechanickém opakování. Na teoretické úrovni se může takto jevit, ale v praxi je tomu jinak. V praxi je tento přístup jakási algoritmická metoda, která dokáže svým důsledným přístupem pomoci klientovi změnit nežádoucí chování.

Důslednost a cílevědomost tohoto přístupu však nevylučuje současný přístup orientovaný na potřeby klienta. Ostatně chápání klienta jako jedinečné a svébytné bytosti zohledňuje i sedmý výše uvedený předpoklad charakterizující behaviorální přístup.

Příliš nízký rámec behaviorální terapie je v posledních desetiletích rozšiřován na přístup kognitivně – behaviorální. Jde o přístup kombinující myšlenková schémata s chováním. Má-li být změněno chování, je žádoucí změnit i nazírání a porozumění situaci, v níž se klient nalézá. Využívají se racionální přístupy, tzn. mapování, bilancování atd.

2. 3. 6. Logoterapeutické teorie

Logoterapeutické paradigma nemá přímé vysvětlení fenoménu závislosti. Ve svém pojetí však nabízí některé principy, které se závislým užíváním psychotropních látek úzce souvisejí. Jsou to pojmy: vůle ke smyslu a existenciální vakuum či existenciální frustrace.

Podle Viktora Frankla je lidská povaha trojdimenzionální. Má dimenzi fyziologickou, psychologickou a noologickou. Tato třetí dimenze se vztahuje k lidské vůli ke smyslu. Vůle ke smyslu je chápána jako stále probíhající proces nacházení smyslu v různých životních situacích. Smysl života spadá do duchovní dimenze, nemusí mít však pouze duchovní, náboženský charakter.

„Hledání smyslu v životě je hlavní odpovědností každého člověka. Smysl nelze do situace vložit. Je již přítomen v každé situaci, s níž se jedinec setkává, a je třeba jej v této situaci objevit. Životní smysl není abstraktní, nýbrž konkrétní a jedinečný jako sama situace“.(Frankl in Drapela 1997).

Logoterapie vychází z toho, že člověk je bytostí hledající a usilující o smysl svého žití tím, že uskutečňuje něco hodnotného. Nejde však pouze o naplňování potřeb svého přežití a pohody. Jedinec se potřebuje podílet na uskutečňování všeobecně uznávaných hodnot, které jsou pro něj zároveň subjektivně významné. Pokud člověk nenaplnuje hodnoty vedoucí k prožívání smyslu života, potom může prožívat svůj život jako mysluprázdný. (Lukasová 1992)

Absence nebo ztráta životního smyslu vede k tomu, co logoterapie nazývá „existenciální vakuem (prázdnota)“, V souvislosti s drogovou závislostí se častěji používá pojem existenciální frustrace. Ta se projevuje prožitky prázdnoty a nesmyslnosti, omrzlosti, nudy, bezcílnosti, nechuti k životu a zoufalství.

Existenciální frustrace není sama o sobě nemocí. Je to spíš varovné znamení, stav nouze. Pokud mladý člověk použije na tento stav nouze drogu jako „lék“, tento stav se po dlouhodobém užívání drogy prohlubuje a často vede k onemocnění emočního či psychosomatického charakteru. Podle Frankla a jeho spolupracovníků se na sebevraždách, drogové závislosti, alkoholismu a kriminalitě mládeže častěji než dříve spolupodílí existenciální frustrace. Výzkumy B. L. Padelfordové statisticky prokazují, že stupeň existenciální frustrace koreluje se sklonem k užívání drog. (Frankl 1997)

Dospívání je obdobím sebeuvědomění a hledání vlastní identity. Mladý člověk je v tomto období značně zranitelný. Je to období, kdy si vytváří vlastní a nezávislý obraz

okolního světa, kdy sám sobě klade otázky týkající se smyslu a jeho vlastní existence. Tato přechodná pozice je nestabilní a náchylná k prudkým zvrátům. Podle mého názoru jsou jak myšlenky, tak metody Viktora Frankla, Elizabeth Lukasové a jejich spolupracovníků inspirativní a nosné pro práci s mladistvými uživateli drog.

3. DOSPÍVAJÍCÍ, PROBLÉMOVÝ UŽIVATEL DROG

3. 1. Vymezení

V úvodních dvou podkapitolách vymezíme dospívání v časovém horizontu a podle teoretických přístupů, které přispěly k chápání tohoto vývojové období.

3. 1. 1. Časové vymezení adolescence

Časově vyplňuje adolescence především druhé desetiletí života. V evropské psychologii se používá členění na pubescenci (časový interval 11 – 15 let) a adolescenci (časový interval 15 - 20 až 22 let).

Období dospívání lze členit do tří etap: časná adolescence 10 (11) – 13 let, střední adolescence 14 – 16 let a pozdní adolescenci 17 – 20 let, popřípadě mnohem déle.

Adolescenci lze také vymežit jako **období mezi dětstvím a dospělostí** (Macek 2003). Mezi dětstvím a dospělostí neexistuje dělicí čára, proto vymezení nelze přesně datově ohraničit. Další skutečností je, že ve vyspělé industriální společnosti se díky specializované profesní přípravě prodlužuje příprava na dospělost a přesné ohraničení horní hranice adolescence není z tohoto důvodu vhodné.

V dalším textu bude používán pouze termín adolescent nebo dospívající a naše pozornost se soustředí na období **15. – 18. roku**, tedy na věk, kdy dochází k nejčastějšímu **experimentování s drogou**.

3. 1. 2. Teoretické přístupy k adolescenci

Časovému období mezi dětstvím a dospělostí nebyla až do konce 19. století věnována pozornost. Je to způsobeno tím, že až od vzniku industriální společnosti se vytváří a postupně prodlužuje časové mezidobí dospívání později nazvané adolescence. V předešlých obdobích je totiž vstup z dětství do dospělosti ritualizován (například formou iniciačních rituálů u archaických kmenů nebo třeba odchodem „na zkušenou“, či předávání gruntu z otce na syna). Díky takovýmto rituálům je jasná hranice mezi dětstvím a dospělostí, a tak nevzniká vývojový meziprostor – adolescence.

Na přelomu 19. a 20. století, pod stále zesilujícím vlivem psychologie, se objevují nové teoretické pohledy na etapu dospívání.

První ucelená koncepce, která se snažila vysvětlit adolescenci jako vývojové období, byla teorie **G. S. Halla**. Hall charakterizuje dospívání jako etapu plnou idealismu, vyjadřování emocí, revolty proti všemu starému, odhodlání žít jinak a za cenu nejvyššího utrpení. Přirovnává adolescenci k německému literárnímu hnutí 18. století (F. Schiller, J. W. Goethe). Líčí adolescenci jako „nevyhnutelný a dramatický střet protikladných tendencí v člověku“ (Macek 2003).

Počátek adolescence je spojován s reprodukční zralostí a v jejím průběhu se obvykle ukončí tělesný růst. **S. Freud** nazval toto období **genitálním stádiem**. Podle jeho názoru dochází k oživení sexuálního pudu, ale na jiné úrovni než dříve. Objektem potenciačního uspokojení není již člen rodiny, jako tomu bylo u incestního zaměření (Oidipův nebo Elektřin konflikt).

Podle **Anny Freudové** je dospívání charakteristické nárůstem pudových tendencí a následným narušením osobní rovnováhy (tj. rovnováhy mezi id a egem). V této nerovnováze se podle Freudové objevují obranné kompenzační mechanismy. Je to **intelektualizace a asketismus**. Intelektualizace transformuje sexuální pud na úroveň jiné energie, která vede k intelektuální aktivitě. Z toho pramení častý zájem o umění a filozofické otázky, o nekonečné debaty, jejichž cílem není nacházení odpovědí, ale neustálé kladení otázek. Zároveň dospívající v takovýchto debatách hledá kompetentnost pro řešení „dospělých“ témat. Obranným mechanismem askeze myslí Freudová neustálou kontrolu a potlačení pudových tendencí, aniž by byly něčím nahrazeny.

V současnosti asi nejlivnější teorii zformuloval **E. Erikson**. Podle E. Eriksona je na prvním místě třeba zmínit identitu – úkol adolescence. V pozadí budování identity stojí chaos, který celý proces narušuje, inspiruje a umožňuje vznik nové kvality. Podle Eriksona je dospívání charakteristické hledáním vlastní identity, bojem s nejistotou a pochybnostmi o sobě samém, o své pozici ve společnosti. Erikson klade důraz na osamostatnění od rodiny a považuje za důležitý jeho **psychosociální aspekt**.

3. 2. Faktory podmiňující vznik drogové závislosti u dospívajících

Odborníci si pokládali otázky: Je třeba v problematice návykového užívání rozlišovat věk uživatele drog? Je třeba při terapeutické intervenci dospívajících jiných pohledů a jiného přístup než u dospělých uživatelů drog? Proč jsou dospívající zranitelní a ohrožení drogou více než dospělí?

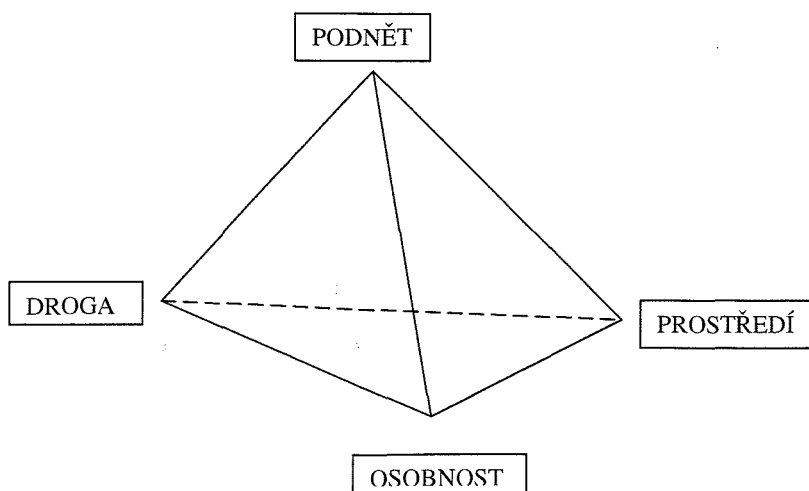
Ontogenetická psychologie poukazuje na specifika dospívání. Stejně tak zkušenosti získané při práci s dospívajícími uživateli drog poukazují na určité odlišnosti.

V předešlých kapitolách jsme vymezili závislost jako jev, popsali různé teorie a východiska vysvětlující závislost bez ohledu na věk uživatele drog. V kapitole vysvětlíme faktory, které podmiňují vznik drogové závislosti u dospívajících, popíšeme charakteristiky dospívání, na které je třeba brát zřetel při posuzování etiologie závislosti. Stejně jako u dospělých, i u dospívajících je drogová závislost podmíněna multifaktoriálně. Jako vodítko tohoto faktu použijeme *interakční čtyřstěn drogové závislosti* použitý v knize E. Urbana Toxikomanie (Urban, 1973 str. 29):

Faktory vzniku, vývoje, udržování a ukončení drogové závislosti podle Urbana

1. Faktory farmakologické („droga“)
2. Faktory precipitující („podnět“)
3. Faktory enviromentální („prostředí“)
4. Faktory somatické a psychické („osobnost“)

Obr. 1. Interakční čtyřstěn drogové závislosti



3. 2. 1. Faktory farmakologické – „droga“

Člověk se může stát závislý na mnoha chemických látkách. Obecná definice návykové drogy nebyla stanovena. Podle Urbana (1973) je návyková droga chemickou látkou, která je schopna vyvolat návyk či psychickou, fyzickou anebo kombinovanou závislost. Dle Urbana je třeba chápat návykovost, vlastnost chemických látek, jako kvantitativní znak, tzn., že jde o vlastnost, kterou nějaká látka může mít ve větší nebo menší míře, na vyšším nebo nižším stupni (různě velký návykový potenciál). Na druhé straně návykovost drogy může mít i kvalitativní potenciál:

„Návykovost se od drogy k droze neliší jen stupněm, ale i kvalitativně: některé drogy mohou mít různou návykovost ve vztahu k různým individuím či k druhům organismů, některé mohou vést spíše k závislosti jen psychické, jiné k závislosti psychické i fyzické atd.“ (Urban, 1973 str. 30)

Pro dospívající neexistuje jednoznačně typická droga. To, jakou drogu preferují, je závislé na sociokulturním prostředí, ve kterém dospívají, na určité „módnosti“ drogy a v neposlední řadě na tom, zda droga alespoň v počátku zjednodušuje separační tendence (jedinci uzavření, se špatnou schopností navazovat vztahy, často preferují drogy stimulačního charakteru, např. pervitin, extáze atd.). Dále může dospívající preferovat určitý druh drogy, která svými účinky „léčí“ jeho napětí způsobené emočním deficitem z raných období vývoje anebo „léčí“ projevy reaktivity způsobené organickými poruchami CNS typu lehkých mozkových dysfunkcí (hyperaktivní jedinci často preferují opiátové drogy, které mají tlumivé účinky, jako má např. heroin).

Více o účinku a rizicích drog je napsáno v příloze: *Rozdělení psychotropních látek, které jsou zneužívány mladistvými.*

3. 2. 2. Faktory precipitující – „podnět“

K tomu, aby si člověk vzal drogu, je potřeba určitého podnětu. Jde o provokující faktor mnohdy pojmenovaný jako „spouštěč“. Některé precipitující faktory jsou součástí osobnosti, jiné vycházejí z prostředí. I droga sama o sobě může být podnětem, pokud se již vytvoří na ní návyk. Pak je psychický stav jako je „chuť“ nebo „absťák“ podnětem pro znovupoužití drogy.

„Podnět“ jako faktor má bio-psycho-sociální původ. Pro vznik a vývoj závislosti jej někteří autoři jako samostatnou kategorii nevyčleňují a řadí jej mezi rizikové varianty

jednotlivých kategorií. (Frouzová 1995). Pro individuální terapeutickou intervenci je však důležité nalezení konkrétního „spouštěče“ a následná práce s ním. Proto zde uvedeme některé pohnutky dospívajících, které je vedou k abúzu.

Jako podněty – „spouštěče“ před prvním užitím uvádějí dospívající: stres, zvědavost, pocit nudy, vzrušení z nebezpečného či zakázaného nebo touhu po „rozšíření vědomí“ (platí především u halucinogenů), dále vliv party, vliv zátěžové situace v prostředí rodiny.

V další etapě, kdy drogu užívají, uvádějí dospívající jako „spouštěcí faktory“: zlepšení nálady, únik od řešení problémů, součást životního stylu, vliv party či neabstijního partnera, vliv jiné osoby, která plní funkci identifikačního vzoru (vrstevnický identifikační vzor nebo identifikační vzor známý z masmédií) a opět zátěžové situace v prostředí rodiny. Zátěžovým faktorem, který může být „spouštěčem“ je převzetí dospělé role, pro kterou není dospívající ještě připraven (viz. adolescentní moratorium).

3. 2. 3. Faktory enviromentální – „prostředí“

Prostředí je snad nejvlivnější faktor, který rozhoduje o tom, zda bude mladý člověk brát drogy. Hlavním, určujícím enviromentálním faktorem je rodina a rodinné prostředí. V rodině si člověk nacvičuje formy vztahů k lidem, které pak praktikuje v dalších sociálních prostředích. V rodině získává první zpětné vazby o sobě a utváří si vlastní „sebe-obraz“ a „sebe-pojetí“.

Aby vůbec mohlo dojít k užití drogy, musí se dospívající s drogou setkat. Setkání s drogou ve většině případů zprostředkovává vrstevnická skupina (viz níže). Ta je hned po rodině nevlivnějším sociálním faktorem zapříčiňujícím vznik drogové závislosti.

3. 2. 3. 1. Role rodiny

Psychosociální vývoj by se dal v tomto období stručně vyjádřit jako potřeba přijatelné pozice ve světě. Změny vedou postupně ke ztrátě starých jistot a naopak k potřebě stabilizace v nových podmínkách. Emancipace podporuje a umožňuje rozvoj kompetencí. Potvrzení si kompetencí je jakousi obranou proti nejistotě. S potřebou jistoty souvisí i potřeba citové akceptace, která má však v tomto období jiný charakter než v předešlých letech života. To je jedna ze základních proměn, kterou si často rodiče

neuvědomují a dítě se snaží k sobě nadále citově poutat tak, jak byli zvyklí v předešlých letech jejich soužití.

Dospívající odmítá podřízenou roli. Odmítá demonstrovanou formální nadřazenost autorit. Je k nim kritický, ale je ochoten přiznat autoritativní pozici, pokud je přesvědčen, že si ji zaslouží. Nekonečná polemika s názory dospělých jej uspokojuje, protože utvrzuje hodnotu jeho vlastních schopností. Neútočí na autoritu, aby ji zlikvidoval, ale aby se sám pro sebe stal autoritou. Diskuse s odpovídajícím partnerem je pro něj tréninkem vlastních schopností.

Tyto nové schopnosti otevírají dospívajícímu cestu k osamostatnění a umožňují tvorbu nové identity směřující k úplné emancipaci. Proces separace a individuace v dospívání má svůj předobraz v raném vývoji dítěte a do jisté míry můžeme říci, že testuje, jak byl úspěšný. V dospívání se však tento proces děje ve více rovinách. Vazba na rodinu nekončí, ale dospívající potřebuje změnit její charakter.

Dospívající naplňuje separační tendence prostřednictvím referenční skupiny a realizováním se v nových aktivitách, jako jsou např. zájmové činnosti nebo realizace v roli úspěšného studenta. Realizaci však může nalézat i v delikventních činnostech jako jsou například krádeže či braní drog. Návykové látky disponují několika vlastnostmi, které separační tendence mohou využít. Změna prožívání, kterou navozují, je sama o sobě krokem, kterým se člověk odděluje od běžného stavu prožívání a myšlení a vytváří si sám v tomto momentu vlastní stav, který je méně závislý na realitě. O aplikaci drogy si navíc rozhoduje sám a tím si potvrzuje zážitek, že život je v jeho rukou.

Důležitým sociálním mezníkem je ukončení povinné školní docházky a volba dalšího profesního zaměření. Mladý člověk je delegován do nových sociálních rolí. Náhle ztrácí klidný přístav dětství a vyplouvá na rozbouřené moře dospívání, kde se musí chopit sám kormidla, aby nasměroval loď k budoucímu cíli – dospělosti. Hlavní otázkou, jako u staršího školáka, není: „čím chceš být, až budeš dospělý“, ale „rozhodni se pro konkrétní profesi či profesní přípravu“. Výběr profesního zaměření je dalším vlivným faktorem, který se může podílet na rozvoji problémového užívání psychotropních látek. Dospívající, který není spokojen se svým výběrem profesního zaměření nebo typem střední školy, je více náchylný k „alternativním“ způsobům seberealizace, mezi které patří užívání drog. U značné části klientů oddělení Cesta, kde byla resocializace úspěšná, hrála podstatnou roli změna jejich profesního zaměření.

3. 2. 3. 2. Role vrstevnické skupiny

Pro naplnění separace potřebují mladiství identifikační vzory mimo rodinu. Ve své přirozeně závislé pozici vyhledávají silné jedince nebo skupiny. Vedle rodiny v procesu sociálního učení hraje nezastupitelnou roli kolektiv vrstevníků, referenční skupina, která v období dospívání má důležitý vliv na socializaci dospívajícího. Dospívající hledá v kolektivu vrstevníků „náhradní rodinu“, která mu alespoň na přechodné období umožňuje osamostatnění se od rodiny původní. Samozřejmě vrstevnická skupina není jen „separačním mostem“ do dospělosti, ale naplňuje i přirozenou potřebu člověka – někam patřit, cítit se někým akceptován, sdílet s někým stejný pohled na okolní svět.

Dospívající tráví více volného času ve své referenční skupině než v rodině. Citovou vazbu dělí převážně mezi rodinu a referenční skupinu anebo mezi rodinu a svého partnera či partnerku. Rodiče většinou vidí partu jako negativní výchovný činitel.

Je třeba však neopomíjet, že ve většině případů citová vazba na rodinu nekončí. Jen není tak očividná jako dříve, soudě podle verbálních projevů dospívajících. Přestože na dospívajícího má vliv medií, školy, kamarádů – vrstevnické skupiny, komunity, v které žije, je rodina stále nejvlivnější faktor.

„Obliba na střední škole či společenská úspěšnost v tanečních se stává hmatatelným potvrzením (afirmací) sebehodnocení. Mnohé závisí na tom, jakou referenční skupinu si adolescent zvolí. Někteří se chtějí identifikovat s vynikajícími studenty či tzv. „mozky“; někteří chtějí být chápáni jako umělci nebo atleti; další vzhlížejí k filmovým idolům; jiní se stávají závislí na delikventech (narkomanech, sprejerech apod.). Způsob, jak adolescent hodnotí sám sebe, závisí výrazně na tom, zda je akceptován specifickou skupinou, nikoliv školou jako širším společenským celkem“ (Kofa 2004, str. 45)

Rozvoj vztahu k návykovým látkám začíná ve většině případů přes sociální prostředí, které je s jejich užíváním spojeno. Chce-li mladý člověk být nadále součástí nové sociální skupiny – party, musí nové normy dodržovat. Je-li nepsanou normou a tedy zárukou členství v partě užívání psychotropních látek, pak se musí této normě podřídit, aby se stál právoplatným členem.

3. 2. 4. Faktory somatické a psychické – „osobnost“

Jak jsme si již řekli, neexistuje určitý typ osobnosti, který by sám o sobě předurčoval jedince pro vznik drogové závislosti. Budeme tedy nejprve uvažovat o struktuře osobnosti inklinující k problémům v souvislosti s užíváním psychotropních látek. Dále si popíšeme určitá specifika dospívání, která mladistvého „oslabují“ a způsobují to, že je vůči drogám méně odolný než dospělý.

Bergenet (1995) popisuje tři modely osobnosti inklinující k problémům v souvislosti s užíváním drog: *neurotický model*, *psychotický model* a *nevyzrálý model*.

3. 2. 4. 1. Neurotický model:

Neurotické poruchy jsou ve významné míře psychosociálně podmíněné a projevují se psychickými i somatickými příznaky. Jejich původ není spojen s nálezem v nervové či jiné orgánové oblasti. Typickým projevem neuróz je narušení subjektivního prožívání, především emocí. Pod vlivem narušených emocí se mohou měnit fyziologické reakce i uvažování a chování. Neurotický jedinec trpí pocity ohrožení, nedostačivosti a poruchami v lidských vztazích. Hlavním rysem neurotické osobnosti je bezmoc, a neuróza je pak důsledkem utápění se v pocitech bezmocnosti (Vágnerová 2002).

Příčiny neurotických poruch jsou v interakci vrozených dispozic a vnějších, psychosociálních vlivů. V případě dědičnosti jsou u neuróz podstatné především temperamentové znaky, stabilita psychických reakcí i funkcí vegetativního systému a individuální rysy afektivního prožívání. Dalším rizikovým faktorem může být nezralost CNS. Lidé trpící neurotickými poruchami nemají vždy více zatěžujících životních zkušeností, ale zaujmají k nim jiný postoj. Mnohdy až chorobná reakce může být vyvolána buď skutečně nepřiměřenými nároky prostředí, nebo tím, že je člověk dispozičně neschopný adaptace i na běžné podmínky. Pokud se člověk cítí v takovýchto situacích bezmocný, přestává jeho chování ovlivňovat rozum. Výsledkem bývají nepřiměřené projevy chování (Vágnerová 2002).

Pocity ohrožení, nedostačivosti a problémy v lidských vztazích mohou svádet k řešení – k již zmíněné „sebededikaci“ drogou, která může podle svých specifických účinků zmírňovat emoční napětí.

3. 2. 4. 2. Psychotický model:

Podle Bergeneta (1995) nesmíme tento psychotický model zaměňovat s „psychotickou strukturou“ a „psychózou“ jako nemocí typu schizofrenie. Bergenet uvádí dvě formy toxikomanických osobností s psychotickou strukturou. První forma se týká jedinců, kteří se prostřednictvím drogy snaží překonat v chování riziko překypění svých představ, nesrovnávajících se s realitou. „Tak se pokoušejí zachovat určitou jednotu osobnosti jako celku a dostatečný kontakt s „realitou“ šitou na míru“ (Bergenet 1995, str. 27). V druhém případě může droga zastřít již tak abnormální chování, myšlení a cítění způsobené psychózou.

Bergenet ještě dodává: „Psychotický charakter má sice vztahové vlastnosti méně široké a méně pružné než neurotický charakter, ale zase může být velice nadaný, pokud jde o uměleckou nebo vědeckou činnost“ (Bergenet 1995, str. 22)

Dle zkušeností autora se neurotický, stejně i psychotický model jako model toxikomanické osobnosti u mladistvých uživatelů neobjevuje významně často. Poměrně hojně se vyskytuje model třetí – „nevyzrálý“. Proto mu bude věnováno více prostoru.

3. 2. 4. 3. Nevyzrálý model:

Jde o jedince se špatně strukturovanou osobností, nevyzrálé osobnosti, které nepřekonaly krizi dospívání a snaží se o jeho prodloužení. Struktura jejich osobnosti se definitivně vytváří pozdě a nebo se neustálí vůbec. Potom jde o všechny typy takzvaného depresivního uspořádání osobnosti, snažící se nalézt normální fungování v nenápadném a neustálém vzrušení, které jim pomáhá čelit depresi (Bergenet 1995, též Presl 1995).

Chceme-li vysvětlit krizi dospívání, vraťme se do vývojové fáze adolescence, kde se osobnost jedince nalézá teprve ve „varu svého já“ a čeká jej prostřednictvím sebereflexe splnění úkolu – vytvoření vlastní dospělé identity. V další kapitole se budeme této fázi podrobněji věnovat v prostředí rodiny.

3. 2. 4. 4. Proměny v prožívání a v sebepojetí v adolescenci

Tělesné změny jsou podmíněny proměnou hormonálních funkcí. Přinášejí sebou větší či menší kolísání emočního ladění, větší labilitu a tendenci reagovat přecitlivěle i na běžné podněty. Reakcí bývá zhoršování nálady a chování, které působí sociálně rušivě. Pokud mladistvý užívá drogy, je emoční kolísání zesíleno.

Chování mladistvého uživatele se vyznačuje zvraty nálad a výbušností. Přestože mívají takové zvraty nálad extrémní podobu, nemusí se lišit od chování mladistvého, který psychotropní látky neužívá. To je pro rodiče často matoucí. Díky masmédiím mají rodiče představu o typickém chování mladistvého narkomana. Mnohdy se rodiče domnívají, že tyto zvraty nálad způsobuje to, že jejich dítě bere drogy, a „hasí požár, aniž by hořelo“; a naopak změnu chování svých dětí považují za projevy dospívání, přestože může jít o symptomy spojené s užíváním drog. Dospívající je opravdu díky své emoční nestabilitě náchylný k tomu, aby tyto zvraty nálad řešil prostřednictvím psychotropní látky.

Další změnou, typickou pro období dospívání, je zvýšení uzavřenosti, nechuť projevovat svoje city navenek. Extrovertní orientace dítěte je vystřídána dočasnou a věkově podmíněnou introverzí, doprovázenou sebezpytováním a sebezdržňováním. Dospívající prožívá často pocity výjimečnosti. Pokud není takto vnímán a respektován svým okolím, posuzuje to jako upírání jeho práva na samostatné rozhodování, na vlastní názory a seberealizaci. Má tendenci tento konflikt řešit únikem do samoty nebo do skupiny vrstevníků, které vnímá: „ti mi rozumí“.

„Já“ se stává měřítkem všech věcí. Pro dospívání je typický nadměrný zájem o vlastní já, který souvisí s adolescentním egocentrismem. Ten je vlivným činitelem, který zabarvuje usuzování i prožívání. Jde opět o určitou snahu o osamostatnění se, hledání sebe sama. To je důležitý aspekt, kterého by si měli být rodiče vědomi, a nepřipisovat mu jiný význam.

Sebepojetí se formuje jako celkový vztah a postoj k vlastní osobě. Zde často hovoříme o rozdílu mezi tzv. reálným a ideálním já (jakým dospívající ve skutečnosti je a jakým chce nebo touží být). Rozpornost těchto představ vytváří v osobnosti neklid a napětí.

3. 2. 4. 5. Vývoj identity adolescenta

Vlastní tělo jako součást identity

Významným projevem dospívání je tělesná proměna, která se zákonitě promítá i do psychické oblasti. Vlastní zevnějšek je důležitou součástí identity, proto bývá tato změna subjektivně citlivě prožívána a má značný vliv na sebehodnocení. Zásadní proměna těla může v krajním případě stimulovat pocit ohrožení integrity vlastního já. Zda je jedincem vnímána jako otřes či ohrožení určuje jeho sebepojetí a to, jak je změna vnímána jeho okolím. Ranější dospívání chlapců nebývá tak zatěžující jako předčasné tělesné dospívání dívek.

V problematice mladistvých uživatelů může tělesná proměna hrát významnou roli. Především děvčata mnohdy užívají stimulační látky jako prostředek na zhubnutí. V souvislosti s užíváním drog se pak objevují poruchy příjmu potravy – mentální anorexie a bulimie.

„Zásadní a zjevná proměna těla může dokonce v krajním případě stimulovat pocit ohrožení integrity vlastního já a prakticky vždycky vede ke ztrátě sebejistoty“

„Pokud je tělesné zrání rychlejší než psychické, duševně infantilní jedinec není vždycky schopen přijatelným způsobem je zvládnout“ (Vágnerová 2000 str. 211).

Subjektivní význam zevnějšku v období dospívání vzrůstá. Projevuje se nejenom větším zaměřením pozornosti na vlastní tělo, ale i na oblečení a na celkovou úpravu. Toto image je v první řadě ovlivněno tlakem vrstevnické skupiny, která má svoje hrdiny. Mládež se s těmito hrdiny identifikuje, protože alespoň fiktivně naplňují jejich emancipační představu.

Identita adolescenta – jednotlivé fáze

Hledání identity je tématem mnoha dalších vývojových fází, avšak v dospívání by se dalo nazvat hlavním tématem (viz. E. Erikson). Jde o mnohovrstevnatý proces. S ohledem na téma práce budeme popisovat již zmiňované období střední a pozdní adolescence.

V období střední a pozdní adolescence pokračuje proces osamostatnění. Nastupuje **fáze postupné stabilizace a psychického osamostatnění – ukončení separace ze závislosti na rodině** (Vágnerová 2000).

Pod pojmem stabilizace rozumíme, že dospívající si již osvojil zralejší způsoby chování a dosáhl určité samostatnosti. Dochází k postupnému vyrovnání vztahů s rodiči. Tyto vztahy musí být transformovány a postaveny na nových pravidlech.

Fáze stabilizace je však poznamenána výkyvy. Dospívající může kolísat mezi odmítáním a opětovným přijímáním rodiny. V stabilním prostředí rodiny se situace nakonec uklidní zcela a starší adolescent si najde způsob, jak si udržet samostatnost a při tom s rodiči vycházet. Úspěšná změna vztahů v rodině, to je první úkol adolescence.

Psychické osamostatnění je druhým úkolem. Jde o dosažení úplné samostatnosti a vytvoření takové identity, která potvrzuje jedinečnost osobnosti a je alespoň přibližně realistická (Vágnerová 2000).

Charakteristické je hledání odpovědí na otázky „kdo jsem“, „kam patřím“, „čeho jsem součástí“, „odkud pocházím“, „kam směřuji“ (Macek, 2003). Podstatné je nalezení odpovědí na tyto otázky a zároveň nalezení vědomí vlastní jedinečnosti a neopakovatelnosti.

Podle Josselsonové (1980 in Macek 2003) lze proces individuace rozdělit do čtyř etap. V časně adolescenci začíná *psychologická diferenciac*e, kdy si jedinec začíná uvědomovat odlišnost své osobnosti od ostatních, tzn. od vrstevníků a především od rodičů. Rodiče a ostatní dospělí přestává vnímat jako jedinou a neomylnou autoritu. Vůči dospělým se stává kritickým.

V druhé fázi *zkoušení a experimentování* se dospívající zkusmo emancipuje, má zvýšenou potřebu ztotožnění se s nějakou skupinou mimo rodinu. Závislost na rodině se postupně nahrazuje závislostí na vrstevnické skupině (partě). Vrstevnická skupina umožní vytvoření tzv. *skupinové identity* (Vágnerová 2000). Skupinová identita je přechodné stádium, které plní funkci dočasné podpory v dosud nejisté identitě.

Adolescenti získávají pocit, že sami vědí, co je pro ně nejlepší. Snaží se zbavit všech závislostí na dospělých a s rodičovskou či jinou dospělou autoritou často soupeří. Nebojí se experimentovat, nebezpečí, které se nedá spatřit v blízkém horizontu (jako je např. nebezpečí drogové závislosti), přehlížejí. Zajímá je blízká budoucnost.

Třetí fází je období *navazování přátelství*. Obnovují se vazby s rodiči. Autorita dospělých je vnímána selektivně, zvyšuje se pocit odpovědnosti za vlastní chování. Dospívající přehodnocuje a hledá nová pravidla a normy ve vztahu k druhým lidem. Je již separován natolik, že si nepotřebuje svou samostatnost demonstrativně potvrzovat a je schopen i ústupků. Tento proces je poznamenán řadou výkyvů i stagnací, které však umožňují dospívajícímu hledání způsobů, jak si udržet samostatnost a při tom s rodiči vycházet.

Čtvrtá etapa je *konsolidace vztahů k sobě* (podle Vágnerové fáze úplné autonomizace). Je založena na již zmíněném pocitu vlastní autonomie a jedinečnosti. Dospívající nalézá uspokojivou jistotu v otázce „kdo jsem“. Stanul na prahu dospělosti a tuto svou kompetenci si uvědomuje.

Podle Josselové by měla být poslední etapa i o novém chápání časového horizontu dospívajícího. To znamená, že si dospívající začíná uvědomovat propojení vlastní minulosti, přítomnosti a další perspektivy svého života.

Ani tato fáze nemusí probíhat bez problémů. Dospívající i zde se svou identitou experimentuje a mnohdy se snaží svůj vstup do dospělosti oddálit. Pokud je snaha o oddálení podporována i ze strany rodičů, dostává se do mezifáze *adolescentního moratoria*.

3. 2. 4. 6. Adolescentní moratorium

Podle Macka (2003) je utváření identity v adolescenci determinováno jak samotným dospívajícím, tak rodinou či společenskými normami.

„ Vytváří-li společnost pro dospívající podmínky, které by se s větší či menší přesností daly nazvat *časem na rozmyšlenou, chráněným prostorem pro zkoušení a hledání či období odkladu (moratoriem)*, potom proces hledání vlastní identity dostává podobu i společenského úkolu“. (Macek 2003 str. 62)

Říčan (1989) chápe moratorium jako dočasné pozdržení, pozastavení překotného a nevyhnutelného běhu událostí. Jako moratorium může posloužit plné přesměrování do nějaké zájmové činnosti, členství v partě, členství v uzavřené skupině (jako je tomu v sektách), ale např. i prodloužení studia a nakonec i období drogových experimentů: vše, co dospívajícímu poskytne čas na odklad a umožní regresi, vše, čím může oddálit dospělou zodpovědnost.

„Regresi vyjadřuje jak trucovitě odbojná nespolupráce s okolím (negativismus), tak izolace afektů (popření a vytěsnění emocí) či vzdálení z tísnových poměrů. Ve chvíli prudké zloby či depresivního rozladění směřují nedospělí jedinci k řešení situací způsobem: *Bud' vše, nebo nic*“ (Kořa, 2004 str. 196).

Dospělost lze definovat jako svobodu rozhodování, která je však spojena se zodpovědností za své rozhodování a z toho vyplývajícího jednání. Adolescenti velmi často přijímají pouze svobodu, ale o zodpovědnost nestojí.

Podle Vágnerové (2000) je navíc závažnější rozhodování, které by vedlo k přijetí nějaké definitivní alternativy, spojeno s ochuzením budoucích možností. Oddálení definitivní volby umožní udržení všech potenciálních variant. Psychosociální moratorium se pak, podle Vágnerové, může projevit různým způsobem:

Odklad definitivní varianty – jedinec se cítí svobodný a je ochotný experimentovat s různými sociálními rolemi. Má potřebu změny. Na druhé straně je tato změna spojena s velkým množstvím nových podnětů a různých reálných i potencionálních proměn spojených se zátěží. Adolescent se v nové situaci (pro něj mnohdy chaotické) nevyzná. Proto by rád odložil zásadnější rozhodování na pozdější dobu.

Difúzní (rozptýlená) identita je stav, kdy člověk neprožívá krizi ani závazek. Nemá aktivní potřebu sebedefinování. Je snadno ovlivnitelný vrstevníky. Difúzní identita znamená dezorientaci v sobě samém, která vede k různým obranám.

„Neproběhne-li proces vymezení úspěšně, tj. nesjednotí-li adolescent svoje dřívější emocionální zkušenosti, reflektované potřeby i libidózní pocity, vykonané kapacity i identifikace do konzistentního celku, vzniká tzv. difúzní identita, tj. vlastně nepřítomnost či aktivní odmítání vymezení sebe samého jako jedinečného subjektu, odlišného od ostatních. Difúzní či rozptýlená identita se ve svých důsledcích často projeví až v následném stádiu – mladší dospělosti, kdy je vývojovým úkolem vytvoření intimity“ (Erikson, 1968 in Macek 2003).

Jednou z obran je ztráta motivace k veškeré aktivitě, neschopnost se soustředit a cokoliv systematicky dělat. To se může např. projevit tak, že žák na střední škole ztratí zájem o studium, přestože nelze najít z vnějšího pohledu objektivní důvod. Často je tato obrana spojena s pocitem ztráty veškerých možností a marností nějakého úsilí. Mladistvý prožívá napětí, které mohou za určitých okolností psychotropní látky uvolňovat.

Psychotropní látky (opiáty, THC), které mají spíše tlumivý charakter, proces stagnace ještě více podtrhují a jakákoliv možná aktivita je jimi „umrtvována“.

Negativní identita – adolescent se snaží o odmítnutí rolí preferovaných společností a rodinou. Adolescent se vymezí přesně naopak. Snaží se dosáhnout alespoň nějaké identity a ocenění. Negativní vymezení bývá podloženo nesouladem mezi možnostmi a požadavky. Jedinec často prožívá pocit nedostatečných kompetencí a nízkého sebehodnocení. Jednou z kompetencí pak může být členství v partě uživatelů drog. V takovém prostředí se dospívající vymezuje negací vůči tomu, co je ze společenského hlediska žádoucí. V partě získává pocit sounáležitosti a nalezení vlastní identity.

Mnozí dospívající přijímají identitu na podkladě rodinné zvyklosti, rodinného příběhu, či vyplývající ze společenského kontextu. Macek (2003) nazývá toto období **status náhradní identity** či **předčasného uzavření**. Dospívající neprožívá přirozenou krizi. Postoje, normy a přesvědčení přebírá nekriticky od autorit. Toto řešení volí především ti, kteří byli od dětství konformní a přijali nabízené společenské standardy.

Erikson (2002) považuje tuto variantu za ochuzující a nadřazuje jí aktivitu vlastního úsilí a realizaci vlastní představy. Na druhé straně se všechny druhy identity nerozvíjejí stejným tempem. V něčem může být adolescent tvořivý a jinde, kde to není pro něj tak důležité, přijme nejdostupnější variantu.

Macek (2003) vysvětluje, že jednotlivé stavy identity souvisejí s různými charakteristikami osobnosti (ne však s inteligencí). Následující úzce souvisí s problematikou mladistvého uživatele drog.

Status dosažení identity – adolescenti, kteří tzv. dosáhli identity, mají častěji pozitivní sebeobraz, jsou flexibilní a nezávislí, mají schopnost odmítat autoritářství druhých. Mají liberální postoj k drogám a jsou odpovědní v chování a ve vztazích.

Status moratoria – adolescenti, pro které je charakteristický status moratoria, jsou méně flexibilní, méně jistí v soupeření i ve spolupráci, ve vztahu k budoucnosti zažívají nejistotu. Mají však stejně jako ti, kteří jsou ve stádiu dosažení identity, pozitivní představu o sobě a o svých vztazích s druhými lidmi.

Status předčasného uzavření – ti, pro které je typický, jsou spokojeni sami se sebou, jsou však závislí na autoritách. Mají nízké sebevědomí a poměrně konfliktní vztahy

s druhými. Striktně odmítají drogy. Nezažívají příliš mnoho krizí a preferují spíše konvenční způsob života.

Status zmatku – tito jedinci mají nízké sebehodnocení a problémy v interpersonálních vztazích. Na rozdíl od statusu předčasného uzavření jsou méně rigidní a méně konvenční ve svém chování. Jsou relativně nezávislí a nejsou autoritářští. K drogám mají spíše liberální postoj. Nepreferují konvenční způsob života a potvrzování sociální identity, tj. vlastní jedinečnost a role (podle Meeuse in Macek 2003).

3. 2. 4. 7. Rozvoj poznávacích procesů

Nástup adolescence je spojen se změnou uvažování. **J. Piaget** nazval tuto fázi **stádiem formálních logických operací**. Dospívající je schopen uvažovat hypoteticky, nezávisle na konkrétním vymezení. Jeho uvažování na rozdíl od prepubertálního školáka může mít plně abstraktní podobu.

Má tedy schopnost vžít se do role někoho jiného, klade důraz na uvažování o mnoha různých možnostech, umí uvažovat systematicky, dovede myšlenky kombinovat a integrovat. Na druhou stranu je třeba zdůraznit, že schopnost uvažovat o různých reálně neexistujících alternativách je pro adolescenta dalším zdrojem nejistoty.

Jakmile si adolescent osvojí hypotetické myšlení, je svými schopnostmi natolik okouzlen, že je začne považovat za všemocné. Řešení situací pak bývá často poznamenáno jednostranností a důrazem na subjektivitu. Přesto dokáže zobecnit určité principy fungování okolního světa. V dospívání se objevuje nový způsob sebepoznání, kterým je introspekce. Sebereflexe a seberegulace nabývají na významu. Seberegulace jako téma je součástí intervence v pobytových programech, kde jsou využívány prvky kognitivně-behaviorální terapie.

Rozvoj poznávacích procesů se neliší v případě mladistvého abstinujícího od drog od mladistvého uživatele (experimentátora). Samozřejmě situace je jiná v případě dlouhodobějšího užívání, kdy dochází k poškození centrální nervové soustavy (to platí především při užívání těkavých látek typu toulén apod.) a nebo při akutní intoxikaci, kdy jsou poznávací procesy ovlivňovány psychotropními účinky drogy. Úroveň rozvoje kognitivní složky bývá určující i pro volbu terapeutických a poradenských technik a přístupů.

Kognitivní schopnosti adolescenta se liší od předešlých dětských fází. Zmiňuji zde poznávací procesy mladistvého, protože z níže uvedených důvodů u dospívajících (tedy i u mladistvých uživatelů drog) lze využít psychoterapeutické techniky podobné technikám pro dospělé (tzn. skupinová psychoterapie, rodinná psychoterapie, projektivní techniky atd.).

4. RODINA

Rodina vznikla ve svém počátku jako ochranné prostředí před vnějším nebezpečím (Pöthe 1996).

Matoušek (2003) shrnuje základní funkce rodiny: *biologicko-reprodukční, materiální / ekonomická / zabezpečovací, emocionální, socializačně výchovná.*

V rodině, v první společenské skupině, se utvářejí základní charakteristiky našeho duševního života. Rodina slouží jako zprostředkující skupina mezi jedincem a společností. Již od narození ovlivňuje život jedince a vytváří citové vazby, které mají dlouhodobý vliv na život dítěte (Koř a, 2004).

Matějček (1994, 2002) klade důraz na vzájemné uspokojování potřeb v rámci rodinného prostředí. Pro členy rodiny je důležitá vzájemná kognitivní, sociální, emoční, fyzická stimulace. Děti potřebují zvenčí přísun podnětů pro svůj rozvoj. Ale i pro rodiče je vzájemná interakce s dítětem nevyčerpatelným zdrojem podnětů, které dávají jejich soužití smysl. Ve vzájemné interakci získávají jak dítě, tak rodič jistotu řádu, vlastní hodnoty a vzájemné podpory.

„Co potřebuje malé dítě? Moje odpověď je složitá i jednoduchá zároveň: mnoho věcí, ale za všeho nejvíce jistotu ve vztazích ke svým lidem“ (Matějček 1994, str. 9).

Dle Alana (in Matoušek 2003) je vliv dětí hlavním faktorem pro životní a rodinnou spokojenost. Pro období při soužití s většími dětmi je charakteristický pokles obou ukazatelů. V Alanových výzkumech se ukázalo, že tento pokles se zvyšuje s dospíváním dětí a je zdrojem manželských a rodinných tenzí.

4. 1. Rodina funkční / dysfunkční

Podle Nerada (in Kelusová 1988) patří mezi nejčastější nálezy u drogově závislých značně narušená rodina: rozchod rodičů, zneužívání alkoholu či jiných látek některých rodičů, velké konflikty mezi členy rodiny.

Další možnou příčinou vzniku drogové závislosti - a dalo by se říci, že příčinou ještě závažnější - je prostředí rodiny, v níž je dítě zanedbávané či týrané. Týráním dětí se myslí jejich nepřiměřené fyzické trestání a psychický nátlak (devalvace, zesměšňování a pod.). Zanedbáváním se míní rodičovská nešimavost vůči podstatným potřebám dítěte.

Takoví rodiče nestimulují děti žádoucími podněty, ani nereagují na zřetelné signály nouze nebo strádání svých dětí. V důsledku toho dochází k výrazné dysharmonii nebo poruchám ve vývoji dítěte.

Přestože je rodičovská agresivita „viditelnější“ a společností pranýřovaná, je podle některých autorů (Matoušek 2003, Matějček 1994) závažnější „extrémní nevhímavost“. Chybějící interakce za strany rodičů poškozuje dítě vývojově, emočně nebo tělesně. Matějček ještě doplňuje termín *deprivace* termínem *subdeprivace*, jímž označuje případy, kdy rodiče zanedbávají dítě jen v určitém ohledu, ne ve všech. Pak je následné zpoždění dětského vývoje méně výrazné a jeho hendikepy ve srovnání s vrstevníky mohou být snadněji přehlédnuty.

Výše jmenované symptomy narušené rodiny označujeme jako **primárně dysfunkční rodina**. Drogový problém v těchto rodinách bývá zpočátku spíše **sekundární**. Vzniká jako důsledek rodinného prostředí, které nemá schopnost naplňovat základní emoční a sociální potřeby jedince. Terapeutická intervence by měla být v tomto případě zaměřena na odstranění deficitů vzniklých deprivací, což je v pravdě práce „sisyfovská“. Odstranění deficitů vzniklých deprivací jako cíl terapeutické intervence platí, pokud však již nedošlo ke vzniku syndromu závislosti; pak se stává řešení drogového problému primárním.

Valná část dospívajících, které jsme v první části popsali jako problémové uživatele drog, pochází z tzv. **primárně stabilní, funkční rodiny**, kde je drogový problém **primární**. Ve většině případů se droga v životě dospívajícího, v životě rodiny, objeví jako součást separačních tendencí.

Matoušek (2003) upřednostňuje výraz *funkční rodina* před pojmy *normální rodina*, *harmonická rodina*, *zdravá rodina*. Dále považuje za přijatelné označení pro funkční rodinu rodina *neklínická*. *Klinické rodiny* jsou definovány přítomností nějaké poruchy, tzn. porucha ve vztazích, výskyt nějakého somatického nebo duševního onemocnění atd.

Podle Matouška (2003) nebyl ještě realizován spolehlivý výzkum funkčních rodin. Všechen zájem výzkumníků se soustřeďuje na rodiny dysfunkční. Definovat jednoznačně „zdravé“ prostředí rodiny není tak jednoduché, jak by se mohlo na první pohled zdát. Důvodem, proč nelze jednoznačně definovat model (normu) funkční rodiny, je zřejmě skutečnost, že pohled na rodinu bude ovlivněn socio-kulturním chápáním rodiny a hlavně

tím, že je zřejmé, že rodiny dosahují svých cílů (funkčních cílů) různými cestami. Stejně tak udržení rovnováhy v systému rodiny lze docílit mnoha způsoby.

Na podkladě výzkumů Riskina a Faunceové (in Matoušek 1993, str. 149 - 150) lze shrnout určité rysy které charakterizují „zdravé“ a „nemocné“ prostředí rodiny:

Vztahy, atmosféra v rodině

- **Dysfunkční rodina** – atmosféra nedůvěry a očekávání nepříjemností; na chování se reaguje razantní nepřátelskou odvetou nebo bezpodmínečnou kapitulací; potřeby a přání přijímány jako nepřijatelné a neoprávněné a jsou odmítány; vyskytují se ostré mocenské boje, které mohou vést k roztržení rodiny na dva tábory nebo k vytváření koalic; role jsou nejasné a neurčité; odpovědnosti se členové vyhýbají nebo ji strhávají na sebe, ale nejsou ji schopni unést.
- **Funkční rodina** - členové na sebe berou ohledy a respektují se; rodiče mají mezi sebou pevnou alianci; v rodině je jasná hierarchie odpovědnosti; potřeba soukromí a sdílení je v rovnováze.

Komunikace v rodině

- **Dysfunkční rodina** – objevují se protimluvy a nedorozumění; zmatky a neurčitosti; vysoká míra stereotypie; rodina se drží zaběhlých způsobů komunikace; nehledá nové způsoby.
- **Funkční rodina** – každý mluví sám za sebe; komunikace charakteristická velkým počtem dialogů, které jsou jasné, přímé a adresované; v komunikaci je hodně humoru.

Emoční projevy v rodině

- **Dysfunkční rodina** – mnoho negativních emočních projevů; objevuje se ironizování až přímé napadání; ignorace krajních psychických stavů v případě nouze některých členů v rodině.

- **Funkční rodina** – lidé dávají najevo potěšení ze vzájemného kontaktu; pozitivní konotace neverbálních projevů během interakce; případné ironizování doprovázeno přívětivým mimoslovním doprovodem – spíše přátelské popichování.

Činnost, fungování domácnosti

- **Dysfunkční rodina** - obtíže při zvládnání běžných činností v domácnosti; někteří členové se neúčastní činností nebo dělají něco jiného, než je z hlediska členů potřeba, nejasné kompetence členů rodiny.
- **Funkční rodina** – domácí provoz zvládají hladce; závažnější záležitosti rozhodují rodiče; drží se dohodnutých řešení; k některým typům rozhodování jsou přizvány i děti.

Uvedené rysy funkčních a dysfunkčních rodin se jeví jako vzájemně polární. Z výzkumu ale vyplynulo, že i funkční rodiny mají například spory, komunikační nejasnosti, rigidní stereotypy, avšak takovýchto projevů je relativně méně, nepřevažují. Snad nejpodstatnější je ve funkčních rodinách vědomí nutnosti kooperace a vnímání potřeb členů rodiny.

Riskin a Faunceová (in Matoušek 1993 str. 150) dále uvádějí popis vztahů mezi rodiči a dětmi ve funkčních rodinách, jak byly vypořádány během výzkumu:

- Oba rodiče vnímají děti podobně, mají vůči dětem obdobná očekávání.
- Děti nemusí nutně rebelovat, aby dosáhly autonomie.
- Rodiče povzbuzují děti k řešení problémů, a to i v případě, že s řešením dítěte nesouhlasí.
- Rodiče se mohou zcela přiměřeně starat o děti, i když nemají šťastné manželství.
- Rodiče mají v rodině zcela jednoznačnou vedoucí roli a hranice mezi generacemi je zcela jasná.
- Rodiče určují dětem zcela zřetelně hranice dovoleného chování.
- Pokud se rodiče v názorech na děti liší, nediskutují o tom před dětmi a děti do tohoto sporu nezatahují.
- Děti mohou rodičům vzdorovat, rodiče však hlídají meze tohoto vzdorování.
- Rodiče děti přiměřeně oceňují za úspěchy.
- Rodiče vyjadřují ambivalentní postoj k postupující nezávislosti svých dětí.

4. 2. Rodina ve vývoji

Rodina je živý systém, který prochází, podobně jako jedinec, vývojovými etapami. Přechod od jednoho stádia do dalšího vyššího vyžaduje vždy splnění určitého vývojového úkolu. Jeden z atributů funkční rodiny je flexibilní reagování na změny, které přinášejí jak vnitřní vlivy – vývojové etapy, tak různé vlivy působící na rodinu z venku.

V kapitole o dospívání bylo řečeno, že proces separace a individuace v adolescenci má svůj předobraz v raném vývoji dítěte. V raném dětství se v rodině tento proces děje především v interakci dítě – matka (případně mateřská osoba). Později hraje podpůrnou a identifikační roli také otec a ostatní členové rodiny. Kvalita a průběh této separace v prvních třech letech může mít vliv na pozdější závislostní chování jedince v dospívání. Proto se v následujícím textu tomuto období budeme věnovat.

Další vývojové období mezi 3. a 11. rokem je pro rozvoj jedince neméně důležité. V problematice závislostí se však jeví jako nejdůležitější pochopení prvních tří let života, a proto si zde dovoluji udělat „vývojový skok“. Předškolní a školní věk zde nebude popisován.

4. 2. 1. První rok života dítěte

Po narození dítě ještě nerozeznává živé a neživé, známé a neznámé objekty. Dítě neumí odlišit pocity z aktivit vlastního organismu od činnosti matky. Záhy se však blízkost matky stává pro dítě jakýmsi mikrosvětlem, prostřednictvím matky vnímá svět. Dítě je „bezmocné“ a na „všemocné“ matce absolutně závislé. První období trvající dva měsíce nazývá Mahlerová (in Vágnerová 2000) **autistickou fází**. Toto označení vyjadřuje skutečnost, že dítě je soustředěno především na pocity, které mu poskytuje vlastní tělo.

Na základě opakované pozitivní zkušenosti může dítě vystoupit z autistického uzavření a vytvořit s matkou symbiotický vztah. Symbióza znamená úzké spojení dítěte s matkou. „Symbiotická vazba na matku se projevuje očekáváním její určité aktivity a vlastním pasivně receptivním postojem. Citlivá matka přibližuje dítěti svět jen v takové formě, která je pro ně přijatelná a nenarušuje jeho pocit jistoty a bezpečí“ (Vágnerová 2000 str. 62).

Pro naplnění další vývojové etapy, kdy dochází k první separaci, je důležitá **synchronizace matky s potřebami dítěte**. Naplnění potřeb poskytuje dítěti získat

základní důvěru ke světu (Matějček, 1994). Tato důvěra je předpokladem pro budoucí samostatnost.

Záleží především na matce, jak bude separace probíhat. V problematice závislostního chování může sehrát roli tzv. závislá matka, která bude separaci dítěte bránit, protože odporuje jejím vlastním potřebám. Pokud je matka nejistá, bez podpory nejbližšího okolí, pokud je emočně vyprahlá nebo úzkostná, může mít tendenci žádat podporu od dítěte. Dítě, na úkor vlastního vývoje, tuto „žádost“ matky vyslyší a vzniká tak mezi nimi úzce svázaný vztah, který k separaci dítěte nedává příliš prostoru. Na základě zkušeností dítě koriguje své přání mít matku jen pro sebe, což matka nemůže bezpodmínečně naplnit. Dítě je opakovaně zklamáváno nedorozuměními s matkou, nemůže světu důvěřovat. Opakované zážitky ze sociální interakce dítě – matka vedou k prolínání obrazu „dobré“ nebo „zlé“ matky.

Mezi 6. – 9. měsícem začíná dítě pomalu chápat svou samostatnost. Matku již chápe jako trvalý objekt a postupně si uvědomuje samostatnost její existence. Tak začíná **separace na vědomé úrovni** – uvědomování si sebe sama jako samostatného jedince. Mahlerová (in Vágnerová 2000) označuje toto období jako *diferenciační fázi separačně individuálního období*. Jak dítě začíná rozlišovat mezi sebou a matkou, vnitřními prožitky a vnějším prostředím, přichází úzkost z poznané možnosti vzájemného oddělení.

Za normálních okolností pro udržení jistoty a základní důvěry ke světu stačí dítěti vědomí kontinuity existence matky a převaha pozitivní zkušenosti s jejím chováním. Postupně pochopí, že běžnými výkyvy v mateřském chování není ohrožena základní jistota jejich vztahu a je schopno odolávat úzkosti z možnosti vzájemného oddělení.

Další nebezpečí v raném dětství, vztahující se k problematice závislostí, je podle Prekopové (1993) nahrazování emocionálního uspokojení uspokojením materiálním. Dítě by se mělo naučit snášet frustraci v bezpečné matčině náruči. Matka by neměla často hledat vnější tišící prostředek místo toho, aby sama plačící dítě utišila. Dítě pak nenalézá důvěru a pocit bezpečí v úzkém vztahu matka – dítě.

Pokud jsme zkušenost útěchy z doby, kdy jsme byli malí, prožili tím nejpříjemnějším způsobem, totiž v náruči toho nejbližšího, budeme v tomto způsobu života pokračovat a vyhledávat při vlastním trápení blízkého člověka, od něhož můžeme očekávat citlivou účast a pomoc ve zmírnění našeho zármutku. Podobný vývoj se dá očekávat u náhradní útěchy. Útěchou nejsou blízcí, ale vnější činitelé, přičemž intenzita a druh trápení

rozhodne o tom, zda se z útěchy stane jen přechodný nebo dlouhodobý obyčej, návyk nebo návyková závislost. Droga se může stát v dospívání vnějším „utěšitelem“ trápení.

Popsali jsme roli matky v prvním roce, tak jak vyplývá z potřeb dítěte. O roli otce by se dalo říct, že by měla vyplývat z potřeb matky. Podmínkou pro zdravý vývoj vztahu matka – dítě (a celého rodinného systému) je, aby otec pečoval o oba. „...matčina rovnováha a tím i stabilita jejího imunitního systému je nepochybně závislá na dobrém vztahu s partnerem...“ (Trapková; Chvál 2004, str. 105).

„Konflikt nebo vyprázdňený vztah s partnerem nevytváří dítěti prostředí, které by je „sytilo“ tak, jak potřebuje, a následky „podvýživy“ se vlečou jako dluh do dalších let. Také psychosociální orgán, který není vyvinutý včas, vede k deformacím, jež mají za následek nerovnoměrný vývoj a vztah ke světu“ (Trapková; Chvál 2004, str. 105).

4. 2. 2. Druhý a třetí rok života dítěte

Vznik důvěry ve svět je především záležitostí fáze kojeneckého věku. Základní důvěra v sebe a své schopnosti je předpokladem úspěšné emancipace, která je následujícím úkolem a její první fáze by měla být dovršena do konce třetího roku.

Na přelomu prvního a druhého roku začíná dítě pociťovat autonomii, postupně se odpoutává ze symbiotické vazby na matku. Důležitým zdrojem vývojové dynamiky je rovnováha mezi potřebou emancipace a potřebou stability, jistoty a bezpečí. Jistota vyplývá z vědomí již získané základní důvěry k „bezpečnému“ světu. Pokud dítě získalo negativní zkušenosti, bude takovou aktivitu odmítat a dá přednost zachování současného stavu. Nebude mít potřebu emancipace a o to víc bude převládat potřeba jistoty, to znamená větší závislost na matce. (Vágnerová 2000)

Proces **separace** se vyznačuje oscilací mezi závislostí a samostatností. Poprvé se objevují ambivalentní pocity k matce – k objektu závislosti. Zájem pečující osoby je vnímán pozitivně, na druhou stranu je však omezující v již zažitém pocitu ze svobody. Ale i svoboda je doprovázena nejistotou a strachem a dítě má tendenci separaci zrušit či oddálit – analogie v adolescentním moratoriu. Symbióza už je neúnosná, vlastní vůle a negativní pocity dítěte, projikované do vzájemnosti identického prožívání matky a dítěte, u něj budí strach a nutně musí nastat změna.

Schopnost připustit separaci je doprovázena rozvojem poznávacích procesů. Dítě již chápe matku jako trvalý objekt a nevádí mu, že není nějakou dobu přítomna. Navíc ví,

že ji může v případě potřeby přivolat nebo si k ní samo dojít. Separační proces musí přesto probíhat pozvolna a nesmí být spojen s extrémním „odloučením“, které by způsobovalo zvyšování nejistoty a opětovné nastolení symbiotické vazby jako výhodnější varianty.

V psychickém vývoji se objevuje mechanismus kyvadla, který vyrovnává příliš náročný vývojový skok dočasným návratem na nižší úroveň. Stejný mechanismus se objeví v období dospívání (Říčan 1989). Máhlerová (in Vágnerová 2000) nazývá toto období znovusbližovací fází.

Během třetího roku života se postupně „kyvadlo“ znovusblížení, autonomie, ustálí a dítě si nalézá optimální vzdálenost od matky. To znamená, že zažívá i bez přítomnosti matky pocit vlastní identity, základní důvěru v sebe a své schopnosti. Jestliže by pocit jistoty nezískalo, budou je pochybnosti negativně ovlivňovat i v dalších vývojových fázích.

Citový vztah s matkou i po proběhnutí separace samozřejmě přetrvává dál, ale získává novou kvalitu. Jde o jednu z vývojových proměn, o změnu míry závislosti. Podobná změna kvality vztahu (rodina – adolescent) čeká dítě v dospívání při separaci od rodiny.

Ke konci batolecího věku se děti začínají identifikovat s ostatními členy rodiny. Identifikační fáze následuje po uvolnění ze symbiotické vazby. Identifikace usnadňuje osamostatnění.

Odpoutání od matky je jednodušší pro dívky, protože jejich identifikačním modelem zůstává matka. U chlapců je situace složitější, ti jsou nuceni přijmout identifikační vzor otce nebo jiné mužské postavy. (Vágnerová 2000)

Role otce je důležitá pro odpoutání dítěte ze závislé dyády matka – dítě. Pokud se otec dítěti věnuje, vytváří se mezi nimi obdobná vazba jako v případě matky. Vztah s otcem bývá spíše sekundární, přesto se může stát alternativním zdrojem jistoty a bezpečí.

Pokud mužská figura v rodině chybí nebo symbolické převzetí dítěte otcem z matčiny náruče s různých důvodů se neuskutečňuje, je průběh separace znesnadněn na všech úrovních.

Otcové slouží svým synům jako model mužského chování. Dochází k vzájemné identifikaci otce a syna. Základní zkušenosti s chováním otce ovlivňuje sebepojetí chlapce především v oblasti sexuální identity. V tomto období se podle Yablonského (1995) započíná jeden z „nejnáročnějších vztahů“ v rodinném systému – otec a syn. Zda jde o problematický vztah závisí na nárocích otce, na jeho splněných resp. nesplněných

očekáváních, na aktuálních ambicích otce, na dříve nesplněných ambicích otce, které nárokuje na syna atd. (Yablonsky 1995)

Kontakt s vrstevníky, sourozenci je další alternativní zkušeností usnadňující osamostatnění. Ponejvíce prostřednictvím hry získává dítě nové prosociální zkušenosti. Stejnou roli, pro dospívajícího intenzivnější, lze najít ve funkci vrstevnické při adolescentní emancipaci.

Dovršením separace se uzavírá první etapa individuálního procesu získáním autonomie, která se v dalších vývojových etapách upevní. Základní důvěra a schopnost osamostatnění se znovu uplatní zejména během dospívání.

4. 2. 3. Dvanáctý až dvacátý rok dítěte

V rodině se znovu aktualizuje problém individuace a separace. Separace se neuskutečňuje pouze na symbolické úrovni, jako je tomu v batolecím věku. V rodině se objevuje konflikt: dítě – bezstarostné, ale závislé versus mladý dospělý – samostatný, ale zodpovědný. Rodina se ocitá ve střídání vlivu **odstředivých a dostředivých – soudržných** sil. Soudržné síly jsou takové, které přitahují členy rodiny a dávají rodině bezpečné hranice vůči okolnímu světu. Tyto síly převažují spíše v dětství. V dospívání jsou však rodiče konfrontováni s nálehavými náporů sil odstředivých. (Hajný 1999).

Vzpouora na počátku dospívání usnadňuje vymanění z dětinské citové závislosti (Říčan 1989). Pokud byly vztahy v rodině vřelé a málo konfliktní, má i bouřlivá puberta dobrou prognózu. Novější studie zabývající se rodinnými vztahy adolescentů ukázaly, že přes nevyhnutelnost některých druhů konfliktů (odchody a příchody, účast na chodu domácnosti atd.) nedojde ve značné části rodin k vážné roztržce a v některých rodinách proběhne dospívání dětí docela nenápadně (Matoušek 2003).

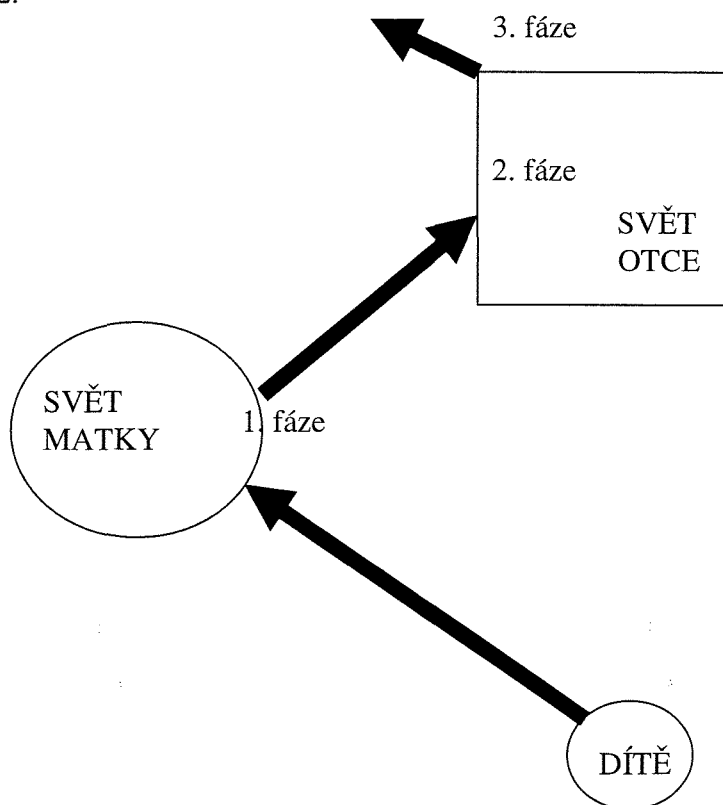
Splnění vývojového úkolu adolescentní separace znamená pro rodinný systém menší či větší narušení rovnováhy. Pokud se však objeví v rodině drogový problém, jde o silný otřes a dají se sledovat v rodinném systému určité problémové, opakující se symptomy. Rodinný systém se dostává do krize, která je zesilována nejistotou dospívajícího. Úkolem členů rodiny je uvolnit dítěti cestu ven, aby bylo schopno po postupném oddělení od rodiny žít samostatně a vytvořit si pak rodinu vlastní. Trapková, Chvála (2004) pro proces adolescentní emancipace, opouštění prostoru rodinného systému, používají metaforou „sociální porod“ (pro rodinný systém používají metaforu „sociální

děloha“). V následujících řádcích se budeme inspirovat jejich vysvětlením vývojové etapy dospívání.

Dítě podle svých vývojových potřeb a možností osciluje během *sociálního porodu* mezi mužskou a ženskou modalitou. Trapková, Chvála (2004) popisují určitý algoritmus, který nevychází jen z jejich pozorování, ale i z poznatků ontogenetické psychologie. Během vývoje k dospělosti existují období, kdy dítě potřebuje víc nepodmíněnou náruč matky a kontakt s otcem nijak zvlášť nevnímá a nevyhledává. V jiných obdobích naopak potřebuje pevnou a laskavou přítomnost otce, kdežto matku může docela dobře postrádat. Dospívání je období mimořádně citlivé na koordinaci všech tří aktérů (otec-matka-dítě). Záleží na tom, jak dokáže být, podle potřeb dospívajícího, jeden rodič k dispozici a druhý naopak ustoupit do pozadí, aniž by se narušovalo citové pouto s dítětem.

Sociální porod podle Trapkové, Chvály (2004) probíhá sblížením dítěte s matkou kolem dvanácti let a separací od ní směrem k otci, následným sblížením s otcem ve věku přibližně kolem šestnácti let a konečně separace ze vztahu s otcem ven mimo rodinu (viz. obr 2).

Obr. 2.



Nabízí se otázka, zdali cesta separace probíhá ve stejném pořadí u syna i dcery. Autoři došli k závěru, že má „porodní cesta“ stejný průběh jak u syna, tak u dcery. Tento závěr zdůvodňují: „Vždyť dítě, ať je to chlapec, nebo děvče, začíná od samého narození vždy u matky a k matce se při oscilaci mezi rodiči vlastně vrací, kdežto k otci se v každém věku vydává a musí k tomu vynaložit úsilí, aby zdolalo kopec od snadnějšího k náročnějšímu“. (Trapková, Chvála 2004, str. 112) Samozřejmě jiné úkoly na této cestě plní otec, jiné matka. Jiné potřeby během separace vyžaduje syn, jiné dcera.

Ve stručnosti popíšeme separaci dcery a separaci syna podle Trapkové, Chvály (2004, str. 112 – 137):

Sociální porod dcery

Sblížení dcery s matkou:

- Matka zasvěcuje dceru do ženského světa.
- Matka se musí rozloučit se vším, co jí bylo na dceři – dítěti milé, a musí přijmout dceru jako družku, která s ní a ostatními ženami sdílí ženství.
- Matka formuje postoj dcery vůči mužskému světu, jehož je otec součástí. Záleží na tom, jakou zkušenost udělala matka s muži, jak se o nich vyjadřuje, jak konkrétně pojmenovává vztah k otci jako svému partnerovi.

Separace dcery od matky směrem k otci:

- V prostoru rodiny začíná být dvěma ženám, dceři a matce, těsno. Dochází ke konfliktu, projevujícím se drobnými a nepochopitelnými šarvátkami.
- Do této „patové“ situace dokáže, aniž to často tuší, přinést řešení otec. Neboť není nic pro otce horšího, než když má nepříznivý vývoj situace pasivně snášet.
- Dcera je na cestě od matky ke sblížení s otcem.

Sblížení dcery s otcem:

- Zatímco ještě nedávno dávala dcera přednost matce a otec jí v jejich ženské intimitě překážel, náhle je to on, kdo může dopomoci jejich oddělení tím, že se s láskou ujme obou, každé jiným způsobem. Dceru obrazně řečeno převezme z matčiny náruče do své a matku ujistí, že o ní nepochybuje jako o dobré matce svých dětí.

- Úkolem otce je uvést dceru jako ženu vybavenou ženstvím od matky do mužského světa. Pro dceru je důležité trávit čas s otcem bez přítomnosti matky, zažít, že ji má otec rád, ale že ji obdivuje jako ženu jako takovou, mužskými očima. Tím ji připravuje na možnost budoucího partnerství s mužem.

Separace dcery od otce a přijetí samostatnosti

- Také vztah s otcem začne jednoho dne dcera cítit jako naplněný a potřebuje se z něj vyvázat a odejít.
- Dochází ke konečné fázi separace, nyní již mimo rodinu.

Sociální porod syna

Sblížení syna s matkou

- Stejně jako u dcery, *sociální porod* syna začíná kolem dvanácti let návratem do blízkosti matky. Kontext jeho sblížení s matkou se však od dcery pochopitelně liší tím, že je to budoucí muž. Pro syna je sblížení náročnější, protože s čím se dívka vyrovnává tak o čtyři až pět let později, s heterosexuálním vztahem nanečisto, musí syn zvládat podstatně mladší.
- Svět matky pro syny představuje lákavé riziko návratu do stavu bez vlastní vůle, do pohodlného, avšak nesoběstačného prostředí.
- Matka mívá tendenci syna, který není již dítě, ale není ještě muž, rozmazlovat. Zdravého otce rozmazlování syna rozčiluje a to ho připravuje pro další fázi separačního procesu, kde se oba více sblíží. I syn začíná mít potřebu sblížení se s otcem a potřebu získat jeho uznání (též Yablonsky 1995).
- Setrvání v bezprostřední blízkosti matky za vydatné spolupráce otce dostoupí vrcholu.

Separace syna od matky směrem k otci

- Prostor, který matka mohla synovi poskytnout, mu přestává stačit, syn se od matky odpoutal. Matka by se měla vyrovnat s tím, že syna nesmí k sobě jako budoucího dospělého emočně vázat. To je pro matku snadnější v případě, kdy má emoční odezvu ze strany partnera.

- Otec na symbolické úrovni odvádí syna z ženského světa. Dochází k podobnému procesu, který praktikují archaické kultury jako iniciační rituály, při nichž dochází k proměně chlapce v muže.
- Matka, která si se synem dobře rozuměla, se jeho blízkosti těžko vzdává. Syn testuje vztah s otcem. Při experimentech s kouřením a alkoholem či drogami očekává spíše mužné a restriktivní reakce otce než ženské, empatické pochopení matky.
- Jediné, co je v této době pro syna potřeba, je přijetí syna otcem, ať už syn provádí cokoliv. Otec by měl vyžadovat a trvat na svém, ale mít současně i pochopení pro syna, který ještě neumí být vždy důsledný.

Sblížení syna s otcem

- Zatímco při sbližování syna s matkou dominovalo vyprávění, jazykem otce je čin. Přijetí není „zadarmo“, zde musí syn obstát jinak než jen slovy. Syn bude muset prokázat vytrvalost a spolehlivost.
- Mezi oběma muži dochází k přirozenému a „zdravému“ soupeření.

Separace syna od otce a přijetí samostatnosti

- Syn se naučil od otce řadě praktických dovedností, hlavně však pevnosti a zodpovědnosti.
- Naučil se ovládat svou chlapeckou citlivost. Odložil část své citlivosti pod vedením otce nikoliv proti ženám, ale v jejich prospěch.
- Dochází ke konečné fázi separace, nyní již mimo rodinu.

Pokud se jedna z částí separace neuskuteční nebo proběhne neúplně, projeví se to jako deficit ve fázi následující. Separáčnı́ proces v adolescenci byl zde popsán podle autorů Trapková, Chvála (2004) podle kriterií, která umožňují úspěšnou separaci. V mnoha případech se však vyskytují „porodní komplikace“. V dalším textu se na tyto komplikace zaměříme v kontextu drogové problematiky.

4. 3. Rodina problémového uživatele drog

Reakce rodičů je v počátku závislá na jejich informovanosti v drogové problematice a na jejich obecném postoji k drogám. Může se pohybovat od benevolentního postoje jako je např.: „vždyť my jsme v mládí také pili alkohol“ ke zcela odmítavému postoji, jako je např.: „můj syn je feťák“. Většinou rodina prochází několika následujícími stadii vyrovnání se s touto skutečností (Nerad, 1988; též. Votavová, Schmidt, Spurný, Škramovský, 1995):

1. První reakcí rodičů bývá **odmítání**. Odmítají uvěřit, že by se něco takového mohlo přihodit jim. V některých případech rodiče soudě podle chování dítěte již dlouhou dobu tuší, že není něco v pořádku, ale buď chování dítěte nepřipisují souvislost s problémem drog, nebo si tuto skutečnost nechtějí ještě přiznat. Dojde-li ke konečnému odhalení cítí se rodiče zaskočení, zranění a často požadují na svém dítěti rezolutní slib, že „už nikdy“. Následně rodiče přijímají pohotové výmluvy svých dětí: např. po nalezení injekční stříkačky - „to je kamaráda, jen si to u mne schoval, já bych si to nikdy nevzal“ nebo „chtěl jsem to jen ze zvědavosti zkusit, ale už se drog nikdy nedotknu“ atd. Rodiče dítě omlouvají a brání se rozkrytí problému. Často se pak situace v rodině na čas uklidní a dítě si dává větší pozor, aby nebylo odhaleno.
2. Když už nemohou konfrontaci reality uniknout, často nastupuje **hněv a agrese** vůči toxikomanovi – „proč nám lže“, „co nám to ten ... dělá“ atd. Rodiče hledají viníka, ať už v partnerovi, v dítěti nebo v okolnostech. Hlavním výchovným nástrojem rodičů je v tuto chvíli restrikce a kontrola dítěte.
3. Rodiče následně v další fázi svých agresivních výpadů litují, ujišťují se, že vše bude zase v pořádku. **Smlouvají** – „nebude to tak zlé“, „dostaneme se z toho“. Droga se stává v rodině problémem číslo jedna. Rodiče všechny problémy v systému rodiny připisují samotné droze. „Nebýt drog, bylo by vše v pořádku“.
4. **Zoufalství** – rodiče si postupně začínají uvědomovat závažnost situace. Objevují se pocity viny – „je to naše vina, měli jsme ho lépe vychovat“, „teď musí jít všechno stranou, musíme se chovat jinak, potřebuje nás“. Rodiče se cítí bezmocní, objevuje se pocit ze selhání v rodičovské roli. Jsou vyčerpaní a nevidí východisko ze stávající situace.

5. **Totální rozchod** – toxikoman je rodiči (rodinou) odepsán. Tato fáze přichází při opakovaném a dlouhodobém abúzu. Totální rozchod je důležitým předstupněm fáze následující a předpokladem pro náročný, avšak realistický postoj rodičů pojmenovaný *tvrdá láska* (Kelusová 1988)
6. **Smíření** – rodiče chápou nutnost léčby a fakt, že výsledek terapie může být nevalný. Rodiče zaujímají pragmatický postoj, který vychází jednak z jejich již nabyté zkušenosti, jednak z odborného poradenství odborníků. *Tvrdá láska* je metafora pro určitý postoj rodičů – rodiče neuzavírají svůj citový vztah vůči dítěti – toxikomanovi, ale na druhou stranu vytvářejí taková opatření, která neumožní dítěti toxikomanický styl života (opakující se kruh) implantovat do systému rodiny.

Jednotlivé fáze nemusejí následovat vždy po sobě, některé mohou být vynechány, některé se mohou vícekrát opakovat. Jednotliví členové systému rodiny mají určité dispozice, kterými mohou ovlivňovat v jednotlivých fázích řešení drogového problému. U rodičů lze tyto dispozice odvozovat z výše popsaného separačního procesu – „sociálního porodu“.

4. 3. 1. Role matky

Během vývoje k dospělosti jsou období, kdy dítě potřebuje nepodmíněnou, ochrannou náruč matky. Matky bývají k problémům svých dětí citlivější a tak jsou to většinou ony, kdo první zjistí, že jejich dítě bere drogy.

Matky bývají více emočně angažované na problémech v rodině. Většinou první vyhledají odbornou pomoc. Považují rodinu více za svoji záležitost a mívají potřebu o svých problémech hovořit. Matky se často považují v této situaci za rozhodujícího výchovného činitele. Děti jsou však často vnímány jako slabé a závislé osoby, příp. jako osoby submisivní a hostilní (Votavová 2001).

Jakou roli má matka při řešení drogového problému záleží především na tom, zda je v rodině osamocená (osamocenou se může cítit i v tzv. úplné rodině). Matka působící v rodině jako jediný výchovný činitel bývá vedena obavou, že nesmí nic u svého dítěte zanedbat, protože v každém prohřešku bude spatřována její výchovná neschopnost. Matka je pod tíhou neustálé úzkosti: „Stará se, pečuje, kontroluje, zařizuje a její hyperprotektivní

chování, od jisté doby zcela nepřiměřené věku a vývojovému stupni dítěte může nabývat zcela nepřírodných rozměrů“. (Votavová 2001, str. 121)

U jiných matek, na rozdíl od hyperprotektivních matek, dochází k opačnému přístupu. Jejich tendence, i v případě drogového problému, je uspíšit fázi dospívání a co nejrychleji syna nebo dceru postavit do role dospělého. Toto řešení je typické opět spíše pro matky osamocené, které touží mít v osobě svého dítěte partnera pro sdílení svých starostí a obav, a nebo pro matky, které budují nový partnerský vztah a rády by se mu plně věnovaly (Votavová 2001).

Podle Trapkové, Chvála (2004) musí být pro úspěšný *sociální porod* oba rodiče volně k dispozici a není vhodné, když jsou z hlediska dítěte špatně rozlišitelní nebo kdykoliv zaměnitelní. Osamělé matky jsou při dospívání nuceny ve výchově přejímat mužskou – otcovskou modalitu, což je pro ně v průběhu drogového problému velmi zátěžové. „Mnoho matek, a nejen těch osamělých, nepříjemně prožívá vnitřní konflikt role autority, kterou jsou podle svého názoru nuceny zastávat, s rolí podpůrnou, ochrannou“. (Votavová 2001, str. 120)

4. 3. 2. Role otce

Řada otců přistupuje k drogovému problému svých dětí s empatickým pochopením. Empatický přístup otce není na škodu, přesto se jeví jako důležitější postoj otce, který ve vyhrocených situacích zaujímá racionální pozici a některé vzorce chování svého dítěte toxikomana jakoby nechápe. Otec tak vyvažuje matčin přístup bezpodmínečně otevřené náruče.

Jak již bylo řečeno, svět matky představuje lákavé riziko návratu (regrese) do stavu bez vlastní vůle, bez požadavků a přání. Při užívání drog v dospívání se riziko regrese zvyšuje. Aby se drogový problém v systému rodiny mohl vyvíjet pozitivním směrem, měl by do ženského protektivního přístupu zasahovat mužský pragmatický prvek. Proti „vyprávění“ matky a dítěte, které na počátku drogový problém otevře, staví otec „čin“. „Zdraví otcové bývají alergičtí na pouhé okecávání“. (Trapková, Chvála 2004, str. 134)

Při dlouho trvajícím rodinném konfliktu způsobeném užíváním drog dospívajícího, jsou to především otcové, kteří dokáží být stabilním opěrným bodem pro matku a ostatní členy rodiny. Jsou to především otcové, kteří „neselhávají“ v nelehké rodinné strategii „tvrdá láska“.

Na druhé straně otec, který trvá rigidně jen na své autoritě nebo otec, který si zvyšuje sebevědomí na úkor svého dítěte, pomocnou ruku dítěti do ženského světa také nepodává. Extrémně nárokuje otcové pak vývoj zbrzdí, což je patrné především ve vztahu otec – syn. Syn se pak stává jakýmsi alter-egem otce, který přes syna uskutečňuje své nenaplněné ambice. Hranice ambicí je často stále posunována výš a ze strany otce nepřichází uznání. Přitom právě v dospívání po otcovském uznání synové nejvíce touží. Uznání a odezvy se mu často dostává až v partě vrstevníků, kde prokáže statečnost a nezávislost při aplikaci drogy (Trapková, Chvála 2004; též Yablonsky 1995).

4. 3. 3. Sourozenci toxikomana

Změny v rodině, které přinese závislost jednoho jejího člena, se dotýkají všech a tedy i ostatních dětí v rodině. Postoje, které vůči závislému sourozenci zaujímají, jsou ovlivněny jejich věkem a sourozeneckou hierarchií (mladší resp. starší sourozenec). Autoři Youcha, Seixas (1989) a Wegscheideir – Cruse in Nešpor, Czémy (1996) nabízejí role, které sourozenci uživatele v rodině zaujímají:

Rodinný hrdina / Malý dospělý – do této role se dostávají většinou nejstarší sourozenci. Přebírají zodpovědnost, která ještě jejich věku nepřísluší. Rodina je příliš zaměstná problémy sourozence toxikomana a na „dospělého“ sourozence deleguje kompetence, které rodina díky své vytíženosti nestačí plnit.

Pronásledovatel – je role, která je často propojena s rolí předešlou. Sourozenec je pověřován rodiči, aby sourozence toxikomana hlídal a podával o něm zprávy.

Usmířovač – těžce nese napětí v rodině, snaží se tenzi zmírňovat, ochránit toxikomana před rodiči, rodiče před agresí toxikomana.

Ochránce tajemství – drží se sourozencem „basu“, bývá jeho spojencem. I když o abúzu sourozence ví, snaží se rodiče uchránit před tímto zjištěním. Často popírá závažnost celé situace.

Dokonalé dítě – zoufalí a vyčerpaní rodiče často obrací všechnu pozornost na nefetujícího sourozence. Ten se snaží naplnit rodičovské očekávání a vynahradiť jejich trápení. V této pozici potlačuje všechny negativní pocity. *Dokonalé dítě* může získat dále roli *dokonalý sourozenec*. Vztah *dokonalý sourozenec / sourozenec toxikoman* bývá často velmi problematický.

Následník černé ovce – je mladší sourozenec, který v určitém věku začne kopírovat staršího sourozence toxikomana.

4. 4. Závislost v rodině jako řešení závislosti

V období adolescentní separace se může droga stát podpůrným nástrojem konfliktu, který otevírá dveře do další vývojové fáze. Konflikt prostřednictvím drogových experimentů má potenciál akcelarovat separaci nebo naopak určitou fázi separace zapouzdřit a zastavit další vývoj. Drogu můžeme vidět jako do jisté míry funkční mechanismus, který na své úrovni přináší do rodiny krátkodobé řešení jinak neúnosné situace.

Dobiášová (1999) jednotlivé významy drogy člení takto: droga jako regrese, moratorium, únik od problémů, pseudorituál dospívání a prostředek udržení stability rodiny.

4. 4. 1. Regrese

Závislost má předobraz v původní jednotě dítěte s matkou, kdy nebylo třeba mít žádných přání: vše, co dítě k životu potřebovalo, se automaticky a samozřejmě dostavovalo. V batolecím věku se dítě odděluje od matky do rodiny, v dospívání se odděluje od rodiny do společnosti a svého vlastního života. Separace v dospívání často aktualizuje ne zcela dokončenou separaci v raném dětství.

Droga se může stát substitucí primárního objektu – „dobré matky“. Nevědomá regresivní touha po návratu do matčiny náruče může být vyplněna účinky psychotropní látky, které zároveň tlumí bolest ze separace. Díky tomu, že si dospívající o aplikaci drogy rozhoduje sám, cítí se silným a nezranitelným (Šikl 1996).

Droga - jako „dobrá matka“ - se však časem promění ve „zlou matku“. Toxikoman se ji snaží udržet, než zjistí, že je to nemožné, že účinky drogy jsou čím dál více „macešské“. Pak se již separace stává nutností.

4. 4. 2. Moratorium

O adolescentním moratoriu jsme podrobněji psali v kapitole o dospívání. K pozdržení přechodu do dospělosti může využívat dospívající úspěšně drogu. Drogově závislý je přeci ten nemocný, který potřebuje péči a nemůže být vystaven samostatnosti a

dospělosti. Na druhou stranu se necítí rodičovskou péčí svazován, žije si stylem, s kterým rodiče nesouhlasí. Zažívá iluzi samostatnosti.

Některé varianty adolescentního odkladu dospělosti, jejich průběh, délka a způsob jsou závislé na systému rodiny. Rodiče se v tomto období mohou stát stabilním opěrným bodem, který umožňuje dospívajícímu se zorientovat. Nebo naopak mohou rozporuplnost tohoto období posilovat. Rodiče jsou postaveni, stejně jako jejich dítě, před separační úkol – osamostatnit se od svého dítěte. Musí nově budovat vzájemné vztahy, což je obtížné v atmosféře déletrvajících rodinného konfliktu.

4. 4. 3. Únik před problémy

Jednou z nejčastějších odpovědí na otázku proč berou děti drogy je, že se snaží uniknout před problémy. Při závislém užívání jde však spíše o záměnu problémů. Pokud dospívající užívá drogy, problémy, které řeší, se brzy zúží na problém obstarání peněz na potřebné dávky. Nezbyvá prostor na řešení naléhavých problémů v rodině (Pöthe 1996).

4. 4. 4. (Pseudo)rituál dospívání

Rituálům je společné to, že probíhají podle určitých pravidel, která často zůstávají dlouhá období neměnná. (Kaufmann – Huberová 1998). Pravděpodobně iniciační rituály, kterými dospělí uvádějí děti do společenství a zasvěcují je do dospělého života, nevymizely, jen ztratily kolektivní (archetypální) charakter.

Potřeba iniciačního rituálu se dnes u mladých lidí projevuje v jiných, nejednotných formách. Například odchod za prací do zahraničí může být jednou ze současných forem osamostatnění. Při jedné z dalších forem, která je spíše (pseudo)rituálem dospívání, lze využít drogu.

Dostane – li se dospívající do kontaktu s psychotropní látkou, rychle nachází svoji identitu. Ta je ještě znásobována přijetím do skupiny toxikomanů, kde se cítí jako plnohodnotný a soběstačný člověk, zdánlivě se odpoutá od rodičů. Přijetí do skupiny toxikomanů mívá určité rituální prvky spojené s ohrožujícími zkouškami.

Tyto nebezpečné, život ohrožující zkoušky podle Kaufmann – Huberové (1998) připomínají iniciační rituály v jednoduchých kulturách a naplňují základní potřebu mladých podstupovat zkoušky odvahy. Například po první intravenózní aplikaci drogy se dospívající stane plnohodnotným členem skupiny toxikomanů. Tento rituál nabývá pro

jednotlivce na významu díky tomu, že při něm dochází za jistých okolností k ohrožení života a vyžaduje od něho, aby prokázal odvahu.

Rituál je jakýmsi prostředkem, jak překonat etapu krize v době, kdy se musíme přizpůsobit něčemu jinému. V rituálu by mělo být obsaženo otevření, ale i uzavření krize (Kaufmann – Huberová 1998). Uzavření při (pseudo)rituálu prostřednictvím drogy je problematické a při vzniku drogové závislosti i zdlouhavé. Závislý musí většinou projít dlouhodobou léčbou, kde se odpoutává od vlivu drogy a dokončuje separaci od rodiny. Aby byla separace prostřednictvím drogy dovršena, musí dojít k velkým změnám v celém systému rodiny.

4. 4. 5. Prostředek udržení stability rodiny

Dítě je vždy důležitým článkem v systému rodiny, který může mít např. tmelící funkci (manželství udržované „kvůli dětem“), nebo vyplňuje chybějící místo v partnerství rodičů (neúplná rodina).

Droga v tomto případě přináší krátkodobé řešení při narušení rovnováhy systému rodiny. Tento pohled na drogovou závislost v rodině vychází z homeostatického modelu rodiny (Jakson, Haley in Langmeier, Balcar, Špitz 2000).

Drogová závislost je z tohoto pohledu součástí procesu zahrnujícího tři nebo více individuí, obvykle závislého a dvou rodičů, kteří dohromady tvoří závislý interpersonální systém. Pokud je rovnováha narušena, závislý je aktivován, jeho chování se mění, upoutává na sebe pozornost.

V tomto případě může mít problém vzniklý díky drogovým experimentům dítěte pro rodinu stmelovací charakter. Když rodiče zjistí, že jejich dítě fetuje, odsunou svůj vztahový konflikt a všechny síly nasměrují směrem k řešení problému dítěte. Prostředí rodiny má pak přechodně stabilní a funkční podobu.

Po překonání nebo odsunutí manželské krize se stává chování dítěte méně provokativním a změní se na kompetentní (např. nastoupí léčbu). Ponechá rodiče opět jejich konfliktu a v rodině opět stoupá napětí. Po nějaké době se vše v rodině nalézá ve „starých kolejích“. Dítě začne opět fetovat, poutá na sebe pozornost svým sebeustrukčním chováním, aby nastolilo již zažitou stabilitu. Dochází k opakujícím cyklu, závislý zůstává těsně připoután k rodině a separace se nedaří.

5. MOŽNOSTI RODINNÉ TERAPEUTICKÉ INTERVENCE

Častým jevem bývá, že navzdory vysoké efektivitě léčebného programu klienti po návratu selhávají, pokud se vracejí do nezměněného, mnohdy destruktivního rodinného prostředí.

V praxi se prokazuje, že by efektivní terapeutická práce s dospívajícími uživateli neměla být zaměřena jen na klienta samotného, ale i na vztahy, interakci a vývoj v přirozené rodinné skupině dospívajícího. Kontext rodiny je dnes zohledňován nejen v rodinné terapii a rodinném poradenství, ale například při práci probační a mediační služby.

Podstatným znakem při práci s rodinným kontextem je, že se nejedná o terapeutické učení dospívajícího v uměle vytvořené modelové situaci s lidmi, kteří do jeho života nepatří, nýbrž že odborník pracuje přímo se skutečnými problémy v reálném čase jejich výskytu (Říčan a kol. 1997).

5. 1. Rodinná terapie

Rodinná terapie je systém léčby, která je prvotně zaměřená na rodinnou povahu poruchy nebo problému a snaží se psychologickými metodami navodit prospěšné změny v narušené rodinné soustavě. Ve středu pozornosti nestojí jedinec (ani sám, ani v rámci uměle sestavené skupiny), ale celá rodina. Ta je skutečným „pacientem“ se všemi svými „zdravými“ i „nemocnými“ členy. Předpokládá se, že individuální problémy dospívajícího nebo jiného člena rodiny souvisejí se skupinovou dynamikou celé rodiny (Langmeier, Balcar, Špitz 2000).

V terapeutických institucích, které pracují s dospívajícími uživateli drog, by měla být rodinná psychoterapie doplňkem individuální a skupinové psychoterapie.

5. 1. 1. Indikace rodinné terapie

Rodinná terapie je indikována tehdy, když je zjevná porucha u některého člena rodiny nebo v některém rodinném vztahu či oblasti soužití podmíněna způsobem života rodiny (Langmeier, Balcar, Špitz 2000).

U dospívajícího uživatele je rodinná terapie či rodinné poradenství indikováno téměř vždy, protože problémové užívání (pokud není jednoznačně spojeno s psychopatologií samotného klienta) má v drtivé většině souvislost s rodinnou dysfunkcí nebo s adolescenčním separačním procesem. Úkolem adolescenta je separace od rodinného systému a proto musí být jeho rodina součástí terapeutické intervence.

Langmeier, Balcar, Špitz (2000) nabízejí předpoklady (podmínky) pro indikaci rodinné terapie. K těmto podmínkám připojme indikátory rodinné terapie dospívajících uživatelů:

Zralost problémů pro terapeutické řešení – nedochází již k popírání drogového problému ze strany mladistvého uživatele; drogový problém je v rodině zcela zveřejněn a stal se součástí „rodinného uvažování“.

Motivovanost jednotlivých členů rodiny k úsilí o změnu ve svém životě – drogový problém dospívajícího již ovlivňuje ostatní členy systému rodiny. Vedle naléhavosti problému je k motivovanosti potřebné i odhodlání jednotlivých členů k řešení problému osobně přispět. Motivovanost jednotlivých členů rodiny se často liší, u uživatele je závislá na vývojové etapě drogové kariéry (viz kapitola 1. 1.).

Způsobilost členů rodiny – autoři mají v tomto kritériu na mysli způsobilost rozumovou, vzdělanostní, kulturní apod., která by měla být adekvátní pro zvolenou metodu. Při rodinné terapii uživatelů je kontraindikací taková aktuální intoxikace, která znemožňuje zapojit klientovy kognitivní schopnosti. Další kontraindikací je jiný typ poruchy, který rodinné terapii brání a vyžaduje primárně jiný druh léčby (drogový problém je sekundární).

Časové a prostorové nároky realizace terapie – závislé na typu instituce, která pracuje s drogovou problematikou.

Způsobilost terapeuta pracovat s daným problémem a s danou rodinou – vedle odborné způsobilosti v rodinné terapii je třeba odborného vzdělání v drogové problematice.

5. 2. Základní přístupy k rodinné terapii závislosti

V současné době se v rodinné terapii využívá několik přístupů. Praktické postupy jednotlivých metod byly vytvořeny na základě představ a poznatků o tom, co je v rodině podstatné pro vznik a přetrvání poruchy. Některé přístupy rodinné terapie vznikly jako rozšíření již funkčních psychoterapeutických směrů a „škol“.

5. 2. 1. Psychodynamický přístup

Psychodynamická léčba zdůrazňuje především odkrývání nevědomých interpersonálních a intrapersonálních procesů. „Vychází z pojetí individuální, vývojově podmíněné duševní dynamiky jednotlivých členů rodiny ve vzájemných vztazích a využívá terapeutických intervencí k dosažení vhledu, porozumění a vyjádření i psychodynamicky vytěsňených představ a citů“ (Langmeier, Balcar, Špitz 2000, str. 180).

Základem psychodynamického přístupu je **odkrývání nevědomých interpersonálních procesů; odkrývání a práce se zakázanými pocity; pochopení vzájemného podporování obraných struktur** členů rodiny (Mc Kay in Rotgers 1999).

Při rodinné terapii závislostí se pracuje s projektivní identifikací. Např. otec alkoholik přestane pít, protože je k abstinenci donucen rodinou, potlačí pocity zlosti zapříčiněné tlakem od členů rodiny a promítne je do svého syna formou nevědomých signálů, což může přispět k vzdorovitému postoji syna vůči užívání návykových látek (Mc Kay in Rotgers 1999).

Při léčbě závislostí rodinní terapeuti kladou důraz na rozklíčování nevědomých procesů v rodině. Dalším příkladem psychodynamického přístupu je např. práce se situací, kdy se jeden z rodičů vyhýbá nepříjemným pocitům, což jej vede k tendenci nepřijímat tyto pocity u svého dítěte. Pokud si chce dítě zajistit přízeň rodiče, nesmí tyto pocity dávat najevo. Cílem terapie je povzbudit jednotlivé členy k vyjádření osobních pocitů a umožnit pochopení rodinné situace prostřednictvím vzájemných interpretací během jednotlivých rodinných sezení.

5. 2. 2. Behaviorální přístup

Zaměřuje se na patogenní vzorce a následky chování mezi členy rodiny v jejich soužití. Vychází z toho, že může porucha v rodině vznikat z neuspokojivé „výměny chování“, které je ztrátové pro všechny nebo alespoň pro některé účastníky. Příčinou může být nedostatek dovednosti vzájemně prospěšně vycházet v rodinném soužití vstříc vlastním potřebám i potřebám ostatních členů rodiny. Poruchová interakce má dva hlavní zdroje: tj. **učení podle vzoru a učení podmiňováním**. Podle známého behaviorálního přístupu - lidské chování může být naučeno i odnaučeno - jsou tyto zdroje poruchové interakce východisky pro rodinnou terapii.

Učení podle vzoru – značná část chování je výsledkem nápodoby druhých, tzv. učení pozorováním. Tímto způsobem učení může jedinec získat potřebné znalosti pro řešení určitých situací, aniž by byl odkázán na vlastní pokusy a úspěchy či neúspěchy. Dítě ve své rodině získává návyky, které mají určitou setrvačnost a mají vliv na jeho povahovou výbavu. Učení podle vzoru je využito v terapeutickém „přeučování“ zjištěné patologické interakce. Patologická interakce se simuluje prostřednictvím „hraní rolí“. Pokud zúčastnění získají vhled do dříve opakované destruktivní situace, terapeut je vede k tomu, aby prosazovali konstruktivnější vzorce chování mezi sebou navzájem (Langmeier, Balcar, Špitz 2000).

Učení podmiňováním – tento jev by se dal nazvat „zpevňování poruchy“. V rodinách, kde je nedostatek interakce a vzájemné pozornosti může jednotlivec svým nežádoucím chováním získávat pozornost. Dítětem prožívaný zisk bývá především v intenzitě pozornosti. Příkladem může být již popsaná situace v rodině, kde rodiče po zjištění, že dítě fetuje, dítěti věnují všechnu pozornost. Pokud se dítěti věnuje pozornost za poruchový projev, je tímto tento projev „odměněn“ a zpevněn. Terapeut ve spolupráci s rodinou má za úkol: (1) určit přesně poruchový projev; (2) stanovit realistický cíl, což je alternativní vhodné chování; (3) řídit a vést rodinu, aby změnila vzorce svého sociálního zpevňování (Liberma in Langmeier, Balcar, Špitz 2000).

Behaviorální přístup analyzuje spouštěcí faktory užívání návykových látek, zdůrazňuje význam stanovování cílů a procvičování nových způsobů interakce. Při práci s dospívajícími uživateli se využívá plánování prostřednictvím „rodinné smlouvy“ či „kontraktu“. Obsah kontraktu vychází ze vzájemných realisticky vyvážených požadavků. Úmluva stanoví vzájemné nároky a povinnosti, popřípadě sankce, vyplývající z plnění nebo neplnění dohodnutých podmínek.

5. 2. 3. Expericiálně – komunikační přístup

Vychází z prací Virginie Satirové. Expericiálně-komunikační směr zdůrazňuje potřebu jasně si uvědomovat a otevřeně komunikovat navzájem své myšlenky, přání a city a potřebu vystupovat v rodinném dění v konstruktivních rolích (Langmeier, Balcar, Špitz 2000).

Obtíže v rodinné komunikaci jsou podle Satirové (2005) spjaty s poruchou sebehodnocení a hodnocení druhých. Členové disfunkčních rodin mají nízké sebevědomí,

provázené stále přítomným pocitem ohrožení. V konfliktu není člověk schopen objektivně zpracovat informace a najít pozitivní řešení. Komunikace se mění v poziční boj: kdo má pravdu, kdo zvítězí nad kým apod. Pro silnou potřebu sebepotvrzení i prostřednictvím ostatních členů rodiny, jež je vyvolána narušeným sebevědomím, nedokáže jedinec přijmout skutečnost, že i ti nejbližší jsou odlišní, jiní ve svých názorech a přáních než on. Jejich odlišnost vnímá jako nebezpečí. Komunikace o individuálních motivech jedince a motivech druhých vůči němu je potlačována. Děje se skrytě a patologicky.

Rodinný terapeut slouží v rodině jako odborník - „učitel správné komunikace“. Ukazuje možnosti komunikovat účinněji a vyjadřovat své myšlenky a city jasněji. Učí rodinu uvědomování, přijímání a ověřování si, zda sdělovaný význam souhlasí s významem chápaným. Naproti pozičnímu boji staví přímou a neohrožující komunikaci.

Satirová (2005) zdůrazňuje v rodinné terapii potřebu individuální změny, kterou vysvětluje ve svém „modelu růstu“. „Model růstu“ je založen na lidské schopnosti změnit se, expandovat a tento růst manifestovat. Satirová učí své klienty celistvému vyjádření sebe, bez hraní „her“, které vedou k tomu, že skutečný problém, konflikt či potřebu nelze realisticky uchopit a vyřešit jej. Proti patologickým postojům a způsobům reagování stojí jediný zdravý postoj, kterým je soulad (kongruence). „Kongruentní“ jedinec se chová tak, že jeho vnější projev je v souladu s jeho nitrem.

Způsob práce vycházející z myšlenek Satirové je efektivně využitelný při rodinném poradenství dospívajících uživatelů. Na rozdíl od některých jiných přístupů (např. behaviorálního), kde se postupuje podle naplánovaného algoritmu a je potřeba pracovat v delším časovém horizontu, lze prvky rodinné terapie podle Satirové použít v jakékoliv fázi rodinné intervence.

5. 2. 4. Strukturní přístup

Tento přístup zpracoval S. Minuchin. Teoreticky vychází z toho, že celek i části lze vyložit pouze v pojmech vztahů mezi částmi. Pojem struktura zde označuje **soustavu pravidel**, podle nichž se jedinci vztahují k sobě navzájem. To se projevuje praktickými činnostmi čili operacemi, jimiž se jednotliví členové rodiny podílejí na **výkonu funkcí**. Rozpoznat strukturní pravidla a jejich poruchovost při fungování rodiny lze pozorováním zjevných vzorců chování v různých situacích. K popisu strukturních dimenzí v rodině se používá tři pojmy: „hranice“, „vazba“ a „moc“.

Hranice – rozčleňují rodinný systém na části, „subsystémy“. Podle Minuchina (in Langmeier, Balcar, Špitz 2000) jsou to subsystémy: (a) **partnerský**, jehož účelem je dobrá funkce manželství jako základu rodinného života; (b) **rodičovský**, jehož účelem je péče o děti a o jejich socializaci; (c) **sourozenecký**, jehož účelem je tělesné, duševní a sociální vyspívání směřující k úplné samostatnosti. Úkolem hranic je chránit vnitřní rozlišení hranic rodiny tak, aby nebyl příslušný subsystém rušen zasahováním jiných subsystémů. U rodin funkčních jsou „hranice“ subsystémů jasné a přitom komunikačně propustné. Naopak v dysfunkčním rodinném prostředí jsou hranice příliš strnulé, nepřipouštějí účelnou změnu nebo jsou hranice nedostatečně vyznačené, „propletené“ (nerozlišují úkoly a činnosti jednotlivců v situacích rodinného soužití).

Vymezení hranic závisí také na vývojových etapách jednotlivých členů rodiny. Například adolescent má potřebu zastávat alespoň v některých ohledech částečně dospělé postavení v rodině. Pokud je ohraničován pro něj již rigidní dětskou hranicí subsystému, snaží se tuto hranici narušit. V některých případech se stává drogový experiment prostředkem narušení nepropustné dětské hranice.

Vazby – jde o určité „spojenectví“ či „opozici“ jednoho člena systému vůči druhému. Jednotliví členové mohou utvářet aliance nebo koalice. **Aliance** označuje vztah spojenectví, v němž dvě osoby svou činností sledují spolu sdílený zájem. **Koalice** označuje také vztah spojenectví, který je však namířen proti zájmu jiného člena. Koalice může být: (a) **stálá** – stává se převládající a neměnnou vlastností určitých členů rodiny. (b) **oklikou** – slouží k rozptýlení napětí jednotlivců tím, že označí jinou stranu za původce problémů. (c) **triangulace** – při triangulaci vystupují proti sobě dva protivníci a každý z nich usiluje o získání téže třetí osoby do koalice proti druhému.

Moc – lze vymezit jako míru vlivu každého člena rodiny na výsledek jakékoliv činnosti. Není to vlastnost jedince sama o sobě, ale vlastnost v určitém kontextu rodinných dějů. Základním druhem poruchy v této dimenzi je nedostatek funkční moci v rodině. Tento nedostatek se projevuje např. v neúplných rodinách, kde se matky, které jsou postaveny před drogový problém svého dítěte, cítí slabé bez podpory otcovské „moci“.

Cílem strukturní rodinné terapie je rozřešit problémy rodiny tím, že se změní jejich vztahová struktura v těch ohledech, kde je poruchová. Terapeut přistupuje k práci s rodinou jako aktivní účastník dění. Do rodinného dění zasahuje dvěma způsoby: „facilitací“, tj. podporou spontánních interakcí členů rodiny mezi sebou, a „centralizací“,

tj. bráněním jejich spontánní interakce tím, že do interakce s nimi vstupuje sám (Langmeier, Balcar, Špitz 2000).

Strukturní rodinná terapie používá řadu technik. Je to např. navození interakce prostřednictvím zadání úkolů jednotlivým členům, vyžadující vykonat určitou aktivitu ve vzájemném styku, nebo technika restrukturace rodinných vztahů v průběhu sezení. Zajímavou formou je technika kreslení „rodinné mapy“ nebo originální technika „ostrov rodiny“ (Rieger; Vyhnálková 2001), kde je metafora ostrova používána jako prostředek umožňující poznání, v čem je problém zapříčiňující potíže v rodině.

5. 2. 5. Systemický přístup

Na konci minulého století se systemická terapie inspirovala postmoderními vědeckými a filozofickými paradigmaty. K těmto paradigmatům patří modely systémových věd jako je kybernetika, teorie informace, teorie komunikace, synergetika, teorie chaosu aj. a také myšlenkový přístup radikálního konstruktivismu K. Ludewiga.

Systemický přístup klade důraz na sociální kontext, na systémy vzorců. Při práci s problémy v rodině je třeba vidět *vzorce chování*, které patří nebo se hodí k určitému problému. Vzorce chování jsou takové sekvence způsobů chování, které se objevují v různých situacích nezávisle na jejich obsahové stránce. Psychické problémy jsou pak chápány jako problémy sociálních vzorců interakce. V systemice se často mluví o ekologii vztahových vzorců (Langmeier, Balcar, Špitz 2000).

Organizace řeči je lineární (např. sekvence slov ve větě). Systemický přístup si všímá a pracuje s konotativními, druhotnými složkami, funkcemi jazyka, které jsou cirkulární. Jazyk má schopnost vyvolat obrazy a vzorce prostřednictvím metafor, podobenství a příběhů. Stal se nejdůležitějším nástrojem systemické terapie, protože je v sociální realitě také hlavním nástrojem nedorozumění a nátlaku.

Na rozdíl od předešlých terapeutických směrů, kdy byla očekávána změna v průběhu setkání, je při systemické terapii setkání pouze procesem, který změny usnadňuje. Změna nastává spíše mezi setkáními. Během terapie dochází k vytváření systemických hypotéz. Hypotéza je prostředkem, který uvádí proces terapie do pohybu. Pokud se hypotézy během sezení nemění, jsou rigidní, svědčí to o tom, že terapeut byl vtažen do „koevoluce“ se systémem a tím i ztratil terapeutický vliv. Součástí hypotéz je

kladení cirkulárních otázek. Na rozdíl od lineárních otázek, kterými se dotazujeme přímo na určité skutečnosti, které spíše zvyšují informovanost terapeuta o rodině, se používají otázky cirkulární, které nepřímo zkoumají okolnosti ze života rodiny způsobem, jenž zvyšuje informovanost rodiny o vlastní životní situaci (Langmeier, Balcar, Špitz 2000).

Postavení terapeuta v procesu terapie se také mění. Na rozdíl od počátku vývoje terapeutických systémů, kdy byla role terapeuta hodně aktivní a vycházela především z expertní pozice, zaujímá zde terapeut neexpertní pozici. Distancuje se od rodinného lineárního a jednoduchého posuzování, co je dobře nebo špatně. Dává najevo, že sám neví, jaká by rodina měla být. Současně však narušuje svým dotazováním setrvávání rodiny v zaběhnutých, nefunkčních způsobech chování, a pomáhá hledat funkční modely chování.

Zlatým pravidlem systemické terapie je, že každý je sám expertem na svůj vlastní život. Což v přeneseném slova smyslu platí i o životě rodiny.

5. 3. Rodinné poradenství

Výše popsaný systemický přístup nerozlišuje rodinnou terapii a rodinné poradenství. Přestože psychologické poradenství má dosti společného s rodinnou terapií, rodinnou terapií v pravém slova smyslu není. V rodinné terapii i v poradenství se odborník opírá o tzv. systémové pojetí rodinného společenství. Tzn. chorobný projev jedince chápeme jako příznak poruchy systému či nezdravých poměrů uvnitř něho. Pracuje – li v poradenství odborník jen s jedním členem rodiny, vždy je to v kontextu celého systému rodiny. Přesto není jeho hlavní ambicí celý systém rodiny měnit. V poradenství lze dosáhnout především určitých změn v tom, jak jednotliví účastníci problémové situaci rozumějí. Bez rodinné psychoterapie postupem podstatně úspornějším (Matějček 1992).

„Mám za to, že podstatným a základním úkolem poradenské psychologie je navodit v rodičích a ostatních vychovatelích porozumění pro dítě. Poradenskému pracovníkovi pomáhá určité optimistické zaměření, které mu umožňuje na vyšetřovaném dítěti hledat a vidět především to dobré, nebo alespoň také to dobré“. (Matějček 1992, str. 21)

5. 4. Rodičovské skupiny

Obecným kritériem rodičovských skupin je, že jsou otevřené a přístupné rodičům jak aktuálně se léčících klientů, tak klientů bývalých i takových uživatelů, kteří se zatím léčit odmítají, ale jejich rodiče se nechtějí se situací smířit.

Původně vznikly rodičovské skupiny jako svépomocné programy, tzn., že fungovaly bez vedení terapeuta. Dnes bývají součástí většiny léčebných programů.

Bývají vedeny dvěma terapeuty, kteří setkání koordinují a poskytují odborné informace. Rodičovské skupiny bývají koncipovány spíše jako poradenské než terapeutické. Jejich potenciál tkví především ve výměně informací (již získaných zkušeností jiných rodičů) mezi samotnými rodinami a snížení tenze z izolace rodiny, která se často snaží drogový problém před okolím utajit. Pro rodiče tak poskytují sociální zázemí a emoční podporu (Hajný, Klouček, Stuchlík 1999).

6. KASUISTIKY

V této části nabízím šest příběhů mladých lidí, kteří během období dospívání užívali psychotropní látky. Toto užívání jim přineslo zdravotní a sociální potíže. Díky těmto potížím sami nebo na popud okolí vyhledali odbornou pomoc v oddělení Cesta.

Kasuistiky jsou jakousi ilustrací popsaných jevů v teoretické části. Jak již bylo několikrát zdůrazněno, důvody, proč adolescenti užívají drogy, jsou multifaktoriální. Přesto si zde dovolíme jednotlivé příběhy „zaškatulkovat“ a přiřadit je k jednotlivým modelům dle Urbana (1973) v teoretické části (v kapitole 3. 2. 4. Faktory somatické a psychické – „osobnost“). Dále budeme rozlišovat jednotlivé anamnézy podle typologie rodiny (viz kapitola 4. 1. Rodina funkční / dysfunkční)

1. Nevyzrálý model (adolescentní moratorium)
 - a) rodina funkční úplná.....kasuistika Ondra
 - b) rodina funkční neúplná.....kasuistika Pavlína, Katka, Petr
 - c) rodina disfunkčníkasuistika Štěpán
2. Neurotický model.....kasuistika Veronika
3. Psychotický model.....prakticky nulový výskyt v odd.Cesta

Pavlína – v době pobytu (rok 1999) 21 let

Rodinná situace: Pavlína se narodila v Mostě, kde žije s matkou a sestrou. Sestře je 18 let, studuje na ČVUT, Pavlína s ní má výborný vztah. Matka pracuje jako úřednice na poště. Mezi rodiči byly dobré vztahy. Otec onemocněl, když byly Pavlíně 3. roky. Otcova nemoc (rakovina) se stala součástí rodinného života, zemřel, když bylo Pavlíně 14 let.

Drogová kariéra: primární droga heroin, způsob aplikace – intravenosně, doba užívání 1 rok před nástupem. Ostatní drogy: pervitin (1 rok před užíváním heroinu), LSD, extáze.

V současnosti jí drogy více berou než dávají.

Situace před nástupem na oddělení, očekávání: Pavlína má ukončené gymnázium, hlásila se na VŠ, ale nebyla přijata. Pracovala jako asistentka ve firmě.

Její očekávání od pobytu je, aby změnila pohled na drogy a hlavně aby se naučila řešit problémy bez drog.

Mapování rodinných vztahů: Po smrti otce se zhoršily vztahy s matkou. Přestože podle slov Pavlíny byl otec autoritářský, byl pro ni velmi důležitý. Zemřel v ten nejnevhodnější čas, kdy jej nejvíce potřebovala. Vyhledává silné partnery, podle jejího názoru díky přetrvávajícímu vlivu otce. Matka se po smrti otce uzavřela do sebe, nežije s jiným partnerem a všechnu pozornost směřuje na dcery. Přes všechny konflikty je však pro Pavlínu důležitou a stabilní oporou. Během rodinného sezení tuto skutečnost Pavlína před matkou verbalizuje.

Vývoj po odchodu z oddělení (1999 – 2006): po odchodu z oddělení má Pavlína jednorázový relaps – heroin. Její situace se však postupně stabilizuje. Pracuje opět jako asistentka ve firmě, je přijata na VŠ, při studiu pracuje jako au-pair nejprve v Čechách, později v zahraničí. Vztahy s matkou jsou dobré, získaly novou kvalitu. Pavlína se osamostatňuje, buduje vlastní rodinu.

Katka – v době pobytu (rok 2002) 19 let

Rodinná situace: Katka se narodila v Praze, kde žije s matkou, která podniká. Má nevlastní sestru (13 let). Rodiče se rozvedli, když jí byly 4 roky. Těžce nesla, že s nimi otec není. Otec je potřetí ženatý. Pracuje jako podnikatel. Po opakovaných konfliktech s matkou se Katka přestěhovala k babičce.

Drogová kariéra: Primární droga heroin (od 15 let), způsob aplikace – intravenosně, doba užívání 1,5 roku. Ostatní drogy: alkohol, cigarety (od 10 let), pervitin, kokain.

Drogami, resp. jejími účinky, je fascinována.

Situace před nástupem na oddělení, očekávání: Nedokončila sportovní gymnázium. Věnovala se plavání, to po konfliktech s trenérkou ukončila. Absolvovala dva ročníky střední umělecké školy obor fotografie.

Během období, kdy užívala drogy, byla trestně stíhána za krádeže. Do odd. Cesta nastoupila dobrovolně. Důvody, které jí k tomu vedly, bylo ukončení drogového životního stylu. Dalším důvodem, proč si Katka vyžádala pomoc, bylo to, že se snažila vyrovnat s v té

době „čerstvým“ traumatickým zážitkem z automobilové nehody, kterou jako jediná přežila. Během této nehody ztratila svou nejlepší kamarádku a další dva kamarády.

Mapování rodinných vztahů: Atmosféru v rodině vnímá Katka jako konfliktní. Matku vnímá jako nepřístupnou a nevšímavou vůči jejím problémům.

Z mapování rodinných vztahů vyplývá, že matka nese celou váhu výchovných povinností. Ve vztahu k dceři zaujímá spíše racionální postoj a ve výchově doplňuje „chlapskou“ modalitu (viz. kapitola 4. 3. 1. Role matky Str. 62). Pokud matka přechodně sleví z tohoto výchovného postoje, vnímá Katku více jako kamarádku než jako dceru. To Katku spíše znejistí uje. Vztah s matkou se po dobu dvouměsíčního pobytu neurovnává.

Vývoj po odchodu z oddělení (2002 – 2003): po odchodu relaps – dvakrát heroin, jedenkrát pervitin. Kouří marihuanu, pije alkohol (několikadenní tahy). Jedním z možných důvodů, proč nadužívá alkohol, je utlumení přetrvávajícího posttraumatického zážitku z automobilové nehody.

Párkrát zkoušela pracovat, pokaždé ji vyhodili kvůli jejímu impulsivnímu chování. Chodí na brigády. Bydlí u kamarádky nebo u babičky. Nastoupila do opakovaného pobytu v oddělení Cesta.

Vývoj po opakovaném pobytu (2003 – 2006): Dá se říci, že Katka je stabilizovaná, nefetuje. Katka se snaží postupně osamostatnit. Pracuje jako servírka. Je přijata na večerní gymnázium. Důležitý je pro Katku znovuobnovený vztah s matkou. S mámou se nehádá, což je podle Katky tím, že spolu nebydlí a každá má svůj soběstačný život. Jezdí společně lyžovat na hory.

Štěpán – v době pobytu (rok 2004) 17 let.

Rodinná situace: Štěpán žije s rodiči v Praze. Matka je poštovní doručovatelka, otec pracuje jako vedoucí prodejny elektrospotřebičů. Rodiče jsou rozvedeni, ale žijí spolu, doma panuje velké napětí, otec je alkoholik. Má osmiletého mladšího bratra.

Drogová kariéra: 2 roky kouří marihuanu, dále kombinuje marihuanu s alkoholem. Jednorázově vyzkoušel LSD a extázi. Krátká epizoda s čicháním ředidla.

Situace před nástupem na oddělení, jeho očekávání: Před nástupem byl hospitalizován v PL Bohnice na doporučení neurologa z FN Bulovka, kam se dostavil na ošetření s poraněními, způsobenými fyzickým trestáním otcem. PL Bohnice dále doporučila pobyt v odd. Cesta.

Studuje humanitní gymnázium, věnuje se divadelnictví a hudbě. Rád by se během pobytu psychicky i fyzicky zocelil, vrátil se ke své dřívější zálibě, horolezectví. Jeho hlavním cílem je co nejdříve dospět, aby se mohl oddělit od rodiny a samostatně žít.

Mapování rodinných vztahů: Štěpán mívá často strach se vrátit domů. Otec jej několikrát zbil, i na popud matky, která mu vyčítá fetování. S otcem se Štěpán baví, jen když sám začne. O otci Štěpán říká, že jím byl již jako malý zavržen, že chtěl jiného syna. Matku vnímá jako neústupnou a nerespektující jeho potřeby.

Během pobytu proběhla rodinná terapie, které se však účastnila pouze matka. V důsledku emoční subdeprivace je u Štěpána narušené sebepojetí. Neváží si sám sebe a to ovlivňuje jeho postoje k okolí. Má silnou potřebu být uznáván okolím, která může pramenit z neuznání a devalvace ze strany otce (viz. kapitola 4. 3. 2. Role otce, str. 63) Prognóza, která vyplývala z aktuální situace, poukazovala na to, že další fyzická a psychická agrese v rodinně je velmi pravděpodobná.

Vývoj po odchodu z oddělení (2004 – 2006): Štěpán pokračoval v navazujícím pobytu v odd. Cesta, kde byl jeden rok. Pak nastoupil na dálkové studium gymnázia a začal pracovat v obchodním domě. Opět obnovil své zájmy: horolezectví, pobyt v přírodě. Díky práci v obchodním domě se stal výdělečně činným a začal pracovat na osamostatnění se od rodiny. Stále žije s rodiči. Stabilizoval se vztah s matkou. Přesto, že nedošlo k výrazným změnám v rodinném prostředí a Štěpán je vystaven výše popsanému tlaku, nesmírně významnou skutečností je, že po celou sledovanou dobu nedošlo k selhání v souvislosti s abusem psychotropních látek.

Ondra – v době pobytu (rok 2004) 17 let.

Rodinná situace: Žije ve vesnici u Teplic v úplné rodině. Matka zdravotní sestra, otec podnikatel. Sestra užívala rok a půl pervitin a t.č. je v terapeutické komunitě. Atmosféru v rodině vnímá jako pohodovou. Občas se hádá s otcem, ale tyto hádky považuje za normální, přiměřené okolnostem.

Drogová kariéra: Primární droga pervitin. Poprvé dostal pervitin od strýce (třidvacetiletého), když mu bylo 12. Chtěl to zkusit ze zvědavosti. Později bral pervitin jako doping při judu. Teprve poslední rok před nástupem na oddělení začal užívat intravenosně. Celkem bral, s přestávkami, pět let. Do školy přitom chodil. Občas kouří marihuanu, zkusil kokain.

Díky dlouhodobému užívání se objevily psychické potíže, toxická psychóza, zvýšená citlivost.

Situace před nástupem na oddělení, očekávání: Ondra se učí na SOU stavebním, obor truhlář. Učební obor truhlář jej baví. V minulosti dělal závodně judo. Před nástupem byl na měsíčním pobytu na detoxifikační jednotce.

Jeho zakázka zní: „chci se vyléčit“, „přijít na jiné myšlenky“. Potřebuje hlavně klid, aby si to srovnal v hlavě. Zajímají ho pohybové aktivity, rád by využil nabídku oddělení – výuka základů horolezectví.

Mapování rodinných vztahů: Rodinné zázemí je stabilní. Oba rodiče se zúčastní rodinného sezení. Výchova dětí je záležitostí především matky, otec je zaneprázdněn díky podnikání. Během rodinného sezení plánují rodiče spolu s Ondrou opatření, která by zamezila tomu, aby opět začal brát drogy. Téměř ve všem, co naplánovali, se shodují: návrat do školy, zajištění práce, pokračování v horolezení. Otec si během jedné návštěvy s Ondrou „zaleze“. Otec Ondru přihlásí do horolezeckého oddílu.

Vývoj po odchodu z oddělení (2004 – 2006): Po celou dobu Ondra abstínuje. Naplnil všechna svoje očekávání, tzn.: dokončil učební obor truhlář a dále pokračuje nadstavbovým studiem ukončeným maturitou, pracuje, začíná být ekonomicky nezávislý na rodině, plně se věnuje horolezectví.

Veronika – v době pobytu (rok 2006) 17 let

Rodinná situace: Veronika bydlí s rodiči v malém městě. Matka pracuje jako dělnice, otec jako dělník. Má staršího bratra (19 let). Vztahy byly doma dobré před tím, než začala mít problémy na střední škole. Pak začaly hádky, hlavně s matkou.

Drogová kariéra: Primární droga pervitin – od patnácti let, posledního půl roku intravenózně. Cigarety začala kouřit ve třinácti letech. Marihuanu kouří od čtrnácti let. Alkohol pije od čtrnácti let.

Drogy má spojené se svým stylem života v posledních letech (návštěvy diskoték). Napětí vzniklé hádkami uvolňuje občas pomocí alkoholu.

Situace před nástupem na oddělení, očekávání: Po 9. třídě šla na SOU obor kadeřnice, učení jí nebavilo, měla 6 reparátů, problémy s mistrovou. Od prvního ročníku bere pervitin, na konci prvního ročníku ji vyhodili. Poté nastoupila na SOU obor prodavačka, z kterého záhy odešla. Před nástupem byla týden v Dětském a dorostovém detoxifikačním centru Pod Petřínem.

Je rozhodnutá přestat brát a věří si, že to dokáže. Ráda by našla profesní uplatnění, které by jí vyhovovalo.

Mapování rodinných vztahů: Veronika má oba rodiče moc ráda. Vztahy v rodině jsou až rigidně provázané, se širší rodinou se primární rodina nestýká. Když Veroniku něco trápí, svěří se spíše otci, máma je moc citlivá (matka se léčí s depresemi). S bratrem se vztah zlepšil po tom, co se šla Veronika léčit. Bratr se za ni styděl, když zjistil, že fetuje.

Oba rodiče spolupracují, účastní se rodinných setkání. Matka je velmi ochranná. Otec zaujímá spíše pasivní roli. V rodině většinou Veronika dostane vše, co si zamane. Rodiče jsou bezradní v tom, jak vést své dítě k tomu, aby plnilo nároky. Veronika se chová buď jako rozmazlené dítě, nebo jako nemohoucí dospělý. Nezná jasné a pevné rodičovské vedení. Rodiče se nejlépe cítí v ochranné roli, z které nechtějí ustoupit. Uzavírají tak kolem Veroniky neprostupnou ochrannou zeď, kterou lze narušit jen prostřednictvím asociálního života spojeného s užíváním drog.

Vzhledem k Veroničiným dispozicím – neurotické tendence, úzkost – je u ní nebezpečí rozvoje úzkostně depresivní poruchy, která je živnou půdou pro zneužívání stimulačních drog.

Vývoj po odchodu z oddělení (březen – červen 2006): Veronika nastoupila na prodloužený pobyt oddělení Cesta, kde začala rekvalifikaci, obor prodavačka v knihkupectví. Pravidelně navštěvovala Dětské a dorostové detoxifikační centrum Pod Petřínem, kde byla v předešlé péči. Zde byla odborně zamedikována ve snaze zmírnit její úzkostné stavy.

Během prodlouženého pobytu byl započat individuální program využívající kognitivně – behaviorální techniky s cílem naučit Veroniku jistěji se pohybovat v každodenních povinnostech, pokusit se zocelit, alespoň částečně její labilní přístup k běžným událostem.

Rodiče si vymínají neustálý kontakt s Veronikou. Denně jí telefonují. Veronika není schopna se přizpůsobit dohodnutým pravidlům. V soužití s ostatními klienty je hysterická až paranooidní. Rodiče si ji po měsíci berou zpět do rodiny.

Oddělení navštěvuje ambulantně za doprovodu rodičů. Ti současnou situaci hodnotí jako stabilizovanou.

Petr – v době pobytu (leden 2006) 17 let

Rodinná situace: Petr bydlí s mámou, bratrem (11 let) a nevlastním otcem v Českém Krumlově. Matka je zdravotní sestra, nevlastní otec instalatér, vlastní otec loutkař. Rodiče se rozvedli, když bylo Petrovi pět let. Máma nemá Petrova otce ráda, myslí si, že je pro něj jako vzor – kouří marihuanu. Vztah s mámou hodnotí jako hezký, s nevlastním otcem spíše jako špatný. Výchovu Petra ovlivňuje babička a děda, z matčiny strany. Poslední půlrok u prarodičů žil.

Drogová kariéra: Cigarety kouří od třinácti let, pravidelně kolem dvaceti denně. Marihuanu kouří od čtrnácti let., v posledních dvou letech pravidelně. Experimentoval s halucinogeny.

Drogy (hulení) spojuje s určitým stylem života.

Situace před nástupem na oddělení, očekávání: Střední integrovanou školu nedokončil, odešel po dvou měsících. Petr se často nevracel domů, kradl doma a v obchodech. Na oddělení nastoupil na popud matky a prarodičů.

Rád čte, hraje tři roky závodně šachy. Chtěl by urovnat narušené vztahy v rodině, nastoupit do školy, která by ho zajímala. Není ještě rozhodnutý k úplné abstinenci.

Mapování rodinných vztahů: Petr není spokojený v „nové“ rodině. Bydlí v rodině s nevlastním otcem pět let a od začátku se nemají rádi. V poslední době se hodně hádají kvůli Petrovu užívání drog. Občas ho nevlastní otec uhodí, ale nikdy ne bezdůvodně. Petr by se rád stýkal s vlastním otcem, ale ten je rodinou vnímán jako „černá ovce“ a Petrovi je kontakt s ním zakazován.

Rodinného setkání se účastní matka, nevlastní otec, babička a děda. Ukazuje se, že hlavní výchovnou iniciativu přebírá babička. Ta Petrovi naplánovala nové profesní zaměření – práce v ústavu pro handicapované. Za hlavní řešení Petrova problému považuje izolaci od původního sociálního prostředí a od vlivu vlastního otce. Nevlastní otec vnímá problematické chování Petra za jeho vlastní záležitost, kterou si musí vyřešit sám. Matka je s nevlastním otcem v koalici, chtějí uchránit funkční rodinný model, tzn. nevlastní otec, matka, mladší bratr. Proto matka přistupuje na nekompromisní řešení babičky. Petr přijímá řešení babičky, tzn., že bude přechodně bydlet u prarodičů daleko od vlastního otce, daleko od původního sociálního prostředí.

Vývoj po odchodu z oddělení (březen – červen 2006): Petr pracuje v Jedličkově ústavu pro postiženou mládež v Liberci. Zároveň absoluuje rekvalifikační kurz v oboru pečovatel. Rád by obnovil přerušovaný vztah s matkou. Byl doma u matky na návštěvě. Petrova prognóza je zatím nejasná. Jeho situace je stabilizována, abstinuje, pravidelně chodí do práce, vše se však děje pod přísným dohledem.

7. ZÁVĚR

V závěru navážeme na použité kasuistiky, které jsou ilustrací typologie rodin, žádajících o pomoc v oddělení Cesta. Zkušenosti, které byly inspirací pro tuto práci, jsou získané během mé devítileté praxe v tomto komunitním zařízení pro mladistvé uživatele drog. Přestože nejsou tyto zkušenosti podloženy výzkumem, dovolím si určitou sumarizaci.

Necelá třetina klientů oddělení Cesta prožila své dětství a mládí v poměrně stabilní rodině s oběma rodiči. Tito rodiče mají obvykle zájem o rodinné poradenství a spolupodílejí se na řešení drogového problému svého dítěte. Zbývající část klientů pochází z rozpadlých rodin, případně žijí v rodinách rekonstruovaných nebo v rodině, kde jeden z rodičů zemřel. Nabídku pomoci přijímá jen jeden rodič (většinou matky), výjimečně i prarodiče. Nevlastní otcové nebo noví partneři se na řešení drogového problému dospívajícího dítěte většinou účastní jen sporadicky.

Rodina jako nejdůležitější faktor sociálního prostředí může svou funkcí či dysfunkcí výrazně ovlivnit vznik, rozvoj a udržování drogové závislosti. Funguje jako systém, v němž je seberegulujícími mechanismy udržována rovnováha. Jedním z „narušitelů“ této rovnováhy může být dospívání dítěte, které v tomto období od postupné emancipace směřuje k úplnému osamostatnění od rodiny. Přejod z jedné vývojové fáze do druhé může být zátěžový jak pro dospívajícího, tak pro celý systém rodiny.

U značné části klientů oddělení Cesta by se dalo označit adolescentní moratorium za jeden z nevlivnějších faktorů jejich problémového užívání drog. Drogy a životní styl s nimi spojený se stávají určitým „akceleračním nástrojem“ separačního procesu dospívání. Záleží z velké části na rodině, jak toto zátěžové období spolu překlenou. Pokud má dospívající v rodině silnou emoční a sociální podporu, je podle mých zkušeností schopen překlenout drogový problém pouze s několika „šrámy“.

Přesto je třeba opět zdůraznit, že vznik drogové závislosti je jev multifaktoriální. Přes značnou podporu rodin někteří dospívající neopustí problémové užívání drog a jejich užívání přechází v syndrom závislosti. Za další vlivné faktory se považují: samotná návyková látka, osobnost jedince, sociální prostředí a aktuální podnět.

Tato práce se pokusila zmapovat nejen rodinné prostředí, z něhož problémoví uživatelé drog přicházejí, ale také zatím známé okolnosti jejich užívání a zneužívání.

V současné době je nejpoužívanějším přístupem model bio-psycho-sociálně-spirituální. Byl zde popsán současný stav poznání drogové závislosti ve vztahu k rodině a životním fázím, významným z hlediska popisovaných skutečností (zde konkrétně dospívání).

Je však nejen pravděpodobné, ale i logické, že toto poznání je nikdy nekončící proces, který by měl vést stále vpřed, nebo spíše hlouběji do této problematiky; hloubka jejího poznání se totiž nesmírně úzce dotýká nejen kvality života uživatelů návykových látek, ale mnohdy zachování jejich životů jako takových.

8. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BERGENET, J. *Toxikomanie a osobnost*. Praha: Victoria Publishing, 1995.
- BERNE, E. *Jak si lidé hrají*. Praha: Dialog, 1992.
- DOBIÁŠOVÁ, D. K čemu může být závislost dobrá? In *Konfrontace*. 10. ročník, č. 3, str. 3 – 4. Hradec Králové: 1999
- DRAPELA, V. *Přehled teorii osobnosti*. Praha: Portál, 1997.
- DUNOVSKÝ, J. a kol. *Sociální pediatrie*. Praha: Grada, 1999.
- ERIKSON, E. H. *Životní cyklus rozšířený a dokončený*. Praha: NLN, 1999.
- ERIKSON, E. H. *Dětství a společnost*. Praha: Argo, 2002.
- FROUZOVÁ, M. *Prevence, léčba a doléčování závislostí na drogách*. In: *Drogy ze všech stran (sborník přednášek)*. Praha: Filia, 1995.
- GJURIČOVÁ, Š; KUBIČKA, J. *Rodinná terapie. Systemické a narativní přístupy*. Praha: Grada, 2003.
- HAJNÝ, M.; KLOUČEK, E.; STUHLÍK, R *Akta Y. Drogový problém vs. rodina*. Praha: Votobia, 1999.
- JEDLIČKA, R.; KOŤA, J. *Aktuální problémy výchovy. Analýza a prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže*. Praha: Karolinum, 1998.
- JEDLIČKA, R.; KLÍMA, P.; KOŤA, J.; NĚMEC, J.; PILAŘ.J. *Děti a mládež v obtížných životních situacích*. Praha: Themis, 2005.
- KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003.
- KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003.
- KALINA, K. *Drogy v ordinaci praktického lékaře*. Praha: Filia, 1997.
- KAUFMANN – HUBEROVÁ, G. *Děti potřebují rituály*. Praha: Portál, 1998.
- KELUSOVÁ, Y. *Matka Davida S. narozeného 3. července 1959*. Praha: Panorama, 1988.
- KUDRLE, S. Psychopatologie závislosti kodepence. In *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003.

LANGMEIER, J. *Vývojová psychologie pro dětské lékaře*. Praha: Avicem, 1991.

MACEK, P. *Adolescence*. Praha: Portál, 2003

MATĚJČEK, Z. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. Praha: SPN, 1992.

MATĚJČEK, Z. *Co děti nejvíc potřebují*. Praha: Portál, 1994.

MATĚJČEK, Z.; DYTRYCH, Z. *Krizové situace v rodině*. Praha: Grada, 2002.

MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Slon, 2003.

MARHOULOVÁ, J.; NEŠPOR, K. *Alkoholice, fetišti a gambléři*. Praha: Empatie, 1995.

Mezinárodní kvalifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. (Přel. Z angl. orig.) Praha, Psychiatrické centrum 1992. 282 s. – „Zprávy“ č 102.

MILLEROVÁ, A. *Dětství je drama*. Praha: NLN s.r.o, 1995.

NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, 2000.

NEŠPOR, K.; CSÉNY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti*. Praha: Sportpropag, 1994.

NEŠPOR, K.; CZÉNMY, L. *Léčba a prevence závislostí*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996.

NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost. Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál, 2000.

PELIKÁN, J. *Pomáhat být. Otevřené otázky teorie provázející výchovy*. Praha: Karolinum, 2002.

PIAGET, J.; INHELDEROVÁ, B. *Psychologie dítěte*. Praha: Portál, 1997.

PÓTHE, P. *Dítě v ohrožení*. Praha: G+G, 1996.

PRAŠKO, J. *Jak se zbavit napětí, stresu a úzkosti*. Praha: Grada Publishing, 2003.

PREKOPOVÁ, J. *Malý tyran*. Praha: Portál, 1993.

PREKOPOVÁ, J.; SCHVEIZEROVÁ, CH. *Děti jsou hosté, kteří hledají cestu*. Praha: Portál, 1993.

PRESL, J. *Drogová závislost. Může to být i vaše dítě*. Praha: Maxdorf, 1995.

- ŘÍČAN, P.; KREJČOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada, 1997.
- ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. Praha: Panorama, 1989.
- RIEGER, Z.; VYHNÁLKOVÁ, H. *Ostrov rodiny. Integrovaný přístup pro práci s rodinou. Příručka pro odborníky*. Hradec Králové: Konfrontace, 2001.
- RODGERS, F. a kol. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing, 1999.
- SATIROVÁ, V. *Model růstu. Za hranice rodinné terapie*. Brno: Cesta, 2005.
- SATIROVÁ, V. *Kniha o rodině*. Praha: PRÁH, 1994.
- SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicium, 1987.
- STIBUREK, M.; FROUZOVÁ, M.; TRÁVNÍČKOVÁ, I.; TYRLÍK, M. *Drogy ze všech stran*. Praha: Filia, 1995.
- ŠULCOVÁ, J. *Jak učit výchovu k rodičovství a k manželství*. Praha: Grada Publishing, 1995.
- ŠIKL, J. Vývoj, zrání a závislost. In *Konfrontace*. 7. ročník, č. 4, str. 13 – 20. Hradec Králové, 1996.
- TRAPKOVÁ, L.; CHVÁL, V. *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál, 2000.
- URBAN, E. *Toxikomanie*. Praha: Avicium, 1973.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: Dětství, dospělost, stáří*. Praha : Portál, 2000.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2002.
- VOTAVOVÁ, M.; SCHMIDT, V.; SPURNÝ, P.; ŠKRAMOVSKÝ, I. *Prevence a terapie drogových závislostí*. Pracovní materiál. Praha: Ministerstvo obrany, 1995.
- VOTAVOVÁ, M. Matky problémových uživatelů drog. In *Konfrontace*. 12. ročník, č. 3, str. 120 – 122. Hradec Králové, 2001.
- YABLONSKY, L. *Otcové & synové*. Praha: Portál, 1995.
- YOUCA, L.; SEIXAS, J. S. *Druha, Alkohol And your Children*. New York: Crown Publisher, 1989.

6. PŘÍLOHA

ROZDĚLENÍ PSYCHOTROPNÍCH LÁTEK, KTERÉ JSOU ZNEUŽÍVÁNY MLADISTVÝMI :

V každé části jsem vždy připojil stručný komentář, k jednomu typickému zástupci z jednotlivé skupiny.

NEALKOHOLOVÉ DROGY

Opiátové látky:

K zneužívaným látkám této skupiny patří heroin, opium, Dolsin, kodein, morfin. „Český heroin“ se nazývá „braun“ a jeho účinky jsou s heroinem srovnatelné. Je podomácku vyráběn z léků obsahujících kodein. Po devadesátém roce, kdy se naše republika otevřela světovému („černému“) trhu, je značně vytlačován heroinem.

Heroin je ze skupiny opiátových drog mladistvými nejčastěji zneužívanou látkou, proto mu bude v této kapitole věnována větší pozornost. Je typickým představitelem této skupiny a jeho účinky i zdravotní rizika popsána níže se víceméně shodují s ostatními opiátovými drogami. Jeho cena na „černém trhu“ měla na počátku 90. let nejprve „zaváděcí“, cenově dostupnou taxu. V současnosti, po vytvoření určité „klientely“, se srovnala se světovými cenami.

Proč může být užívání heroinu pro mladistvého tak velkým rizikem? Člověk v dospívání zažívá období experimentování. Ve většině případů, kdy mladí lidé berou drogy, jde o fázi experimentování. Po uplynutí této vývojové (přechodné) fáze dokáže většinou mladý člověk opustit model mladého uživatele. Toto však neplatí u drog, jako je heroin, na kterých v krátkém období vzniká silná závislost spojená se zdravotními problémy. Pro mladého člověka je vystoupení z bludného toxikomanického kruhu bez odborné pomoci prakticky nemožné.

Účinky: závisí na čistotě látky, na dřívějších zkušenostech a způsobu aplikace. Opiáty navozují příjemný pocit blaha a uvolnění, lhostejnost k problémům běžného života. Omamné účinky mohou přerůst až do stavu úniku ze skutečnosti. Účinky však mohou mít

podobu neklidu vyvolaného návaly horka a zimy, nevolností a zvracením. Při I.V. aplikaci se účinek projevuje téměř okamžitě. Doba působení je zhruba 6 hodin.

Model závislého užívání spojeného s abstinenčními příznaky se neuskutečňuje hned v počátcích užívání. S ohledem na frekvenci aplikace se utváří v horizontu několika měsíců. I z tohoto důvodu jsou opiátové látky nebezpečné pro mladistvé. V horizontu několika měsíců či jednoho roku nedokáže mladistvý objektivně nahlédnout svůj aktuální stav a často se domnívá, že má celou situaci stále pod kontrolou.

Způsob užívání: opiáty lze upravit většinou tak, že se dají šňupat, kouřit (tzv. kouření přes alobal), polykat nebo vpichovat. U nás je nejrozšířenější způsob aplikace právě ten nejrizikovější – jehlou. Nehygienické používání stříkaček a jehel vede k různým infekcím, zánětům končetin, otravě krve apod. Největší riziko představuje virus HIV a infekční onemocnění hepatitidou.

Rizika: Jednorázové užití je spojeno zejména s rizikem předávkování. Určení kvality látky v pouličním preparátu a znalost vlastní snášenlivosti je obtížné. Na heroin (i jiné opiáty) se vytváří velmi silná fyzická i psychická závislost a výrazně roste potřeba zvyšovat dávky, tedy zvyšování tolerance. Abstinenční příznaky zahrnují zvracení, průjem, horečku, bolesti kloubů, úbytek na váze a celkové vyčerpání organismu. Způsob života toxikomanů je spojený s kriminální činností. Dlouhodobé užívání vede k celkové devastaci osobnosti.

Stimulační látky

Do této skupiny patří mnoho látek. Jsou jimi pervitin (metamfetamin), amfetamin, efedrin, Fermetrazin, Dexfermetrazin, kokain a jeho koncentrát „crack“. Budivý účinek má i řada tradičních látek jako je káva či čaj. Intenzita působení a rizika poškození jsou však rozdílné. Stimulační látky zvyšují výkonnost organismu působením na centrální nervový systém.

Vzhledem k vysoké ceně není u nás kokain typická droga dospívajících. Nejčastěji zneužívaný je pervitin a tzv. „taneční droga“ extáze, která, co se týče zařazení, se pohybuje v kategorii látek stimulačních i halucinogenů. Ze skupiny stimulačních látek si u nás získal neblahou popularitu nejvíce pervitin. Další řádky jsou proto věnovány pervitinu jako typicky českému zástupci stimulačních látek.

Pervitin lze také nazvat „sociální drogou“. Mladí lidé jej především v počátcích užívají v závislosti na prostředí (kluby, taneční párty), době (víkendové užívání) a referenční skupině (vrstevnické partě). Pod vlivem drogy může být člověk nebezpečný sobě i druhým. Na rozdíl od heroínu může být zde pro mladého člověka snadnější vystoupit z bludného toxikomanického kruhu, pokud změní své chování a sociální prostředí. Průvodním jevem spojeným s užíváním pervitinu je toxická psychóza. Uživatel zažívá nepříjemné psychické stavy často spojené s halucinacemi (tzv. stíhy).

Účinky: vyhledávaným účinkem je zejména zvýšení psychické a fyzické výkonnosti, překonání únavy, pocit radosti, zvýšený pocit sebevědomí, při intoxikaci se mohou dostavit i halucinace. Je snížena potřeba spánku a potravy. Účinek je ovlivněn množstvím užití látky, předchozími zkušenostmi s drogou, případně kombinací s jinými látkami (např. tlumivé léky, heroin).

Způsob užívání: různými úpravami lze stimulační drogy připravit tak, že se dají užívat injekčně, šňupat nebo kouřit.

Rizika: na stimulační drogy se vytváří velmi silná psychická závislost. Není výrazná potřeba zvyšovat dávky jako u heroínu, ale droga je přijímána v častějších intervalech. Dlouhodobé užívání vede ke vzniku duševních poruch (deprese, suicid. tendence, strach, pocity pronásledování). Po opakovaném užívání je organismus zcela vyčerpán a dochází k výraznému hubnutí. Často tento efekt využívají mladiství s podezřením na mentální anorexii.

Používání drogy intravenózně nesterilními jehlami má za následek riziko přenosu infekčních chorob včetně HIV. Vysoké dávky mohou přivodit selhání srdeční činnosti.

Halucinogeny:

Do této skupiny patří látky vyvolávající v průběhu akutní intoxikace halucinace. Tyto látky mají přírodní nebo syntetický původ. Do první skupiny patří různé druhy hub a rostlin s halucinogenními účinky – např. Psilocibe mexikana, nebo Psylocibe bohemika (lysohlávka), durman atd. Do druhé skupiny patří *LSD*, *MDMA* nazývaná *extáze* a další.

Halucinogeny nevyvolávají tělesnou závislost, největší rizika se týkají duševního zdraví a nebezpečného jednání pod vlivem drogy. Tento typ drogy preferují mladiství, kteří v období experimentace hledají jakýsi introspektivní vhled. Často tyto drogy mají ve

vrstevnických subkulturách i rituální charakter. To platilo o LSD v období 60.let v hnutí hippies. Dnes má podobný rituální charakter *extáze*, která je primární drogou taneční a techno scény.

LSD: je nejznámější drogou ve skupině halucinogenů. Díky razantnímu účinku působí velmi malé množství (řádově desítky mikrogramů).

Účinky: účinky závisí na požitém množství, dřívější zkušenosti s drogou, okolnostmi, za kterých se droga bere. Užití drogy značně zintenzivňuje smyslové vnímání, které je doprovázeno zvýšením fantazie a halucinacemi (zrakovými i sluchovými). Přibližně do půl hodiny se dostaví první účinky, které trvají 6 i více hodin.

Způsob užívání: nejčastěji ústy.

Rizika: nevypočitatelný efekt působení, možnost vzniku úzkostných a depresivních stavů při intoxikaci, ze kterých se jakoby není možné vrátit do původního stavu tzv. bad trip. Nebezpečí rozvoje skryté duševní choroby, úrazy během intoxikace. Tzv. flash – back, což je částečné znovuprožití intoxikace za několik dnů i měsíců, aniž by byla droga v danou chvíli užita.

Kanabinoidy:

Marihuana a hašiš jsou přírodní látky pocházející z indického konopí, což je druh tvrdé trávy původně rostoucí v tropickém a suchém prostředí, který se však může pěstovat téměř všude. Marihuana obsahuje THC, které má omamné účinky. Hašiš - pryskyřice získaná z konopí – je šestkrát silnější než marihuana.

Marihuana a hašiš jsou dnes mezi mládeží nejužívanější nealkoholovou drogou, a to jak díky snadné dostupnosti, určité módnosti, tak i tím, že rizika poškození jsou menší než u tzv. tvrdých drog. V mé praxi se mi však potvrzuje, že rizika spojená s užíváním kanabinoidů nelze podceňovat. Časté užívání může způsobit zdravotní i sociální problémy i pro mladistvého uživatele v mnohdy ne příliš dlouhém časovém horizontu.

Často je marihuana chápána jako vstupní droga pro tvrdé drogy. Jde však pouze o špatnou interpretaci statistických dat. Většina uživatelů tvrdých drog, kteří kontaktují odborná zařízení uvádějí marihuanu a hašiš jako jednu z prvních návykových látek (vedle tabáku a alkoholu). Již z prostého pohledu na množství mladých lidí, kteří s touto látkou experimentují, je zřejmé, že její užívání nevede nutně k přechodu na tvrdé drogy.

Účinky: se mohou značně lišit a závisí na množství, typu výsledných produktů konopí a na způsobu konzumace. Dále závisí na osobnosti uživatele, na okolnostech i na tom, co člověk od užití drogy očekává. Po požití je subjektivně vnímán pocit radosti, smích, výřečnost a zvýšené smyslové vnímání s měnícími se sluchovými, čichovými, chuťovými aj. vjemy. U některých lidí však takové prožívání zcela chybí a může se dostavit nevolnost, závratě a pocit úzkosti.

Způsob užívání: nejčastěji kouřením – cigarety, dýmky. Méně obvyklé je užívání jako součást příměsí jídel nebo v podobě čaje.

Rizika: i krátkodobé užívání má určitá rizika: úrazy nebo dopravní nehody ve chvíli užití drogy, mohou se dostavit deprese, strach.

Dlouhodobé užívání vyvolává motivační syndrom: lhostejnost, apatii, sníženou schopnost soustředění, nechť řešit problémy, změny nálad apod. Je oslabena obranyschopnost organismu, u dívek se objevují poruchy menstruačního cyklu. Závislost není při vynechání pravidelné dávky provázena fyzickými příznaky jako např. u heroinu, mj. proto, že účinná látka se hromadí a zůstává v těle i po dobu několika měsíců. Po dlouhodobém užívání se však může vytvořit psychická závislost.

Organická rozpouštědla:

Organická rozpouštědla jsou velmi nebezpečná. Nejvíce zneužívanou látkou je toluen. Do skupiny těkavých látek, které se zneužívají čicháním výparů dále patří chemikálie jako jsou různá lepidla, čisticí, laky nebo barvy obsahující rozpouštědla. Ve většině případů jde o látky zneužívané nejmladší věkovou kategorií ve věku kolem 15. let.

Toluen je většinou drogou asociální mládeže z prostředí opuštěných objektů či kanálů. Je mnohdy přezdívan drogou hloupých, protože v poměrně malém časovém horizontu způsobuje nevratná poškození mozku. I zde podobně jako u heroinu hrozí určité riziko nevratnosti zdravotního poškození.

Účinky: jsou závislé na dřívějších zkušenostech, podmínkách, za kterých se látka používá, na jejím typu i na tom, je-li v dané chvíli kombinovaná např. s alkoholem nebo jinými drogami. Toluen vyvolává pocity euforie, rozvoj fantazie a snění, uvolnění a spánek. Může se však dostavit nevolnost, křeče a může dojít i ke ztrátě vědomí.

Způsob užívání: vdechování nosem i ústy. Nejčastěji polítí hadru nebo nalít do sáčku, odkud je pak látka vdechována.

Rizika: možnost předávkování a smrtelné otravy (srdeční poruchy, udušení) i při prvních experimentech. Po delší době dochází k poškození jater, krvetvorby i mozku. Projevuje se výrazná únava a ztráta zájmů. Velkým rizikem je fakt, že mladiství rozpouštědla užívají na odlehlých místech a v uzavřených prostorech. Jestliže mladistvý upadne do bezvědomí a zůstane v prostředí přesyceném rozpouštědly, hrozí smrtelná otrava.

Sedativa a hypnotika:

Do této skupiny patří velké množství léků určených na uklidnění a spaní. Škodlivé užívání těchto látek není zcela typické pro dospívání (tyto látky byly zneužívány mladistvými více před rokem 89, později vytlačeny P a H). Časté je ale jejich kombinování s látkami jiných skupin. Je to např. užívání rohypnolu jako prostředku utlumujícího abstinenci příznaky.

Tyto látky mají však vedlejší účinky a mohou vyvolat návyk.

Účinky: způsobují uklidnění, navozují spánek. Při požití se zpomalí řeč, člověk působí dojem opilého, poruchy myšlení, orientace, bolesti hlavy.

Způsob užívání: ústy.

Rizika: při dlouhodobém užívání může vznikat návyk. Po požití většího množství může dojít k předávkování až k smrtelné otravě.

Alkohol:

Alkohol a tabákové výrobky jsou společností tolerované drogy. Na rozdíl od nealkoholových drog (stimulační nebo opiátové skupiny) probíhá přechod od škodlivého užívání k závislosti na alkoholu většinou poměrně nenápadně. Z tohoto důvodu je nadměrné užívání alkoholu u mladistvých často tolerováno nebo podceňováno. Alkohol je pro děti a mladistvé mnohem nebezpečnější nežli pro dospělé. Společnost se po roce 90. soustředila na nebezpečné užívání nealkoholových nelegálních drog. Užívání alkoholu mladistvými je však „časovanou bombou“.

Podle mé zkušenosti, kterou jsem získal na stáži v nemocnici Pod Petřínem na detoxifikační jednotce, jsou dnes často hospitalizováni mladiství klienti, kteří splňují kritéria, jevy, pro diagnostikování závislosti na alkoholu.

Účinky: závisí na množství, typu (kolik % alkoholu nápoj obsahuje) a způsobu užití alkoholického nápoje. „ Na výsledném bezprostředním efektu (projevech chování) se podílejí vedle biologických (osobní dispozice, kondice, zdravotní stav) také psychologické vlivy (anticipace účinku, očekávaný efekt) a vlivy sociální (působení prostředí, ve kterém dochází k pití, včetně působení společnosti, dalších osob)“. (Popov, 2002)

Intoxikace CNS alkoholem se většinou projevuje jako nekomplikovaná opilost. Na začátku konzumace působí alkohol stimulačně (zlepšení nálady a sebevědomí, mnohmluvnost), v průběhu další konzumace může docházet k emočním výkyvům, mnohdy k agresivitě. Při déle trvající konzumaci dochází k útlumu. Objevuje se únava, spánek, případně bezvědomí a dochází k otravě alkoholem.

Způsob užívání: ústy.

Rizika: Jak již bylo řečeno konzumace alkoholu je u mladistvých často tolerována. Nebezpečí tkví v tom, že u dospívajících prakticky nelze poznat, kdy jde o experimentování a kdy o nebezpečné zneužívání alkoholu, které se v pozdější době mění v závislé užívání.

Ohrožení jsou dále somatického charakteru. Ať je to při akutní intoxikaci nebo při otravě alkoholem a nebo následkem častého užívání. Nedospělý organismus je značně ohrožen jaterními nemocemi (játra nejsou schopna odbourávat alkohol v takové míře jako u dospělých), onemocněním trávicího ústrojí, onemocněním nervového systému.

Anotace:

Práce definuje základní pojmy týkající se tématu závislostí a vymezuje je vzhledem k rodině a vývojové fázi dospívání. V druhé kapitole zkoumá možné faktory vedoucí k drogové závislosti, ve třetí pak odlišuje rodinu funkční a dysfunkční a konkretizuje jednotlivá časová období, rozdělení rolí a možné scénáře počátků, rozvoje a plného propuknutí závislosti vzhledem ke vztahům v rodině a rolím v „rodinném dramatu“. Čtvrtá kapitola nastiňuje okolnosti, možnosti a mantinely rodinné terapie a shrnuje hlavní odborné přístupy k léčení drogově závislých.

