

MASARYKOVA UNIVERZITA
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Katedra speciální pedagogiky

**Vliv závislostního chování na vztahy
klientů diagnostického ústavu**

Diplomová práce
Brno 2019

Vypracovala: Bc. Zuzana Štorková
Vedoucí práce: doc. MUDr. Petr Kachlík, Ph.D.

Prohlášení

„Prohlašuji, že jsem závěrečnou diplomovou práci vypracovala samostatně, s využitím pouze citovaných pramenů, dalších informací a zdrojů v souladu s Disciplinárním řádem pro studenty Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity a se zákonem č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů.“

V Brně dne 30. 3. 2019

.....
Bc. Zuzana Štorková

Poděkování

Chtěla bych poděkovat panu doc. MUDr. Petrovi Kachlíkovi, Ph.D. za vedení mé diplomové práce a za cenné rady a ochotu mi kdykoliv pomoci.

Obsah

Úvod.....	5
1 Vymezení základních pojmů.....	7
1. 1 Sociální patologie, sociální deviace a porucha chování	7
1. 2 Závislostní chování.....	13
1. 3 Dítě v období adolescence.....	18
1. 4 Rodina	24
2 Projevy a detekce závislostního chování.....	29
2. 1 Počátek rozvoje závislosti	29
2. 2 Detekce závislostního chování	31
2. 3 Typy závislostního chování.....	32
3 Prevence rozvoje závislosti na návykových látkách a léčba závislosti.....	52
3. 1 Prevence drogové závislosti	52
3. 2 Léčba drogové závislosti	54
3. 3 Ústavní a ochranná výchova.....	58
4 Vliv závislostního chování na vztahy klientů diagnostického ústavu.....	64
4. 1 Metodologie výzkumného šetření	64
4. 2 Presentace výsledků výzkumného šetření	69
4. 3 Odpovědi na výzkumné otázky	96
4. 4 Speciálně pedagogická doporučení	99
Závěr	101
Resumé.....	103
Summary	104
Použité tištěné a internetové zdroje.....	105
Seznam tabulek	109
Seznam příloh.....	110

Úvod

Dle mého názoru o zneužívání návykových látek mladistvými společnost podvědomě ví, ale většina lidí si vůbec takovou situaci neumí představit a myslí si, že jejich děti se to netýká, ale k návykovým látkám se může dostat v podstatě kdokoli a k vytvoření závislosti už stačí jen malý krůček.

Jedinci během dospívání jsou velmi ohroženou skupinou. Jejich tělo a emoce se rychle mění a mnozí testují a zkoušejí, co si mohou dovolit, kam až sahají jejich hranice, které ale většinou neberou jako překážku a často zapomínají na svoje zdraví. Ještě nemají zafixované hodnoty o tom, co je správné a co ne. Tohle vše je potřeba dětí během dospívání naučit anebo na to musí přijít samy.

Dítě je od malička formováno vlivy, které na něho nějak působí a spoluutvářejí jeho osobnost, a to buď kladně nebo negativně. Člověk se učí nápodobou od druhého, a to co se naučí během dětství a dospívání, přenáší do svého chování v dospělosti. V raném dětství je dítě nejvíce utvářeno komunitou, ze které pochází a rodinou a jejími členy. Fungující rodina je proto základem pro získání mnoha zkušeností, které jedinec poté využije ve svém životě. Poté na řadu přichází vzdělávací instituce jako školka a následně škola, které mají také nemalý vliv na jedince. Člověk se dostává do kontaktu s ostatními vrstevníky a dalšími autoritami v podobě učitelů. Ve školním období tedy velmi záleží na tom, jaké kamarády si člověk najde a s jakou partou začne trávit volný čas. Dospívající jedinci berou velmi vážně názory svých vrstevníků a nedochází jim, že některé tyto názory nemusí být úplně správné a nejlepší pro jejich zdraví. Najde-li si jedinec partu dětí, které už experimentují s návykovými látkami je jen otázkou času, kdy návykovou látku sám také vyzkouší, ať už z důvodů donucení, nebo proto, že se samo bude chtít partě vyrovnat, aby nevybočoval z kolektivu.

V začátcích experimentování s návykovou látkou se prvně vyskytuje alkohol a následně tabák. Tyto látky jsou často označovány jako průchozí návykové látky. Jedinci, kteří chtějí zkoušet stále něco nového, a nestačí jim experimentování s legálními drogami, přechází k drogám nelegálním. První látkou z této kategorie bývá nejčastěji marihuana a dále se stále více do popředí dostává pervitin. Jedinci si v začátcích svého užívání vůbec neuvědomují, jaké to může mít následky v jejich životě, ať už zdravotní či sociální. Až posléze zjišťují, že přestat není tak snadné, jak si zprvu mysleli.

V této chvíli už je potřeba pomoc ze strany okolí a pokud na to nestačí rodina sama, přichází na řadu odborníci. Často dochází k umístění dítěte do zařízení výkonu ústavní výchovy, zejména střediska výchovné péče nebo diagnostického ústavu. Zde je potřeba přesně vymezit problémovou situaci u dítěte a najít cesty k perspektivní budoucnosti.

1 Vymezení základních pojmů

1.1 Sociální patologie, sociální deviace a porucha chování

Během posledních let jsme si mohli povšimnout značného nárůstu jevů, které definujeme jako sociálně patologické. Jedná se o různorodou skupinu jevů, jež vnímáme z pohledu společenského hodnocení jako nechtěné, nežádoucí nebo také nepřijatelné. Každému takovému jevu je přisouzena určitá míra společenské nebezpečnosti. Čím vyšší je tato míra společenské nebezpečnosti, tím více se to společnost snaží řešit. Mezi sociálně patologické jevy řadíme například závislostní chování, delikvenci, kriminalitu, organizovaný zločin apod. S otázkami na řešení těchto problémů se nesetkáváme jen v České republice, ale jedná se o celosvětově závažné otázky. Pokud by současný trend ve vývoji těchto nežádoucích jevů pokračoval jak v míře kvantitativní, tak i kvalitativní, byla by ohrožena celá společnost, její vývoj a jednotlivci, kteří v této společnosti žijí (Fischer, S., Škoda, J., 2014).

Sociální patologie (z lat. *pathos* – utrpení, choroba) je označení pro nezdravé, nenormální a obecně nežádoucí jevy ve společnosti neboli takové deviantní chování, které je pro společnost nebezpečné a zároveň negativně hodnocené sankcemi a zároveň je sociální patologie pojmem, který zahrnuje studium příčin vzniku tohoto deviantního chování a jeho existence. Autorem tohoto pojmu je Herbert Spencer, který tím chtěl popsat rozdíl mezi patologií sociální a biologickou (Mühlpachr, P., 2001).

V současnosti je pojem „sociální patologie“ někdy nahrazován pojmem „sociální deviace“ nebo „sociální dezorganizace“. Pojmy se však od sebe navzájem liší. Jevy, které jsou označeny jako deviantní, nemusíme shledávat vždy jako patologické. Sociálně patologické jevy jsou společností a jednotlivci vnímané jako negativní a tedy nechtěné, což u deviantních jevů tak být nemusí. Proto je důležité tyto pojmy správně rozlišovat (Fischer, S., Škoda, J., 2014).

Sociální deviace (z lat. *deviatio* – odchylka, úchylka) je charakterizována jako způsob jednání, jež není shodné se společenskou normou, která je přijímána většinou populací. Za sociální deviaci se tedy považuje jakákoli odlišnost od sociální normy. Tedy nejen takové normy, jejichž porušení může být morálně či právně sankcionováno (Fischer, S., Škoda, J., 2014). Pojem „sociální deviace“ je velice obsáhlý, jelikož přesně neuvádí konkrétní normu, od které se chování jedince odchyluje. Dále je pojem neutrální, protože

ani neurčuje, zda odchylka od normy směřuje k pozitivnímu chování či negativnímu. A také nepopisuje, zda je konkrétní deviantní chování dobré či špatné, tudíž je emocionálně nezaujatý (Mühlpachr, P., 2008).

Sociální patologie a sociální deviace jsou velmi relativní jevy. V životě je normální, že se denně stáváme pozorovateli porušování různých norem a někdy je porušujeme i my sami. Je důležité si uvědomit, že není a ani nemůže být žádná sociální norma dodržována stejně, protože každý jedinec je jiný. Proto můžeme v každém sociálním prostředí najít nepsaný toleranční limit, který se proměňuje v čase a z pohledu aktuální úrovně sociokulturního poznání dané společnosti. Různorodé skupiny, jednotlivé společenské subkultury a jednotlivci se od sebe liší tím, že mají jiné vzorce chování, které spadají do uvedeného limitu tolerance. Toleranční limit bychom tedy mohli definovat jako míru odlišnosti snášenlivosti k chování a zachování norem dalšími jednotlivci (Fischer, S., Škoda, J., 2014).

Na sociální dezorganizaci je nazíráno jako na porušení nebo úplný rozklad systému norem ve společnosti. Jedná se tedy o určitý stupeň v průběhu organizace a reorganizace města, kde chybí společné porozumění a shoda v názorech. Sociální vazby jsou rozbité, nestabilní a anonymní. Ze života se vytrácí pocit sousedství a lidé se uchylují k pocitu deprivace (Munková, G., 2001).

Existuje několik pohledů, jak nahlížet na sociální patologii a deviaci. Ty spadají do několika odvětví vědních oborů, které se však společně v různé míře podílejí na řešení problematiky sociálně patologických jevů. Patří sem zejména sociologie a psychologie (tedy především jejich dílčí disciplíny, jako je sociální psychologie a psychopatologie). Další průzkum a možná řešení se také týkají medicínských a právních oborů (Fischer, S., Škoda, J., 2014). V sociální patologii se objevily tyto následující pohledy:

Absolutistický pohled

Tento pohled se vyznačuje názorem, že pro všechny členy společnosti platí absolutně jednoznačné a srozumitelné sociální normy, a pokud se někdo nechová podle nich a dopouští se odlišného chování, je toto chování označeno jako deviantní a jedinec deviantem a společnost má právo i povinnost se k němu takto chovat, to znamená kontrolovat ho, soudit a také trestat. Jedná se tedy o pohled extrémní, kdy tyto normy a pravidla neplatí jen v jedné společnosti, ale vztahují se na všechny společnosti, a tedy nezáleží na sociálním kontextu, ve kterém se deviantní akt odehrál, stále bude považován za akt deviantní (Fischer, S., Škoda, J., 2014; Mühlpachr, P., 2001).

Moralizující pohled

Podle tohoto pohledu lze rozdělit společnost a lidi v ní na dvě rozdílné skupiny. Jednou z nich jsou morální nedevianti, kteří vždy dodržují stanovená pravidla a normy společnosti, kdežto druhá skupina nemorálních deviantů má pouze přisouzenou příslušnost k této skupině ze strany společnosti. Podle té se jedná o asociální jedince, u nichž je nemorálnost jejich vrozenou dispozicí (Fischer, S., Škoda, J., 2014).

Medicínský pohled

Tento pohled našel své místo i v současné literatuře v oblasti sociální patologie. Deviantní chování, které se ve společnosti vyskytuje, je podle medicínského pohledu příznakem nemoci společnosti. Deviace je tedy vnímána jako nemoc a produkt nesouladu mezi jednotlivými složkami sociálního systému (Fischer, S., Škoda, J., 2014).

Statistický pohled

Statistický pohled se od předchozích pohledů na sociální patologii odlišuje tím, že není absolutistický (Mühlpachr, P., 2001). Je charakteristický především pro ty vědní disciplíny, které dávají přednost empirickému výzkumu (tedy výzkumu na základě zkušenosti) a zároveň dávají více důrazu na kvantitativní rozbor před kvalitativním. Deviací je tedy označováno chování, které je atypické a vzdálené od průměru (Fischer, S., Škoda, J., 2014). Proto by v určitém ohledu mohl být deviantem každý člověk, protože každou odchylku od statistické normy můžeme nazývat deviací (Mühlpachr, P., 2001). Mezi nedostatky tohoto pohledu patří nezohlednění sociálního kontextu, v němž se deviace odehrává, dále nebere v potaz interpersonální reakce, společenské standardy či mínění veřejnosti a také nebere do úvahy ani varianty přinucení ke konformitě, tedy přizpůsobení se (Fischer, S., Škoda, J., 2014; Průcha, J., 2013).

Relativistický pohled

Současným pohledem je pohled relativistický, jenž se od tradičních pohledů liší názorem, že lze stylům chování, kulturním symbolům a ostatním sociálním produktům porozumět jenom v souvislosti té kultury či společnosti, jejíž jsou organickou součástí. Deviací a patologii tak můžeme posuzovat jen z hlediska toho příslušného sociokulturního prostředí, v němž se odehrála. Tento pohled se snaží vyhnout všem problémům a úskalím, jež přinesly předešlé pohledy. To znamená, že se na deviantní chování snaží dívat jako na chování, které jako deviantní můžeme nazvat v jednom

kontextu, ale ve druhém kontextu může být zcela konformní. Jednání, které jedna společnost označuje za škodlivé a nežádoucí, může druhá společnost vysoce hodnotit (Fischer, S., Škoda, J., 2014).

Porucha chování

Abychom dokázali správně pochopit situaci, v níž se nachází dítě s poruchou chování, je důležité vymezení definice poruchy chování. Od 60. do 70. let 20. století se v literatuře objevilo mnoho takových definic. Nejvíce se v té době však rozšířila americká Bowerova definice, v níž je popsáno pět charakteristik jedince s poruchou chování a emocí (Vojtová, V., 2013).

Bower tvrdí, že o poruchu chování se jedná v případě, když se u jedince dlouhodobě projevuje alespoň jedna nebo více z autorových pěti charakteristik. Řadí mezi ně:

1. Neschopnost jedince se učit, avšak intelekt, duševní nebo zdravotní stav na to nemají žádný vliv. Je to možná jedna z nejdůležitějších definic dětí, které trpí potížemi v emocionální oblasti. Projevem tohoto stavu může být neschopnost jedince učit se ze svých zkušeností nebo neschopnost zvládnout dovednosti. Zároveň se tomuto dítěti, které není schopné se učit, zřídka dostane nějakého uznání. Výkonové testy často potvrdí to, co učitel již dlouho tušil. Pokud byly vyloučeny všechny možné hlavní příčiny tohoto stavu, stávají se příčinami emoční konflikty nebo vzdorovité chování.
2. Neschopnost navazovat a udržet si uspokojivé vazby s vrstevníky a s učiteli. Jestliže je jedinec schopen mít uspokojivé mezilidské vztahy, znamená to, že dokáže prokázat soucit a vřelost vůči druhým lidem, vytvořit si blízké přátele, mít radost z práce a hrát si s ostatními, a také se na práci těšit a hrát si podle sebe. Děti, jež nejsou schopny navázat anebo udržet uspokojivé mezilidské vztahy, jsou pak ve většině případů mezi svými vrstevníky nejnápadnější a vyčnívají z kolektivu. Mnoho takových dětí pak bývá identifikováno učiteli.
3. Nevhodné způsoby chování a emocí v běžných podmínkách. Nepřiměřenost v chování nebo emocích často zpozorují učitelé a vrstevníci. Tyto děti jsou totiž nápadné pro ostatní vrstevníky svým chováním a upozorňují tak na sebe. Někteří vrstevníci vnímají jejich chování jako směšné či zvláštní atd.

Vyučující si ve své třídě může povšimnout i takových dětí, které reagují neadekvátně na jednoduchý pokyn (například: „Prosím, posadte se.“) Učitel tak díky svému dennímu a dlouhodobému pozorování dítěte, zkušenostem při práci s žáky a interakcí s nimi či s využitím zkušeností z profesionálního školení může rozpoznat, co je vhodné a co naopak nevhodné chování.

4. Celkové negativní naladění jedince, výrazné pocity neštěstí a deprese. Děti, jež bývají většinu času nešťastné, mohou toto svoje ladění dát určitým způsobem najevo, například prostřednictvím uměleckého díla (př. kresby), nebo literárního díla (což může být například báseň s negativním až depresivním zabarvením), nebo během diskuzí. Zřídka mohou ostatní jedinci vidět u těchto dětí úsměv. Obvykle zcela postrádají radost ze života během školní činnosti nebo i v sociálních vztazích. Ke zjištění těchto stavů u dětí je užitečné použít popis svého „já“ (na druhém stupni a výše).
5. Ve spojení se školními problémy mají děti sklon vyvolávat somatické symptomy, jako je například bolest hlavy nebo strach. Tento stav často zpozorují rodiče dítěte (v zahraničí mohou být tyto tendence zpozorovány zdravotní sestrou). Nátlak školy může být příčinou rozvinutí nemoci, anebo k propuknutí nemoci může napomoci, když se sebedůvěra dítěte vystavena napětí. Někdy si učitelé nemusí všimnout výskytu somatických symptomů, avšak většinou vrstevníci si všimnou, že jejich spolužák chybí vždy, když jsou zkoušky, nebo ho bolí hlava před zkoušením nebo když má vystupovat před celou třídou. Nejvíce viditelné jsou pro učitele a rodiče řečové obtíže dítěte, které mohou být také příznakem emocionální tísně (Bower, E., M., 1981).

Porucha chování nevzniká u dítěte jen tak, ale postupem času se nabaluje z několika různých příčin a vlivů, jež působí na dítě. K dokončení definice je dle Bowera důležité vymezit si stupně, podle nichž se dá lépe stanovit, ve kterém stadiu postižení se jedinec právě nachází, hlavně pokud má škola možnost zavést opatření ke změně chování dítěte. Bower popsal vývoj poruchy chování v pěti stupních:

1. Každé dítě musí svým chováním během života reagovat na běžné problémy, jako je například jeho vývoj, zkoumání reality a její testování, získávání zkušeností.
2. Dítě reaguje na vyšší procento (jevů) emocionálních problémů, které vznikly působením krizových či stresujících zážitků jedince (jako je například úmrtí

v blízké rodině, rozvod rodičů, narození sourozence, postižení dítěte, vstup do školy nebo přechod do jiné školy, nástup na střední školu anebo propuknutí puberty.

3. Některé děti se dostávají do situace, kterou nejsou schopny překonat a vyrovnat se s ní. U takovýchto dětí se stává, že mírné symptomy emocionální nepřizpůsobivosti přetrvávají do určité míry i nad rámec běžného očekávání. Nad to všechno jsou ale v rámci školy schopny přijmout pravidla školy a svoje chování zvládnout.
4. Další skupina popisuje děti se zafixovaným a opakujícím se nevhodným chováním, které se však dá ovlivnit a upravit díky dobrému prospěchu a školní docházce a také udržením pozitivních vztahů s vrstevníky ve školním prostředí.
5. Do poslední skupiny patří děti se zafixovaným a opakujícím se chováním. Toto chování vykazuje tak závažné problémy, že jedinci nemohou být vzděláváni v běžném školním prostředí, ale pouze v segregovaném školském zařízení (příslušné instituci pro děti s takovýmto typem chování) nebo dočasně v domácím prostředí (Bower, E., M., 1981).

Další uznávanou definicí je definice podle Sdružení pro Národní duševní zdraví a speciální vzdělávání. Definice zní:

Porucha chování a emocí je pojmem pro postižení, jež lze charakterizovat jako chování a emocionální reakce ve školním prostředí, které se liší od věkových, kulturních či etnických norem a také negativně ovlivňují vzdělávací výkon jedince. Do vzdělávacího výkonu spadají akademické, odborné, sociální a osobní dovednosti. Toto postižení:

- a) je více než pouze dočasná, očekávatelná reakce na stresující události z prostředí jedince;
- b) trvale se vyskytuje ve dvou odlišných prostředích, z nichž alespoň jedno souvisí se školou;
- c) v rámci vzdělávání odolává i přímé intervenci, nebo je stav dítěte už takový, že univerzální vzdělávací intervence ničemu nepomohou.

Porucha chování a emocí se může vyskytnout společně i s jiným postižením. Tato kategorie tedy může zahrnout děti nebo mladistvé se schizofrenií, úzkostnými poruchami, emocionálními poruchami nebo dalšími trvalými poruchami chování a jeho ovládnutí, jež

mají celkový nebo částečný nepříznivý vliv na školní výkon v souladu s prvním odstavcem (Forness, S. R., Knitzer, J., 1992).

1. 2 Závislostní chování

U člověka se může rozvinout závislost na **psychoaktivní látce**. Ne všechny psychoaktivní látky však vyvolávají závislost, jelikož za psychoaktivní látku je považována každá substance, která nějak ovlivňuje psychickou stránku člověka (Malá, E., Pavlovský, P., 2002). Návyková látka je potom každá chemická látka, jež mění psychický stav jedince a jejímž užíváním se může vytvořit návyk a závislost (Fischer, S., Škoda, J., 2014).

Definice závislostního chování podle MKN-10

Experti Světové zdravotnické organizace popsali závislostní chování v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10). Tato klasifikace řadí závislostní chování mezi poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (F10-F19). Tato skupina obsahuje mnoho nemocí různé závažnosti a různých klinických stavů, všechny však mají společný jeden znak, a to je užívání psychoaktivních látek, jež mohou a nemusí být předepsány lékařem. Alkohol nebo tabák jsou volně dostupné i bez předpisu. Nepatří sem abúzus (nadměrné užívání) látek, které nezpůsobují závislost, ty spadají do skupiny F55 Abúzus – zneužívání – látek nezpůsobujících závislost (MKN-10, 2018).

Syndrom závislosti je definován jako soubor kognitivních, fyziologických a behaviorálních jevů, který se vždy projeví po opakovaném užití látky a zahrnuje následující popisy chování: jedinec touží užít drogu, jeho sebeovládání při užívání drogy je porušené, užívá drogu i přes to, že to má negativní dopad na jeho zdraví, dává přednost užívání drog před ostatní činností a závazky, zvyšuje se tolerance v užívání látky a někdy se látka užívá při odvykací fázi ve snižujících se dávkách. Syndrom závislosti se také může vyskytnout u specifické psychoaktivní látky (např. alkohol, tabák nebo diazepam), či pro skupinu látek (např. opioidy) anebo pro obsáhlejší skupinu farmakologicky různorodých psychoaktivních látek (MKN-10, 2018).

Vymezení jednotlivých typů závislostí podle MKN-10 je následující:

F10 Poruchy duševní a poruchy chování vyvolané užíváním alkoholu

- F11 Poruchy duševní a poruchy chování vyvolané užíváním opioidů
- F12 Poruchy duševní a poruchy chování vyvolané užíváním kanabinoidů
- F13 Poruchy duševní a poruchy chování vyvolané užíváním sedativ nebo hypnotik
- F14 Poruchy duševní a poruchy chování vyvolané užíváním kokainu
- F15 Poruchy duševní a poruchy chování vyvolané užíváním jiných stimulancií (včetně kofeinu)
- F16 Poruchy duševní a poruchy chování vyvolané užíváním halucinogenů
- F17 Poruchy duševní a poruchy chování vyvolané užíváním tabáku
- F18 Poruchy duševní a poruchy chování vyvolané užíváním prchavých rozpouštědel
- F19 Poruchy duševní a poruchy chování vyvolané užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek

Mnoho uživatelů psychoaktivních látek užívá více než jeden typ. Hlavní diagnóza, pokud je to možné, se u uživatele vždy diagnostikuje podle skupiny substance, která se nejvíce podílí na současném stavu jedince. Pokud je ale podíl užívaných látek neřešitelně smíšený a způsoby užívání jsou chaotické, užívá se označení (F19.–). Tedy pokud je jisté, že jedinec užil dvou nebo více psychoaktivních látek, ale nelze rozhodnout, která látka se nejvíce podílí na závislosti, anebo pokud je identifikování některé nebo všech psychoaktivních látek, které jedinec užil, nejisté či neznámé. Často se stává, že uživatelé více druhů drog sami nevědí, co přesně berou (MKN-10, 2018).

Popis poruch, ke kterým může dojít v důsledku zneužívání návykových látek

.0 Akutní intoxikace

- Akutní intoxikací rozumíme stav po aplikaci psychoaktivní látky v blízké minulosti, což vedlo k poruchám úrovně vědomí, vnímání, poznávání, emotivity či chování, nebo jiných psychofyziologických funkcí a reakcí jedince. Tyto poruchy jsou vyvolány přímým užitím psychoaktivní látky, ale časem zmizí, a pokud se nepoškodí tkáň nebo se neobjeví nějaké komplikace (například úraz, delirium, kóma křeče či jiné zdravotní obtíže), organismus jedince se navrátí do původního stavu. Komplikace se však liší, jednak existencí různých substancí, které jedinec může zneužít, a také způsobem použití.

.1 Škodlivé použití

- Užití psychoaktivní látky vede k poruše zdraví. Tato porucha může být somatická (tělesná) nebo psychická (duševní).

.2 Syndrom závislosti

- Popsáno výše.

.3 Odvykací stav

- Odvykací stav následuje po vysazení nebo redukci (snížení) návykové látky po jejím dlouhodobém užívání. Při odvykacím stavu záleží, jakou psychoaktivní látku jedinec užíval. Podle toho se pak odvíjí průběh odvykání. Při tomto stavu může dojít ke komplikacím (například křečím).

.4 Odvykací stav s deliriem

- Odvykací stav je navíc komplikován deliriem. Řadí se sem hlavně delirium tremens u alkoholově závislých jedinců.

.5 Psychotická porucha

- O psychotickou poruchu se jedná, objeví-li se během užívání psychoaktivních látek nebo těsně po něm některé z těchto symptomů: halucinace, bludy, percepční zkomoleniny, psychomotorické poruchy či abnormální afekt (v rozsahu od intenzivního strachu až k extázi) a zároveň se nejedná o akutní intoxikaci ani odvykací stav. Vědomí bývá většinou jasné, ale může nastat výjimka, ne však až ke stavu zmatenosti.

.6 Amnestický syndrom

- Syndrom je sdružený s nápadným chronickým poškozením krátkodobé i dlouhodobé paměti (krátkodobá paměť je postižena více). Objevuje se narušení pocitu času a chronologického řazení událostí, také je zhoršena schopnost učit se novému (MKN-10, 2018). Také se mohou vyskytovat konfabulace, jedná se o okamžitý nápad člověka, který se snaží zamaskovat mezery ve své paměti smyšlenkami, například pokud mu položíme otázku, co dělal dnes dopoledne a on odpoví, že byl v obchodě, a za nějakou chvíli mu položíme stejnou otázku, odpověď bude, že se díval na televizi, tedy nastane rozpor v jeho výpovědích. Toto je typické například pro alkoholovou Korsakovovu psychózu nebo syndrom (Raboch, J., Zvolský, P., 2001).

.7 Psychotická porucha reziduální a s pozdním nástupem

- Začátek poruchy má přímou souvislost s užíváním psychoaktivní látky. U této poruchy přetrvávají změny v poznávání, afektu, osobnosti nebo chování, které byly vyvolané užíváním alkoholu nebo psychoaktivních látek i za hranice užívání.

Často dochází k tzv. flashbacks neboli jedinci se znovu opakují prožitky, které zažil během užívání návykových látek.

.8 Jiné duševní poruchy a poruchy chování

.9 Neurčené duševní poruchy a poruchy chování (MKN-10).

Definice závislostního chování podle DSM-V

Odborníci z Americké psychiatrické asociace v Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch používají ve vztahu k návykovým látkám termíny „poruchy užívání látek“ a „poruchy vyvolané užíváním látek“. Poruchy užívání látek zahrnují deset samostatných skupin drog (alkohol; kofein; kanabis; halucinogeny; organická rozpouštědla; opioidy; sedativa, hypnotika a anxiolytika; stimulancia (amfetamin, kokain); tabák; jiné nebo neznámé látky). Při nadměrném užívání těchto látek dochází k intenzivní aktivaci mozkového systému odměny a ostatní aktivity tak mohou být zanedbávány (DSM-5, 2015).

Základním rysem poruch užívání látek je soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů, které vypovídají o tom, že uživatel nadále pokračuje v užívání látek i přes jejich významné škodlivé účinky a škodlivé následky, které se projevují. Poruchy užívání látek zabírají velkou škálu, od mírné až po těžkou. Zařazení do jednotlivého stupně závisí na počtu splněných kritérií, které jsou popsány níže. Vyskytnou-li se u jedince dvě až tři kritéria, jedná se o mírnou, čtyři až pět o středně těžkou a šest a více o těžkou poruchu způsobenou návykovými látkami. U jedince může v průběhu času docházet ke změnám závažnosti poruch, a to buď k navyšování nebo naopak snižování frekvence užívání a počtu kritérií (DSM-5, 2015).

Kritéria poruch užívání látek podle DSM-5

1. Jedinec užívá látky ve větším množství nebo delší dobu, než původně zamýšlel.
2. Jedinec vykazuje snahu snížit dávky látek nebo usměrňovat jejich užívání, ale uvádí několik neúspěšných pokusů o snížení nebo úplné vysazení látky.
3. Jedinec velkou část svého času tráví snahou získat další dávku, nebo tráví čas užíváním látek či zotavováním se z jejich účinků (u některých závažnějších poruch se všechny denní aktivity jedince soustředí okolo těchto látek).
4. U jedince se projevuje bažení neboli jedinec vykazuje silnou touhu nebo nutkání po užití drogy (toto nutkání je pravděpodobně ovlivněno prostředím, ve kterém se jedinec s látkou setkával a kde ji užíval v minulosti).

5. Jedinec užívá látku opakovaně a selhává kvůli tomu v běžném životě (škola, práce, rodina).
6. Jedinec pokračuje v užívání látky i přes přetrvávání a opakování sociálních a interpersonálních problémů, které jsou způsobeny a případně i zhoršovány právě tímto užíváním látek.
7. Jedinec omezil nebo úplně přestal vykonávat důležité sociální, profesní a rekreační aktivity kvůli užívání látek.
8. Jedinec opakovaně užívá látky v situacích, kde hrozí fyzické nebezpečí.
9. Jedinec pokračuje v užívání látek i navzdory tomu, že přetrvávají nebo se opakují různé fyzické či psychické problémy, které byly pravděpodobně způsobeny případně i zhoršeny účinky užívání látek.
10. U jedince dochází ke změně tolerance (jedinec zvyšuje dávku, aby dosáhl stejného účinku látky, nebo výrazné snížení účinku dávky při stejném dávkování).
11. U jedince, jenž dlouhodobě intenzivně užíval látku, nastává odvykací stav při klesající koncentraci látek v krvi nebo v tělních tkáních.

Do kategorie poruch vyvolaných užíváním návykových látek spadá intoxikace, odvykací stav a ostatní poruchy vyvolané užíváním látek nebo léků (jedná se například o psychotickou nebo depresivní poruchu vyvolanou látkou) (DSM-5, 2015).

Závislost můžeme rozdělit na psychickou a fyzickou. Psychická závislost se vyznačuje touhou znovu navodit příjemné stavy, které látka způsobuje (Fischer, S., Škoda, J., 2014). Mezi látky způsobující psychickou závislost patří těkavá organická rozpouštědla (jako je toluen nebo trichloretylen), stimulancia centrálního nervového systému (kokain a amfetamin), halucinogeny (LSD, kanabinoidy, fencyklidin, alkaloidy vyšších hub – psilocybin), dále opiáty (heroin) a alkaloid z mexického kaktusu neboli meskalin (Kalina, K., 2015).

Fyzická závislost u člověka vyvolá nepříjemné tělesné znaky v případě snížení či vysazení obvyklé pravidelné dávky návykové látky, jako je pocení, třes, křeče a průjemy (Fischer, S., Škoda, J., 2014). K látkám způsobujícím fyzickou závislost se řadí spíše látky, které mají tlumící účinek na centrální nervový systém, patří mezi ně opiové alkaloidy, etanol, anxiolytika (jako jsou např. benzodiazepiny) a barbiturátová a nebarbiturátová hypnotika (Kalina, K., 2015).

1. 3 Dítě v období adolescence

Zhruba v patnácti letech dítě zakončí životní etapu pubescenci neboli pubertu a započne u něho nové období života nazývané adolescence, jež trvá několik let a zpravidla končí ve dvaceti, popřípadě až ve dvaceti dvou letech. Jedinci v této věkové skupině jsou běžně nazýváni jako mládež, mladiství, dorost, teenagers a i dalšími názvy (Langmeier, J., Krejčířová, D., 2006).

Dospívání je pojímáno jako přechodná fáze mezi dětstvím a dospělostí. Jedinec už není řazen mezi děti, ale zároveň ještě není brán jako dospělý. Dospívání je v lidském životě velmi rizikové období, protože dochází ke spoustě důležitých proměn a také životních zkušeností (Machová, J., Kubátová, D., 2015).

Fyzický vývoj

Během dospívání dochází k mnoha tělesným změnám ve fyzickém vývoji člověka. Některé jsou více patrné pro okolí než ostatní. Jedinec se musí vyrovnat s dosažením úplné reprodukční zralosti, a tedy i rozvinutím sekundárních pohlavních znaků. Většina jedinců během dospívání zažije svoji první sexuální zkušenost. Růst se pomalu zastavuje (u dívek je tomu dříve než u chlapců). Dochází ke změnám fyzického vzhledu, jenž má pro dospívající velký význam. Právě pomocí svého vzhledu prezentují jedinci sami sebe a zakládají si na něm část své vlastní identity (Thorová, K., 2015). I když jsou někteří jedinci se svým vzhledem spokojeni, někteří dospívající naopak být nemusí. Promítá se to poté do jejich sebehodnocení. Stále se porovnávají se svými vrstevníky anebo s ideálem krásy, který je aktuálně přijímán. Mladiství se nepotřebují líbit jen sobě, ale i ostatním (hlavně opačnému pohlaví). Toho se snaží dosáhnout úpravou zevnějšku či svým stylem oblékání. Oblečení také může svědčit o tom, jestli jedinec spadá do nějaké party (Vágnerová, M., 2000). Dospívání je tedy obdobím řady změn, které mimo to, že mají vliv na chování a jednání jedince, mohou být i důvodem výskytu vyššího rizika vzniku závislosti (Nakonečný, M., 1995).

Sociální vývoj

V období dospívání jedinec prožije dva důležité sociální mezníky. Prvním je ukončení povinné školní docházky, a tedy i výběr jeho budoucí profese, druhým mezníkem je obdržení občanského průkazu v patnácti letech (Vágnerová, M., 2005).

Většina mladistvých netrpělivě očekává své osmnácté narozeniny. Je to pro ně

symbol dospělosti, jenž potvrdí, že podle právního hlediska jsou už dospělí. I když se tak ale cítí, uvnitř sebe mají ještě nejistotu a pochybnosti (Nakonečný, M., 1995). S osmnáctým rokem života sice získají více svobody, ale také nesmějí zapomenout na odpovědnost za svoje chování, která k dospělosti patří. Jedinec může více rozhodovat o sobě a o tom, co udělá, například má možnost vstoupit do manželství, anebo může uzavírat smlouvy svým jménem a nepotřebuje k tomu už svého zástupce (Vágnerová, M., 2012).

Velmi důležité pro rozvoj osobnosti jedince v dospívání je jeho začlenění do několika sociálních skupin.

Rodina

Pro člověka je od začátku jeho života důležité sociální zázemí, která má nacházet ve své rodině (Vágnerová, M., 2005). Rodina je pro jedince prvním kontaktem se společností. V rodině vznikají vzájemné citové vazby a emocionální vztahy, které ovlivní vývoj jedince na celý jeho život. Rodina by měla dítě na vstup do společnosti patřičně připravit, protože každý jedinec se dříve či později do společnosti musí začlenit, a to zprvu mezi úplně cizí lidi. V rodině dítě přichází do kontaktu s modely chování a ty pak přenáší ve svém životě dál jako svoje vlastní sklony a dispozice. Rodina také jedinci zprostředkovává základní stupnici hodnot (Jedlička, R., 2004).

S příchodem dospívání dojde mezi mladistvými a jejich rodiči k určitým změnám vztahů. Jedinci mají potřebu se vzpoutat proti nadřazenému chování rodičů. Rodiče mají představovat přirozenou autoritu, jenže dospívající jedinci ve svém věku hledají v rodičích rovnocenné partnery, a nejen někoho, kdo jim bude rozkazovat. Hledají u nich porozumění a očekávají ho. Rodiče by měli být schopni brát své dítě, které právě dospívá, vážně, aby mu tím tak poskytli ujištění o jeho vlastní hodnotě osobnosti (Vágnerová, M., 2012).

Jedinci se snaží odpoutat od přílišného lpění na dospělých a chtějí být více nezávislí. Přípravují se na úplné osamostatnění od svých rodičů (Vágnerová, M., 2005). Pohled na míru osamostatnění se ale u mladistvých a rodičů liší. Potomci se chtějí osamostatnit jen v některých sférách života, jež jsou pro ně aktuálně zajímavé. Například by si přáli více svobody bez všech rodičovských kontrol (Vágnerová, M., 2012).

Pokud se rodiče dopustí u svého potomka příliš předčasněmu osamostatnění se z jejich vlivu, může to mít spíše negativní dopad na vývoj jedince během jeho dospívání (Thorová, K., 2015).

Podle Vágnerové (2015) dochází k odloučení od rodiny dříve u těch dospívajících, kteří během studia na střední škole zažili internátní pobyt. Mladiství tak tráví čas doma jen o víkendu a ve všední dny, kdy chodí do školy, zůstávají na internátu.

Rodiče si tedy stále nechtějí připustit, že jejich děti by mohly být v něčem samostatné a snaží se své potomky směřovat k cíli, který je podle nich pro děti nejlepší. Nejčastěji se tyto tendence objevují ohledně vzdělání, volbě povolání a budoucnosti jejich dětí, protože tomu rodiče přisuzují velkou váhu. V některých případech kvůli tomu dochází ke konfliktům mezi dospělými a mladistvými (Vágnerová, M. 2012).

Život rodičů je pro mladistvé jakýmsi vzorem, jak by oni sami mohli vypadat v budoucnu. Mládež má však většinou kritický pohled na způsob života svých rodičů. Jejich názory a počínání jim často připadají staromódní či nudné. Kritizovány bývají například i nedostatky, jež souvisí s tím, ve které době se jedinec narodil, nebo jsou dány generačně, jelikož ne všechny dovednosti, které mládež aktuálně ovládá, se mohli naučit i její rodiče, nebo je nezvládají kvůli vyššímu věku. Díky svým rodičům si jedinci mohou vytvořit představu o tom, jací asi budou, až sami dospějí, jak moc se v dospělosti mohou podobat svým rodičům a jací by rozhodně být nechtěli (Vágnerová, M. 2012).

Vývoj jedince je utvářen i vztahem ke svému sourozenci či sourozencům, pokud jich má více. Je-li však jedináčkem, je ochuzen o tento způsob vývoje. Kamarádské vztahy s dětmi ze školky, školy či ze sousedství se pak mohou stát částečnou náhradou za sourozenecký vztah a připomínat tedy chování mezi sourozenci. Sourozenecký vztah to ale nikdy plně nenahradí (Prekopová, J., 2009). Dítě, které je v roli jedináčka, přichází o pravou sourozeneckou lásku, náklonnost, solidaritu, spolupráci, obětavost, ale i o respekt k zájmům a svobodě toho druhého (Matějček, Z., 1992). Zároveň si sourozenci mohou pomáhat navzájem, učit se jeden od druhého a být pro sebe oporou (Vágnerová, M. 2012).

Sourozeneckému soužití se však nevyhnou některé negativní projevy, jako jsou hádky, žárlivost či rivalita. Každý člověk má potřebu dosáhnout svých cílů, které si stanovil, ale někdy se tyto cíle kříží s tím, co by si přál sourozenec. Sourozenci se musí naučit spolu vycházet a hledat takové životní cesty, aby byli spokojeni úplně všichni (Matějček, Z., 1992).

Jako se s přibýváním let u mládeže mění vztah k rodičům, tak sourozenecké vztahy také prochází určitými změnami. Velký vliv na utváření vztahu mezi sourozenci má jejich věkový rozdíl a pak také jejich pohlaví. Jinak se bude chovat dívka k mladší či starší sestře nebo bratrovi, a naopak. Když mezi sourozenci bude velký věkový rozdíl

a mladistvý se nachází v pozici mladšího sourozence, jeho starší sourozenec (bratr nebo sestra) se pro něho stávají příkladem k dosažení určitého společenského postavení. Starší sourozenec bývá někdy napodobován nebo také předmětem obdivu, anebo naopak závidí, jelikož adolescent u svého sourozence pozoruje svobodu, kterou on zatím nemá a to, že má možnost si dělat co chce bez kritiky rodičů (Vágnerová, M., 2012).

Starší sourozenec může také v mladším sourozenci vzbuzovat autoritu a pocit nadřazenosti, čímž se do jisté míry snaží nahradit rodičovskou výchovu. Adolescent začíná mít jiné zájmy a potřeby než jeho starší sourozenec a projevují se tak jejich rozdílné osobnosti. Výsledkem v takovém případě může být, že si sourozenci nebudou rozumět tak jako dříve a během procesu odpoutání se od rodičů dojde i k částečnému nebo i úplnému odpoutání vazby se svým sourozencem (Vágnerová, M., 2012).

Avšak ke konci fáze dospívání většina případů skončí tak, že se vzájemné vztahy mezi jedincem a jeho rodinou pozitivně stabilizují, i když to tak zprvu vypadat nemuselo (Vágnerová, M., 2012).

V průběhu dospívání vzrůstá u jedince počet sociálních vztahů mimo rodinu, které jsou ale velmi důležité pro utváření jeho osobnosti. Velmi důležitý je pro člověka vztah s vrstevníky (Jedlička, R., 2004).

Škola

V životě jedince škola zabírá velké množství času. Když se zaměříme na jeden školní den, hned ze začátku zabere žákovi nějaký ten čas už samotná cesta do školy, následně musí ve škole strávit několik hodin, kde od něho učitelé očekávají aktivní spolupráci. Doma, po příchodu ze školy, musí vypracovat domácí úkoly a připravit se na další školní den (Jedlička, R., 2004).

V životě člověka během adolescence nastává další velmi důležitý sociální mezník. Jedince čeká rozhodnutí o výběru střední školy, a tedy i volba své budoucnosti v takto mladém věku a poté ukončení povinné školní docházky (Vágnerová, M., 2000). Většina žáků základních škol se tedy po zahájení studia na střední škole stává středoškolskými žáky. Zatím se však nejedná o vysokou pozici ve společnosti, jelikož jedinec zatím postrádá potřebné dovednosti a znalosti a také dosud nemá žádný titul, který by nějak vypovídal o jeho pravomocech ve společnosti. Najdou se ale i takoví adolescenti, kteří se nechtějí dále vzdělávat a veškeré možnosti vzdělávání úplně odmítají nebo na něj rezignují, ale zároveň se tímto počinem zřikají vyššího sociálního statutu (Vágnerová, M., 2012).

Přechod mezi školami může být pro dospívajícího jedince velmi stresující, jelikož jde o změnu hned v několika oblastech. Jedinec začíná na střední škole studium v prvním ročníku a stává se tak nejmladším žákem spolu se svými nynějšími spolužáky, tím pádem nedosahuje tak vysokého postavení jako starší žáci z vyšších ročníků. Jeho spolužáci jsou v této chvíli jen cizími vrstevníky, kteří přišli z jiných základních škol a jedinec si musí hledat a navazovat nové kamarádské vztahy (Vágnerová, M., 2012).

Také probírané učivo je pro žáka velkou změnou, protože je daleko těžší než to, které se probíralo na základní škole, a nějakou dobu tedy trvá, než si žák zvykne na chod nové školy. Velmi důležitá je pro středoškoláky (ale nejen pro ně) určitá dávka motivace k učení. Vyšší motivaci k učení mají například žáci, kteří plánují po střední škole další studium (Vágnerová, M., 2012).

Může se ale stát, že žák začne mít negativní vztah k učení a ke škole. Jedním z důvodů je například špatně zvolený typ střední školy či učebního oboru. V takovýchto případech by se situace měla řešit co nejdříve, než mladistvý dospěje k úplnému zanevření na své vzdělávání se, i když zprvu o něj zájem měl (Vágnerová, M., 2012).

Vztah k učitelům

Během dospívání se mění i vztah dítěte k učiteli. Mladistvý už svého vyučujícího nebere jen jako neochvějnou autoritu, jež má vždy pravdu a vždy se musí poslouchat. Tito jedinci se začínají stavět kritičtěji k nárokům, které po nich jejich učitelé vyžadují a také více stojí o prosazení svého názoru. Přejí si, aby s nimi učitelé diskutovali na určité úrovni a aby je brali vážně. Mladiství odmítají typy učitelů, kteří rádi ukazují ostatním, jakou mají nad žáky moc. Takové chování učitelů u nich obvykle vyvolává negativní reakce, za které jsou ale ve výsledku potrestáni sami žáci. Mládež proto více přijímá, když je jejich učitel respektuje, přijímá názory žáků a poté o nich společně diskutují. Takovýto pedagog napomáhá motivaci žáků k lepším výkonům v učení a zároveň jim zvyšuje sebevědomí tím, že těmto mladým lidem ukáže, že se zajímá o jejich pohled na věc a záleží mu na něm (Vágnerová, M., 2012).

Vrstevníci a kamarádi

Mládež má potřebu navazovat nové vztahy se svými vrstevníky. Chce se někam začlenit a mít tak své místo ve společnosti (Vágnerová, M., 2000). V období dospívání se nejdůležitějším předmětem zájmu člověka stávají vrstevnické skupiny a jedinci v nich hledají emoční a sociální oporu (Vágnerová, M., 2012). A těmito vztahy získávají pocit

jistoty, který částečně ztratili během osamostatňování se od své rodiny. Zároveň je tyto nové vztahy s vrstevníky připravují na pevnější a trvalejší vazby v dospělosti (Langmeier, J., Krejčířová, D., 2006). Vazba na vrstevnickou skupinu může pomoci jedincům zvýšit jejich sebevědomí, ale zároveň snižuje jejich individuální odpovědnost. V životě člověka jsou vrstevnické vztahy velmi důležité, jelikož se jedná o rovnocenné postavení ve společnosti. Setkávají se s podobnými problémy a mají mnoho stejných názorů a hodnot o životě (Vágnerová, M., 2012).

Dospíváním se mění potřeba patřit do nějaké party nebo skupiny na hledání stabilnějších vazeb s konkrétními lidmi. Jedinci se nespokojí s tím, aby byli jen jedním člověkem z mnoha ve skupině lidí, ale naopak touží dosáhnout pevnějších a trvalejších přátelství (Vágnerová, M., 2012).

Mezi vrstevníky vznikají i první partnerské dvojice, ale na počátku dospívání jsou tyto vztahy většinou jen přelétavé a experimentující, kdy je mládež často jen zvědavá a jedná se spíše o krátkodobou a nestálou lásku. Až o pár let později díky získaným zkušenostem si člověk nachází vhodného životního partnera. Vyskytují se ale i výjimky, kdy mladistvá láska vydrží na celý život (Thorová, K., 2015).

Emoční vývoj

Citové prožívání člověka se mění společně s hormonálními změnami (Vágnerová, M., 2012). Dospívání je samo o sobě krizí, se kterou se musí mladiství vypořádat. Mládež hledá sama sebe a už touží být dospělá (Drtilová, J., Koukolík, F., 1994). Jedinci na počátku dospívání bývají často překvapení změnami nálad, které si nedokáží úplně vysvětlit. Často se tedy stává, že na tyto nálady pohlížejí jako na něco nepříjemného, obtěžujícího a dále se to pak odráží na jejich chování. Začínají více přemýšlet o sobě, o svých pocitech a činech (Vágnerová, M., 2012).

Postupem času se během adolescence začínají více orientovat ve svých pocitech. Dokáží si uvědomit, že jejich chování se odráží v mezilidských vztazích okolo nich, a tak své emoce a jednání zvládají ovládat a umějí se vypořádat i s emocionálním chováním ostatních lidí okolo sebe. Na konci fáze dospívání dochází k přijetí jedince mezi dospělé. Tento jev nastává například vstupem jedince do zaměstnání, kde se vmísí mezi další dospělé kolegy (Vágnerová, M., 2012).

1. 4 Rodina

Rodina je pro jedince nejdůležitější sociální skupinou už od úplného počátku lidského společenství. V průběhu historie prošla rodina jako pojem mnoha změnami až do nynější podoby. Rodina člověku zajišťuje pocit bezpečí. Jedinec má tak místo, kam patří a kde se cítí být doma. Členové rodiny se o jedince starají a pomáhají mu, když potřebuje. Uvnitř rodiny probíhá vnitřní život jen mezi jejími členy, který je uzavřený pro okolní svět. Během vytváření nových mezilidských vztahů však mohou do tohoto rodinného života vstoupit i další jedinci (Dunovský, J., 1999).

Výchova jedince je tedy formována tím, z jaké rodiny dítě pochází a jestli je tato rodina schopná uspokojit všechny jeho důležité životní potřeby pro daného jedince (Dunovský, J., 1999).

Rodina má podle Krause (2008) dále svou důležitou roli z pohledu funkcí, jež by měla naplňovat. Mezi základní funkce rodiny patří:

1. Biologicko-reprodukční funkce rodiny

Tato funkce je významná pro každého jedince v rodině, ale nejvíce je důležitá pro celou společnost, která potřebuje stabilní reprodukční základnu, aby mohla správně fungovat a také se rozvíjet. Biologicko-reprodukční funkce je tedy naplněna v té chvíli, kdy počet dětí, jež se narodí v určité zemi, splní očekávání dané společnosti. Ve většině vyspělých zemí v dnešní době začíná spíše docházet k tomu, že páry dají přednost kariérnímu růstu a své seberealizaci před možností založit rodinu, nebo plánují mít jen jednoho potomka. Zároveň ženy, které si budují svoji kariéru, často pak mívají první dítě v pozdějším věku, než bylo u generace našich rodičů a prarodičů běžné. Následně to vše má vliv na nižší porodnost a také méně narozených dětí v porovnání s minulými roky (Kraus, B., 2008).

2. Sociálně-ekonomická funkce rodiny

Tato funkce je závislá na rodinách, jelikož ty mají velký význam ve sféře rozvoje ekonomického systému společnosti. Tohoto systému se aktivně účastní členové všech rodin vykonáváním své profese. Tak trh je závislý na rodině, protože rodiny jsou jedním z hlavních spotřebitelů (Kraus, B., 2008).

3. Ochranná funkce rodiny

Ochranná neboli také zaopatřovací či pečovatelská funkce rodiny slouží pro členy rodiny k zajišťování životních potřeb. Řadí se sem biologické, zdravotnické a hygienické potřeby. Tato funkce rodiny by také měla zahrnovat péči všech svých členů k sobě navzájem. Také došlo ke změně v oblasti pečovatelských a zdravotnických, kde se dnes dává oproti minulosti přednost tomu, aby se o člena rodiny postarali jeho blízcí v jeho přirozeném prostředí, než aby jedince umístili do některého z pečovatelských zařízení (Kraus, B., 2008).

4. Socializačně-výchovná funkce rodiny

Ve sféře socializačně-výchovné funkce se rodina stává pro dítě důležitým prostředníkem mezi ním a společností. Rodina má za úkol připravit dítě na jeho budoucí začlenění do společnosti. Má ho naučit, jak se má a nemá chovat. Následně z toho vyplynou určité způsoby a návyky chování, jež si jedinec ponese s sebou do života (Kraus, B., 2008).

V dnešní době přibývá rodičů, kteří spíše zastávají názor, že ne oni, ale instituce, jako je škola nebo volnočasové zařízení, by měly vychovat jejich dítě, a že dokáží napravit i výchovná pochybení, kterých se dopustili rodiče (Kraus, B., 2008).

K výchovným pochybením mohlo dojít například nevhodně zvolenými styly ve výchově. Rodiče mohou zastávat liberální postoj při výchově dětí, a ty si na základě takové výchovy mohou dělat, co chtějí, protože nemají zavedená jakákoli pravidla či hranice. Rodiče se také mohou dopouštět hýčkáčského stylu výchovy, kdy je dítě nadměrně rozmazlováno, anebo rodiče zvolí perfekcionista přístup výchovy a vše v životě dítěte je jimi organizováno a plánováno. Pokud mají rodiče o dítě až nepřiměřené obavy a strach, jedná se o hypochondrizující styl výchovy. Příliš se bojí o své dítě a nemusí mu dovolit hrát si jako ostatní děti, jelikož jim to z jejich pohledu připadá moc nebezpečné. Za opak liberálního stylu výchovy je považován autoritativní přístup rodičů. Takoví rodiče svému dítěti přesně určují, co musí a co nesmí dělat. Také se vyskytuje i tvrdý styl výchovy, kdy je dítě vystaveno i fyzickému násilí od svých nejbližších a je tedy ve velkém nebezpečí (Kraus, B., 2008).

Naproti těmto negativním stylům výchovy existují i styly kladné. Příkladem je demokratický přístup, kdy jeho principem je, že všichni členové rodiny se domlouvají mezi sebou a nezapomínají ani na názor dítěte, který je také brán vážně a následně prodiskutován. V takové rodině se vytváří vyvážený partnerský vztah (Kraus, B., 2008).

5. Rekreační, relaxační, zábavná funkce rodiny

Do jaké míry je naplněna tato funkce závisí na tom, jak hodně a jestli vůbec spolu všichni členové rodiny tráví volný čas, jaké mají zájmy (jestli jsou stejné anebo podobné) a jestli jezdí na společné dovolené. Tato funkce je nejvýznamnější hlavně pro děti (Kraus, B., 2008).

6. Emocionální funkce rodiny

Tato funkce je velmi důležitá pro všechny členy rodiny, ale nejvíce pro dítě, které potřebuje rodinu jako místo, které bude vnímat jako bezpečné. Dítě potřebuje opětovat lásku a pocit jistoty od svých nejbližších. Takové pocity a emoce nemohou být nahrazeny žádnou výchovnou institucí, i když některé děti se takovému osudu nevyhnou. Nastane to například v situacích, kdy rodina sama ničí pocit bezpečí a dítě není vychováváno s láskou, ale naopak mohlo dojít k jeho týrání (Kraus, B., 2008).

Existují případy, kdy rodina z nějakého důvodu nefunguje a neplní tak to, co by měla. V takovém případě to může mít na dítě, jeho vývoj a následně chování značný dopad (Dunovský, J., 1999). Dunovský vymezil několik typů poruch rodiny, jež mají na vývoj dítěte špatný vliv:

1. Rodiče nemohou pečovat o dítě

V tomto případě mají rodiče o své potomky, jejich výchovu a péči zájem, ale z nějakého důvodu o ně nemohou pečovat. Někdy za to může příčina, kterou rodiče nedokázali sami ovlivnit (válka v zemi, ve které rodina žije anebo zvýšená nezaměstnanost). U nás se ale spíše setkáme s jinými případy. Většinou za to, že se rodiče nemohou starat o své dítě, může oslabení funkce rodiny, které je způsobeno nemocí, postižením nebo úmrtím jednoho nebo obou rodičů, nebo vážné onemocnění dítěte, kvůli kterému nemůže vyrůstat doma se svými rodiči. U všech těchto případů chtějí rodiče pečovat o své dítě a podílet se na jeho výchově (Dunovský, J., 1999).

2. Rodiče neumějí nebo nedovedou pečovat o dítě

Jedná se o takové rodiny, ve kterých rodiče nedokážou dítěti zaručit ani přiměřený vývoj a ani obstarat jeho základní potřeby, jež jsou pro dítě důležité. Takováto porucha rodiny může být způsobena nízkým věkem rodičů, a tedy jejich nezralostí pro to stát se

rodičem, anebo se jedná o skutečnosti, se kterými se nedokáží vyrovnat, jako je narození mimomanželského dítěte, dítěte s postižením či dítěte v náhradní rodinné péči atd. (Dunovský, J., 1999).

Řadí se sem i situace řešení rozvodu, kdy se dítě nachází mezi dvěma rodiči a často touto situací velice trpí. Stává se, že rodiče během rozvodu své dítě použijí jako nástroj k vyřešení hádek, ke kterým může dojít, ale jež by měli řešit jen mezi sebou. Také může jeden z rodičů úmyslně bránit tomu druhému, aby vídal své dítě (Dunovský, J., 1999).

3. Rodiče nechtějí pečovat o dítě

Jestliže se rodiče nechtějí starat o své dítě, vyplývá z takového chování, že o své dítě neprojevují takový zájem, jaký by však z role rodiče mít měli. V některých případech se stává, že nemají zájem vůbec žádný a své dítě opustí a místo rodičovské role dají přednost jiným věcem, jež momentálně vidí jako důležitější ve svém životě (Dunovský, J., 1999).

Dunovský dále k poruchám rodiny ve vztahu k dítěti řadí ještě dvě zvláštní skupiny:

4. Rodiče dítěti ubližují

Tento typ poruchy rodiny je velmi závažný, protože rodiče, místo aby dítě chránili, jak jim určuje jejich role rodiče, naopak dítě vědomě týrají a ubližují mu (Dunovský, J., 1999).

5. Rodiče projevují nadměrnou starost a péči o dítě

Jedná se pravý opak výše zmíněné poruchy rodiny. Rodiče projevují o dítě nadměrný až nezdravý zájem a péči, než která je potřeba. Z takového potomka se pak stává rozmazlené dítě, jež není plně připraveno na samostatný život ve společnosti (Dunovský, J., 1999).

Všechny výše uvedené poruchy rodiny mohou zapříčinit rozvoj negativního chování u dítěte a mít špatný vliv na jeho život v dospělosti (Dunovský, J., 1999).

Další odborníci se k rizikům spojeným s rodinou vyjadřují následovně (srov. Říčan, P., 2004; Kauffman, J. M., 2001; Walker, H., M., Severson, H., H., 2002):

Rodinná konstelace

Zde se pohlíží na situace, kdy je rodina neúplná nebo naopak početná, anebo některý její člen chybí (otec či matka), zda je matka nezletilá, nebo jsou rodiče dlouhodobě nezaměstnaní.

Narušené rodinné prostředí

Řadí se sem rodinné spory (nejčastěji manželské hádky), disharmonie, násilí, negativní vztahy s okolím, dále sociální izolace, nebo některé typy psychiatrického onemocnění, nejčastěji se vyskytují deprese.

Špatný rodičovský vzor

Do této skupiny se řadí situace, kdy dítě vyrůstá v prostředí, kde je běžný výskyt kriminality, antisociálního chování a také návykových látek. Dítě potom nemá moc možností, jak se naučit pozitivním vzorům v chování, ale učí se jen těm negativním.

Výchovný styl

Výchova rodičů je nedostatečná. Je to způsobeno například příliš mírnou nebo naopak příliš tvrdou výchovou. Rodiče vyžadují kázeň proměnlivě, z čehož jsou děti následně zmatené a nevědí, jak přesně se mají chovat. Rodiče mohou své dítě také týrat, odmítat, anebo o ně nemají takový zájem, jaký by mít měli, a proto nevěnují přílišnou pozornost činnostem, kterými se jejich děti zabývají.

Shrnutí

Tato kapitola pojednává o pojmech z oblasti rizikového chování etopedie. Popisuje sociální patologie a sociální deviace, které se od sebe liší tím, že jevy, které jsou označeny jako deviantní, nemusí být vždy shledávány jako patologické. Tyto pojmy se zabývají problematikou jako je například porucha chování a závislostní chování, které se může projevit u dospívajícího jedince a ovlivňovat tak život celé rodiny.

2 Projevy a detekce závislostního chování

2.1 Počátek rozvoje závislosti

Faktory zvyšující pravděpodobnost rozvoje závislosti na psychoaktivních látkách

Genetické faktory

Stále není stoprocentně zjištěno, zda existují určité genetické informace, jež by vedly ke vzniku závislostního chování. Vždy se na tom podílí interakce jedince (tedy jeho genetické výbavy) s prostředím. Tato problematika je nejvíce řešena ve spojení se závislostí na alkoholu (Fischer, S., Škoda, J., 2014).

Biologické faktory

Každý člověk je jiný, a to platí i v případě užívání návykových látek, jelikož každý jedinec má různý průběh metabolického zpracování, takže některé lidské organismy vydrží více než ty ostatní. Některé nemají se zpracováním látky obtíže (například nepocítí kocovinu, i když vypili stejné množství jako ostatní, a ti poté kocovinu mají). Jde o to, že u těchto lidí je vyšší pravděpodobnost častějšího vyhledávání návykové látky a navyšování jejího užívaného množství (Fischer, S., Škoda, J., 2014).

Psychické faktory

Pravděpodobnost užívání psychoaktivních látek se zvyšuje s následujícími tendencemi:

- Určitý způsob prožívání, kdy je emocionální ladění jedince spojené se zvýšenou úrovní aktivace, labilitou a dráždivostí a také se stavy deprese a anxiety (chorobný stav úzkosti).
- U některých jedinců se objevují sklony k sebepodceňování (nedokáží odpovídajícím způsobem zhodnotit sebe ani své okolí), nebo naopak sklony k přeceňování (vnímají a hodnotí sebe či své okolí nepřiměřeně).
- V riziku užívání návykových látek se také mohou častěji ocitnout lidé, kteří mají nižší míru sebekontroly a volných vlastností a také mají nižší míru flexibility a nedokáží se učit ze svých zkušeností. Vyšší pravděpodobnost k užívání návykových látek je také častější u lidí s depresemi, s vysokou mírou neuroticismu (stav charakterizovaný emočním rozkolísáním, plachostí, ochablostí), sociální nonkonformity (chování neshodující se s normami a cíli dané

skupiny nebo společnosti), zatvrzelosti a u žen s vyšší extravertí (Heath, A. C., et al. 1997).

Sociologické faktory

Genetické, biologické a psychické faktory působí v určitém sociálním a kulturním prostředí daného jedince a jsou právě tímto prostředím ovlivňovány. Pravděpodobnost k rozvoji závislosti patří tyto faktory:

- vliv rodiny (př. dysfunkční rodina, syndrom CAN, atd.);
- vliv sociální skupiny (přináležitost k partě či subkultuře);
- vliv životního prostředí (prostředí města, sídliště a průmyslových zón, snížená společenská kontrola a anonymita či migrace obyvatel atd.);
- sociální konformita (Fischer, S., Škoda, J., 2014).

Příčiny vzniku závislosti na drogách

Na vzniku závislostního chování se u jedinců, kteří začali užívat drogy, podílí v různé míře několik příčin. Nelze tedy jednoznačně určit obecné pravidlo příčin rozvoje závislostního chování pro všechny závislé na drogách. Jako nejčastější příčiny se zdůrazňují soubory vlastností, kterými se zpočátku užívání drog vyznačuje.

- Užívání drog je zakázané (jedná se o nelegální drogy), nebo je jen pro dospělé (legálně dostupné drogy, jako je tabák a alkohol).
- Drogy si jedinec spojuje s určitým tajemstvím, s něčím novým, exotickým a nepoznaným.
- Skupina dítě či dospívajícího jedince nutí k užívání drog, ale zároveň je tento jedinec nucen i sám sebou, protože se chce ostatním vyrovnat a být jako oni, ztotožnit se se skupinou.
- Některé účinky drog uspokojí aktuální potřeby jedince, jako potřeba zapomenout, necítit, uvolnit se nebo komunikovat a prosadit se a podobně (Hajný, M., 2001).

Zároveň ale dospívající jedinci, kteří se stali závislými na alkoholových či nealkoholových návykových látkách, trpí častěji nějakým druhem odchýlného vývoje osobnosti. Tito jedinci hůře navazují trvalejší mezilidské vztahy, mají sklony k depresi a trpí nejistotou. Často také pocházejí z narušených rodin, kde byla nedůsledná výchova. Také napodobování vrstevníků nebo soužití s partou zde hraje velkou roli. Tito mladiství

někdy trpí už jen tím, že se na ně dlouhodobě vrší úkoly, na které prostě nestačí. V případě, že je mladistvý závislý na alkoholu, velkou měrou to může být způsobeno nápodobou chování rodičů nebo starších sourozenců. Selhávání ve skutečném životě tak mohou nahrazovat únikem do světa představ. Také dlouhodobě nezaměstnaní jsou ohroženou skupinou. Velkým rizikem je sama o sobě i rostoucí nabídka drog všeho druhu. (Drtilová, J., Koukolík, F., 1994).

2. 2 Detekce závislostního chování

Identifikace psychoaktivní látky u jedince by měla být založena na co nejvíce možných informačních zdrojích, například údajích získaných přímo od pacienta, analýze jeho krve, anebo jiných tělesných tekutin, na charakteristických somatických a psychických příznacích, které se u jedince projevují, klinických znacích a chování a na dalších důkazech jako třeba drogy v pacientově vlastnictví nebo informacích od třetích osob, které pacienta znají (MKN-10, 2018).

Rozpoznání návykového problému u dítěte

Náznaků toho, že dítě zneužívá návykové látky, je hned několik a je důležité, abychom si jich všimli co nejdříve a začali situaci řešit.

Úplně nejprůkaznější je, když se dítě ke zneužívání návykových látek samo přiznává. Pokud se však nepřiznává, je třeba si všimnout příznaků závislosti (Nešpor, K., 2001). Jednotlivé příznaky závislosti jsou popsány v podkapitole 1. 3. Závislostní chování jako kritéria poruch užívání látek.

Další možností je toxikologické vyšetření moči nebo krve, které ale vyžaduje odbornou kvalifikaci a také není laciné. Předběžná vyšetření, která se dělají pomocí indikátorových papírků, nemusí být vždy průkazná. Tato předběžná vyšetření má smysl dělat, jen pokud byl vzorek odebrán pod dozorem, protože jinak může dojít k záměně vzorku (např. za moč jiné osoby). Ve chvíli, kdy test vyjde negativní, nemělo by se ještě docházet k závěru, že jedinec neužívá návykové látky, znamená to pouze, že je neužil v posledních několika dnech (Nešpor, K., 2001).

O užívání návykové látky nás mohou informovat třetí osoby, které dotyčné dítě znají (spolužáci, kamarádi, učitelé, sousedé atd.). Avšak častou reakcí na toto nařčení je nedůvěra a obhajoba dítěte, že by nic takového nikdy neudělalo, i když ve většině případů je tato zpráva od lidí pravdivá (Nešpor, K., 2001).

Dalším náznakem je, pokud u dítěte nalezneme drogy nebo pomůcky k jejich užívání (injekční jehly, lžičky, ...). V tomto případě se dítě často snaží přesvědčit rodiče, že drogu nebo zmíněné pomůcky někde našlo, což je nejméně pravděpodobné (Nešpor, K., 2001).

Také si můžeme všimnout místa vpichu od injekční stříkačky (např. v loketní jamce). I když pokud takovou jizvu nenajdeme, také to ještě nemusí znamenat, že dítě drogy neužívá. Vesměs všechny rozšířené drogy se dají užívat i jinak než jen injekčně (Nešpor, K., 2001).

Na dítěti také můžeme pozorovat známky ovlivnění návykovou látkou (Nešpor, K., 2001). Projevy užívání návykových látek jsou popsány u jednotlivých typů návykových látek v podkapitole 2. 3.

Pokud se dítě skamarádí s člověkem, který užívá návykovou látku, je samo ve velkém riziku i přesto, že doma může tvrdit, že se dotyčnému snaží pomoci od užívání (Nešpor, K., 2001).

Jestliže dítě užívá alkohol, tabák, těkavé látky či marihuanu, tak tyto látky po sobě zanechávají typický zápach, který se děti snaží přehlušit různými voňavkami, deodoranty apod. (Nešpor, K., 2001).

Z dítěte se také může stát „odborník na drogy“. Velice se o ně zajímá a obhájí, jejich „léčivé“ účinky a zdůvodňuje jejich braní.

Dítě také může začít krást peníze doma nebo ve škole, aby si za ně mohlo koupit drogy.

Také se mohou projevit zdravotní potíže, jako třes, který může provázet odvykací stavy. Nebo dítě může pociťovat paranoii z pronásledování (při užívání pervitinu nebo halucinogenů). Může se však jednat i o duševní chorobu, která nesouvisí s drogami.

Velmi typické jsou útěky z domova. Dítě se den nebo i více dní neukáže doma a pak se domů vrátí ve špatném stavu a slibuje, že se polepší, i když celá situace se většinou znovu opakuje (Nešpor, K., 2001).

2. 3 Typy závislostního chování

Ve světě existuje mnoho druhů závislostí, které se od sebe odlišují typem zneužívané látky, rychlostí vývoje této závislosti, průběhem akutní a chronické otravy i jejich vyústěním včetně možné léčby a následné možnosti vyléčení (Drtilová, J.,

Koukolík, F., 1994). Závislosti můžeme dělit na závislost a škodlivé užívání alkoholu a na závislost a škodlivé užívání nealkoholových substancí (Fischer, S., Škoda, J., 2014).

Závislost a škodlivé užívání alkoholu

Alkohol je jednoduchá chemická látka, která dokáže lehce proniknout k různým orgánům v těle člověka, a to i včetně mozku (Nešpor, K., Csémy, L., 2003). Je obsažena v alkoholických nápojích, kdy alkoholickým nápojem se rozumí nápoj obsahující více než 0,5 objemových procent ethanolu.“ (zákon č. 65/2017 Sb.). Alkohol je návyková látka, kterou lidé znají už po tisíce let a jako droga je spíše přehlížena a podceňována a společnost naopak konzumaci alkoholu schvaluje. Alkohol je součástí většiny společenských rituálů během lidského života. Pokud člověk alkohol odmítá, vzbuzuje tím u ostatních pozornost a neadekvátní reakce a jeho chování je zhodnoceno jako patologické (Mühlpachr, P., 2001).

Na rituálech spojených s konzumací alkoholu se také většinou vyskytují děti a mladiství a vnímají alkohol jako symbol dospělosti. Pro tyto jedince může být odklad možnosti užívat alkohol zdrojem napětí a snahou tuto bariéru překonat a považovat se za dospělého. Pokud dítě nenalezne jiný vzor dospělosti než konzumaci alkoholu, pak se k němu může snadno uchýlit kvůli jeho dostupnosti (Mühlpachr, P., 2001). I velmi malé množství alkoholu může dětem způsobit nebezpečné otravy, a navíc k návyku na alkohol u takto mladých osob dochází velmi rychle. V civilizovaných společnostech je tedy běžné děti a mladistvé před alkoholem chránit. V České republice je proto stanovena věková hranice legální konzumace alkoholu nad 18 let, i když v realitě se to v mnoha případech nedodrhuje (Nešpor, K., Csémy, L., 2003).

U opravdu malých dětí může konzumace alkoholu končit až smrtí, protože mají menší tělesnou hmotnost a játra nedokáží odbourat alkohol v takovém množství jako u dospělých. Setkání s alkoholem ale i tabákem nebo jinou drogou v mladém věku zvyšuje riziko jejich pozdějšího užívání. Alkohol a tabák jsou také označovány jako průchozí drogy a to proto, že některé děti z užívání těchto látek přecházejí na jiné nebezpečnější látky (Nešpor, K., Csémy, L., 2003).

Závislost na alkoholu může být jak psychická, kdy si jedinec potřebuje navodit příjemný psychický stav, anebo odstranit negativní zážitky – úzkost, depresi, vnitřní tenzi apod., tak somatická, jež se projevuje odvykacími symptomy po vysazení alkoholu (Orel, M., 2012).

Fáze závislosti na alkoholu

Fáze závislosti na alkoholu popsal americký psychiatr českého původu E. M. Jellinek již v roce 1960 a označil je písmeny řecké abecedy (α , β , δ , ε , γ).

Typ alfa

Jedinec se úmyslně dopouští nedisciplinovaného pití, ale doposud nedošlo ke ztrátě kontroly. Jedná se čistě o psychickou závislost, kdy progresivní povaha tohoto typu je mírná, u jedince se neprojevují žádné velké změny psychického a sociálního chování, s výjimkou případného pocitu viny za pití, výčitek a nesnášenlivosti. Hlavním vývojem tohoto typu je vývoj ekologických a sociálně ekonomických škod (Jellinek, E. M., 1960).

Typ beta

U jedince nedochází k žádné ztrátě kontroly. Tento typ je bez psychické i fyzické závislosti, ale může se projevit sociokulturní závislost. Jedinec konzumuje alkohol ve společnosti a dochází k tzv. víkendovému pití alkoholu. U jedince konzumace alkoholu tohoto typu začíná jako adekvátní, ale po několika letech se může stát zcela nedostatečná. Dlouhodobým užíváním alkoholu může u jedince dojít k rozvinutí zdravotních komplikací (Jellinek, E. M., 1960).

Typ gama

U tohoto typu došlo ke ztrátě kontroly, ale jedinec je ještě schopen se zdržet alkoholu. Jedná se o psychickou závislost a dlouhodobým užíváním se přidává i závislost fyzická. Dochází k výrazným změnám v psychickém a sociálním chování způsobených návykovým procesem. Také se mohou vyskytnout chronické alkoholické choroby. Po několik let je přítomen abstinenční syndrom (Jellinek, E. M., 1960).

Typ delta

Nedochází ke ztrátě kontroly (i když v některých případech může být už velice pozdě a ke ztrátě kontroly může dojít), jedinec však není schopný zdržet se konzumace alkoholu ani po dobu dvaceti čtyř hodin. Jedná se o fyzickou závislost, ačkoli v pozdní fázi se může vyvinout i závislost psychická. Jedinec si tímto typem konzumace alkoholu způsobuje socioekonomické problémy, po několik let je přítomen abstinenční syndrom a může dojít i k organickému poškození mozku (Jellinek, E. M., 1960).

Typ epsilon

Jedná se o nadměrnou konzumaci alkoholických nápojů. Závislost je jak psychická, tak i fyzická (Jellinek, E. M., 1960).

Závislost na alkoholu je popsána ve čtyřech fázích:

1. Fáze počáteční

Jedinec má vybrané určité alkoholické nápoje, kterým dává přednost. V této fázi jde zatím o časté příležitostné pití. Tolerance je zvýšená.

2. Fáze prodromální neboli varovná

Pro tuto fázi jsou typická „alkoholová okénka“ neboli také časté výpadky paměti (tzv. palimpsesty). Pro jedince začíná být alkohol nutností.

3. Fáze kruciální neboli rozhodující

V této fázi už klesá tolerance na alkohol a člověk nad jeho konzumací ztrácí kontrolu. Jedinci se uchylují i k rannímu pití alkoholu, tzv. ranním douškům, které jim pomáhají snížit nepříjemné pocity, jež byly způsobeny sníženou hladinou alkoholu v jejich organismu. Jedinec pokračuje v užívání alkoholu i přes negativní zdravotní a společenské dopady.

4. Fáze terminální

Jedinec v této fázi, kdykoli má příležitost, požívá vše, co obsahuje nějaké množství alkoholu (př. kolínská voda). Tolerance a kritičnost k alkoholu se stále snižují. Dochází k úpadku osobnosti jedince. Pro toto stádium jsou typické psychické poruchy, dochází ke změně osobnosti a ke zdravotním problémům (Orel, M., 2012).

Klinický obraz jedince se mění s rostoucí dávkou alkoholu v těle. Tento vývoj lze rozdělit do čtyř stadií:

1. Excitační neboli euforické stadium (odpovídá hladině přibližně 0,5-1,0 promile).

U jedince se vyskytuje euforie, zvýšené sebevědomí, dochází k odstranění zábran, mnohmluvnosti, dále ke zhoršení kognitivních funkcí a zhoršené sebekritičnosti.

2. Hypnotické stadium (odpovídá přibližně hladině 1-2 promile). Jedinec ztrácí sebekontrolu, má prodloužené reakce, dochází k poruchám koordinace a rovnováhy, zhoršení kognitivních funkcí a podrážděnosti.

3. Narkotické stadium (odpovídá přibližně hladině 2-3 promile). Vyskytuje se těžká porucha koordinace, jedinec je zmatený, začínají se projevovat poruchy dechového a oběhového centra, dochází ke snížení krevního tlaku, nižší tělesné teplotě, zrychlené srdeční činnosti (zvýšená tepová frekvence), povrchovému a zpomalenému dýchání, nakonec přechází do hlubokého spánku.

4. Asfyktické stadium (odpovídá přibližně hladině alkoholu 3,5-5 promile). Jedinec upadá do hlubokého bezvědomí až kómatu. Dochází k vyhasínání reflexů, cyanóze (modrofialové zbarvení kůže) nebo až smrti následkem centrálního selhání dýchání a oběhu (Kalina, K., 2015).

Závislost a škodlivé užívání nealkoholových substancí

Mezi závislost a škodlivé užívání nealkoholových substancí se podle DSM-5 řadí tyto typy:

1. Závislost na opioidech
2. Závislost na kanabinoidech
3. Závislost na sedativech, hypnotikách nebo anxiolytikách
4. Závislost na stimulantech
5. Závislost na halucinogenech
6. Závislost na tabáku (tabakismus)
7. Závislost na organických rozpouštědlech (DSM-5, 2018).

Čtyři stádia závislosti na nealkoholových látkách

Vytvoření závislosti na nealkoholových látkách trvá kratší dobu než u alkoholu. Fáze jsou popisovány následovně:

1. Fáze experimentování

Jedinci užívají drogy občasně, je to pro ně příjemné, zažívají díky těmto látkám nové prožitky a nepocítují negativní účinky látek (a proto jsou většinou lhostejní k varováním o škodlivosti těchto látek), podle nich jim droga naopak pomáhá, kdykoli to

potřebují, například uniknout z reality, lépe zvládají školu, práci a další problémy ve svém životě a před svými blízkými zvládají experimentování s drogami dobře utajit (okolí může dokonce jejich změnu hodnotit jako změnu k lepšímu, například úbytek váhy, ale neuvědomí si, že to je negativní dopad užívání drog). V této fázi je ještě vysoká šance zamezení konzumace drog a jedincům se dá ještě pomoci, pokud se na to přijde včas. Také mnoho z nich samo zanechá této činnosti a najde si jiné způsoby k vyřešení svých problémů a uspokojení potřeb. Často jsou také odrazeni tím, když vidí, jak dopadli lidé v dalších fázích závislosti na drogách.

2. Fáze příležitostného užívání

Jedinci zjišťují, že droga může pomoci v situacích, jako je osobní a sociální nouze nebo zahnání nudy, začnou ji užívat právě v těchto momentech. Zatím ale nejsou závislí, ale i přesto své užívání tají před ostatními, kvůli stigmatizaci, protože jsou si vědomi, že drogy se užívat nemají a ostatní lidé by je za jejich chování soudili a jedincům v této fázi stále záleží na společenském okolí, jejich blízkých a jejich profesi.

3. Fáze pravidelného užívání

Jedinci v této fázi zvyšují užívání drogy a berou ji čím dál častěji, stále však popírají, že by jim návykové látky nějak ubližovaly a měnily jejich chování. Přestávají se postupně zajímat o vše, co nemá souvislost s drogami. Přestává jim záležet na okolí, v této fázi ztrácejí zaměstnání a dochází k rozpadu rodiny a také kontaktu s blízkými.

4. Fáze návykového užívání a závislosti

Jedinci se nezajímají o nic jiného než o drogu, jejich sociální vazby jsou omezené pouze na případnou partu narkomanů. U nich došlo k na první pohled zřejmým somatickým, psychickým a sociálním závažným změnám. Často mají poškozené zdraví, centrální nervovou soustavu (CNS), vnitřní orgány, také dochází ke snížení imunity z důvodu špatné hygieny, k hepatitidě (nejčastěji typu C) a HIV (Fischer, S., Škoda, J., 2014).

Popis jednotlivých typů závislostí na nealkoholových substancích

1. Závislost na opioidech

Charakteristika

Mezi opioidy se řadí návykové látky, jako je heroin, morfium a kodein. Jedná se spíše o látky s tlumivým efektem. Heroin vyvolává euforii, která má však tlumivý charakter a uživatel žije ve „vlastním světě“. Jedinci, kteří užívají heroin, líčí své zkušenosti s touto drogou jako s ničím nesrovnatelnou radost, slast a pohodu, která jim stojí za všechny negativní důsledky, které užívání heroinu způsobuje (Hajný, M., 2001).

Jedinci užívají heroin kouřením, šňupáním, polykáním anebo nitrožilně. Mladí uživatelé se nejčastěji přiklánějí k poslední možnosti, a to nitrožilní aplikaci této drogy, což s sebou nese rizika jako nákazu HIV, otravu krve, hepatitidu apod. (Hajný, M., 2001).

U užívání opioidů se může vyskytnout v každém věku, ale nejčastěji je zaznamenána v období dospívání (DSM-5, 2015).

Diagnostická kritéria

Užívání opioidů je problémem, který vede ke klinicky významnému narušení či nepohodě. Projevuje se alespoň dvěma z následujících znaků během jednoho roku:

1. Jedinec užívá opioidy často ve větším množství nebo po delší dobu, než zprvu zamýšlel.
2. Jedinec má trvalou touhu, nebo vykazuje neúspěšnou snahu snížit nebo kontrolovat užívání opioidů.
3. Jedinec velkou část svého času tráví snahou získat další dávku opioidů, nebo tráví čas užíváním těchto látek či zotavováním se z jejich účinků.
4. U jedince se projevuje bažení, neboli jedinec vykazuje silnou touhu nebo nutkání po užití opioidů.
5. Jedinec užívá opioidy opakovaně a selhává kvůli tomu v plnění důležitých závazků doma, ve škole nebo v práci.
6. Jedinec pokračuje v užívání opioidů i přes přetrvávání a opakování sociálních a interpersonálních problémů, které jsou způsobeny a případně i zhoršovány právě užíváním těchto látek.
7. Jedinec omezil nebo úplně přestal vykonávat důležité sociální, profesní a rekreační aktivity kvůli užívání opioidů.
8. Jedinec opakovaně užívá opioidy v situacích, kde hrozí fyzické nebezpečí.

9. Jedinec může vědomě pokračovat v užívání opioidů i navzdory tomu, že u něho přetrvávají nebo se opakují různé fyzické či psychické problémy, které byly způsobeny případně i zhoršeny účinky užívání těchto látek.
10. Tolerance je u jedince definována následovně:
- a. Jedinec zvyšuje dávku opioidů, aby dosáhl stejného účinku látek nebo intoxikace.
 - b. Jedinec pociťuje výrazné snížení účinku dávky při stejném dávkování.
Toto kritérium není splněné u jedinců, kteří užívají opioidy výhradně pod lékařským dohledem.
11. U jedince se odvykací stav projevuje jedním z následujících způsobů:
- a. Charakteristický odvykací syndrom po užívání opioidů (specifikováno u kritérií A a B u odvykacího stavu po opioidech).
 - b. Jedinec užívá opioidy (nebo příbuzné látky) za účelem zmírnění nebo vyhnutí se odvykacím příznakům.
Toto kritérium není splněné u jedinců, kteří užívají opioidy výhradně pod lékařským dohledem (DSM-5, 2015).

Diagnostická kritéria intoxikace opioidy

- A. Jedinec nedávno užil opioidy.
- B. U jedince se projevují klinicky významné problémové změny v oblasti chování nebo psychiky (např. počáteční euforie následovaná apatií, dysforie, psychomotorická agitovanost nebo zpomalení, narušený úsudek), které se objevily během nebo krátce po užití opioidů.
- C. U jedince dochází ke zúžení zornic (při anoxii z těžkého předávkování dochází k rozšíření zornic) a projevují se dva (nebo více) z následujících symptomů či znaků, které se rozvinuly během nebo krátce od užití opioidů:
 1. ospalost či kóma,
 2. setřelá řeč,
 3. porucha pozornosti nebo paměti.
- D. Symptomy nebo znaky, které se u jedince projevily, se nedají přičítat jinému somatickému onemocnění a nejdou vysvětlit ani jinou duševní poruchou, ani intoxikací jinou látkou (DSM-5, 2015).

Diagnostická kritéria odvykacího stavu u opioidů

- A. U jedince se vyskytuje některé z následujících kritérií:
1. Jedinec ukončil nadměrné a dlouhodobé užívání opioidů (tj. několik týdnů či déle).
 2. Podávání protiléků na opioidy během doby, kdy jedinec tyto látky užívá.
- B. U jedince se projevují tři (nebo více) z následujících symptomů, které se rozvinuly během několika minut nebo až několika dní po splnění kritéria A:
1. dysforická nálada,
 2. nevolnost nebo zvracení,
 3. bolesti svalů,
 4. slzení či výtok z nosu,
 5. rozšíření zornic, naježení chlupů či vlasů, „husí kůže“ nebo pocení,
 6. průjem,
 7. zívání,
 8. horečka,
 9. nespavost.
- C. Symptomy nebo znaky, které jsou popsány v kritériu B, vedou ke klinicky závažné nepohodě nebo narušení v pracovní, v sociální nebo jiné důležité oblasti.
- D. Symptomy nebo znaky, které se u jedince projevily, se nedají přičítat jinému somatickému onemocnění a nejdou vysvětlit ani jinou duševní poruchou, intoxikací jinou látkou a ani odvykacím stavem po jiné látce (DSM-5, 2015).

2. Závislost na kanabinoidech

Charakteristika

Mezi kanabinoidy se řadí látky derivované z rostliny konopí a chemicky podobných syntetických sloučenin. Materiál z této rostliny dostal v průběhu let mnoho jmen (např. tráva, zeli, roští, hulení, Mary Jane, hašiš, dagga, skéro, boom, gangster, kif, ganža, skank, marihuana). Jako nejvhodnější vědecké označení pro psychoaktivní látky získávané z rostliny se však jeví název kanabis (DSM-5, 2018).

Začátek poruchy spojené s užíváním kanabisu se může objevit kdykoli během dospívání nebo i později, avšak nejčastěji se objevuje v období adolescence nebo v rané dospělosti. Mimo tyto věkové kategorie je užívání této látky méně časté (objevuje se například jako užívání „lékařské marihuany“ u starších dospělých). Kanabis společně

s alkoholem a tabákem jsou prvními látkami, které dospívající mládež vyzkouší (DSM-5, 2015).

Diagnostická kritéria

Diagnostická kritéria užívání kanabisu jsou shodná jako kritéria užívání opioidů, dochází jen k záměně pojmu opioidy za pojem kanabis (str. 37-38).

Diagnostická kritéria intoxikace kanabisem

- A. Jedinec nedávno užil kanabis.
- B. U jedince se projevují klinicky významné problémové změny v oblasti chování nebo psychiky (např. narušení motorické koordinace, úzkost, euforie, pocit zpomalení času, narušený úsudek a sociální stažení), které se objevily během nebo krátce po užití kanabisu.
- C. U jedince se projevují dva (nebo více) z následujících symptomů či znaků, které se rozvinuly v průběhu dvou hodin od užití kanabisu:
 - 1. nastříknutí spojivek,
 - 2. zvýšená chuť k jídlu,
 - 3. sucho v ústech,
 - 4. zrychlená srdeční činnost (zvýšená tepová frekvence).
- D. Symptomy nebo znaky, které se u jedince projevily, se nedají přičítat jinému somatickému onemocnění a nejdou vysvětlit ani jinou duševní poruchou, ani intoxikací jinou látkou (DSM-5, 2015).

Diagnostická kritéria odvykacího stavu u kanabisu

- A. Jedinec ukončil nadměrné a dlouhodobé užívání kanabisu (tj. většinou denně či téměř denně po dobu, která trvá nejméně několika měsíců).
- B. U jedince se projevují tři (nebo více) z následujících symptomů či znaků, které se rozvinuly v období přibližně jednoho týdne po splnění kritéria A:
 - 1. podrážděnost, vztek, či agrese,
 - 2. nervozita nebo úzkost,
 - 3. potíže se spánkem (např. nespavost nebo zlé sny),
 - 4. snížení chutě k jídlu nebo ztráta tělesné hmotnosti,
 - 5. neklid,
 - 6. depresivní nálada,

7. projevuje se nejméně jeden z následujících tělesných symptomů a působí významnou nepohodu: třes, bolest břicha, pocení, horečka, bolesti hlavy nebo zimnice.
- C. Symptomy nebo znaky, které jsou popsány v kritériu B, vedou ke klinicky závažné nepohodě nebo funkčnímu narušení v sociální, pracovní nebo jiné důležité oblasti.
 - D. Symptomy nebo znaky, které se u jedince projevily, se nedají přičítat jinému somatickému onemocnění a nejdou vysvětlit ani jinou duševní poruchou, intoxikací jinou látkou a ani odvykacím stavem po jiné látce (DSM-5, 2015).

3. Závislost na sedativech, hypnotikách nebo anxiolytikách

Charakteristika

Mezi sedativa, hypnotika nebo anxiolytika se řadí benzodiazepiny nebo léky příbuzné těmto látkám (např. zolpidem, zaleplon), karbamáty (např. meprobamat, glutethimid), barbituráty (např. sekobarbital) a hypnotika podobná barbiturátům (např. metakvalon, glutethimid). Dále se do této skupiny řadí všechny léky na spaní na předpis a skoro všechny léky proti úzkosti také na předpis.

Jedinci se k sedativům, hypnotikům nebo anxiolytikům mohou dostat buď pomocí lékařského předpisu, nebo také nelegálně.

Problémy s užíváním sedativ, hypnotik nebo anxiolytik se obvykle projevují ve druhé či třetí dekádě života, kdy jedinci své občasné užívání těchto látek zvýší a projeví se tedy symptomy, které splňují kritéria pro diagnózu. Takovýto průběh užívání se projevuje hlavně u jedinců, kteří trpí zároveň i jinou poruchou užívání látek, například užívají alkohol, opioidy nebo stimulantia (DSM-5, 2015).

Diagnostická kritéria

Diagnostická kritéria užívání sedativ, hypnotik nebo anxiolytik jsou shodná jako kritéria užívání opioidů, dochází jen k záměně pojmu opioidy za pojmy sedativa, hypnotika nebo anxiolytika (str. 37-38).

Diagnostická kritéria intoxikace sedativy, hypnotiky nebo anxiolytiky

- A. Jedinec nedávno užil sedativa, hypnotika nebo anxiolytika.
- B. U jedince se projevují klinicky významné problémové změny v oblasti chování nebo psychiky (např. nevhodné sexuální a agresivní chování, labilní nálada,

narušený úsudek), které se objevily během nebo krátce po užití sedativ, hypnotik nebo anxiolytik.

- C. U jedince se projevuje jeden (nebo více) z následujících symptomů, které se rozvinuly v průběhu užívání nebo krátce po užití sedativ, hypnotik nebo anxiolytik:
1. setřelá řeč,
 2. nekoordinovanost,
 3. nejistá chůze,
 4. mimovolné oční pohyby,
 5. zhoršení kognitivních funkcí (např. paměť, pozornost),
 6. stupor nebo kóma.
- D. Symptomy nebo znaky, které se u jedince projevily, se nedají přičítat jinému somatickému onemocnění a nejdou vysvětlit ani jinou duševní poruchou, ani intoxikací jinou látkou (DSM-5, 2015).

Diagnostická kritéria odvykacího stavu u sedativ, hypnotik nebo anxiolytik

- A. Jedinec ukončil nadměrné a dlouhodobé užívání sedativ, hypnotik nebo anxiolytik.
- B. U jedince se projevují dva (nebo více) z následujících symptomů, které se rozvinuly v průběhu několika hodin až několika dní po ukončení (nebo omezení) užívání sedativ, hypnotik nebo anxiolytik, po splnění kritéria A:
1. autonomní hyperaktivita (např. pocení nebo rychlejší pulz než sto úderů za minutu),
 2. třes rukou,
 3. nespavost,
 4. nevolnost či zvracení,
 5. přechodné zrakové, sluchové nebo hmatové halucinace a iluze,
 6. psychomotorický neklid,
 7. úzkost,
 8. epileptické záchvaty.
- C. Symptomy nebo znaky, které jsou popsány v kritériu B, vedou ke klinicky závažné nepohodě nebo funkčnímu narušení v sociální, pracovní nebo jiné důležité oblasti.

- D. Symptomy nebo znaky, které se u jedince projevily, se nedají přičítat jinému tělesnému onemocnění a nejdou vysvětlit ani jinou duševní poruchou, intoxikací jinou látkou a ani odvykacím stavem po jiné látce (DSM-5, 2015).

4. Závislost na stimulantech

Charakteristika

Mezi stimulantia patří látky jako amfetamin, dextroamfetamin, metamfetamin (neboli pervitin). Řadí se sem i látky, které jsou strukturálně odlišné (jedná se například o metylfenidát), ale mají podobné účinky. Látky tohoto typu jsou většinou užívány perorálně nebo nitrožilně, mentamfetamin se užívá i šňupáním (DSM-5, 2015).

Užívání stimulantů se objevuje ve všech společenských vrstvách a častěji ji užívají jedinci ve věku 12–25 let. K pravidelnému užívání nejčastěji dochází okolo 23. roku věku (DSM-5, 2015).

Diagnostická kritéria

Diagnostická kritéria užívání stimulantů jsou shodná jako kritéria užívání opioidů, dochází jen k záměně pojmu opioidy za pojem stimulantia (str. 37-38).

Diagnostická kritéria intoxikace stimulanty

- A. Jedinec nedávno užil látky amfetaminového typu, kokain nebo jiná stimulantia.
- B. U jedince se projevují klinicky významné problémové změny v oblasti chování nebo psychiky (např. euforie či afektivní otupení, změny v sociabilitě, zvýšená bdělost a vylekanost, citlivost v mezilidských kontaktech, úzkost, napětí nebo hněv, stereotypní chování, narušený úsudek), které se objevily během nebo krátce po užití stimulantů.
- C. U jedince se projevují dva (nebo více) z následujících symptomů či znaků, které se rozvinuly v průběhu nebo krátce od užití stimulantů:
 - 1. zrychlená nebo zpomalená srdeční činnost,
 - 2. rozšíření zornic,
 - 3. zvýšený nebo snížený krevní tlak,
 - 4. pocení nebo zimnice,
 - 5. nevolnost či zvracení,
 - 6. prokázaný úbytek hmotnosti,
 - 7. psychomotorický neklid nebo zpomalení,

8. svalová slabost, bolesti na hrudi, respirační útlum nebo srdeční arytmie,
 9. zmatenost, záchvaty, porucha souhry normální pohybů, abnormální svalové napětí nebo kóma.
- D. Symptomy nebo znaky, které se u jedince projevily, se nedají přičítat jinému tělesnému onemocnění a nejdou vysvětlit ani jinou duševní poruchou, ani intoxikací jinou látkou (DSM-5, 2015).

Diagnostická kritéria odvykacího stavu u stimulancií

- A. Jedinec ukončil nadměrné a dlouhodobé užívání látky amfetaminového typu, kokainu nebo jiných stimulancií.
- B. U jedince se projevuje dysforická nálada a dva (nebo více) z následujících symptomů či znaků, které se rozvinuly v období přibližně několika hodin až dní po splnění kritéria A:
1. únava,
 2. živé, nepříjemné sny,
 3. nespavost nebo chorobná, nadměrná spavost (i ve dne),
 4. zvýšená chuť k jídlu,
 5. psychomotorické zpomalení nebo agitovanost.
- C. Symptomy nebo znaky, které jsou popsány v kritériu B, vedou ke klinicky závažné nepohodě nebo funkčnímu narušení v sociální, pracovní nebo jiné důležité oblasti.
- D. Symptomy nebo znaky, které se u jedince projevily, se nedají přičítat jinému somatickému onemocnění a nejdou vysvětlit ani jinou duševní poruchou, intoxikací jinou látkou a ani odvykacím stavem po jiné látce (DSM-5, 2015).

5. Závislost na halucinogenech

Charakteristika

Mezi halucinogeny se řadí fencyklidiny (např. PCP, „andělský prach“, a další podobně působící látky, ale méně účinné, jako je ketamin, cyklohexamin a dizocilpin). Jedná se o látky, které byly v 50. letech 20. století vyvinuty jako disociativní anestetika a o deset let později se z nich staly pouliční drogy. Tyto látky v nízkých dávkách navodí člověku pocit oddělení mysli a těla, ve vysokých dávkách však může dojít ke stuporu a kómatu. Tyto látky se nejčastěji kouří nebo užívají perorálně, ale mohou být i šňupány nebo aplikovány nitrožilně. I když psychoaktivní účinky PCP trvají jen několik hodin,

k úplnému vyloučení těchto látek z těla dochází většinou až po osmi dnech nebo i déle. U jedinců, kteří jsou citlivější, mohou účinky halucinogenů trvat i několik týdnů a mohou také způsobit přetrvávající psychotickou epizodu, která se podobá schizofrenii. U ketaminu se zjistila účinnost při léčbě depresivní poruchy. Odvykácí symptomy nebyly u lidí jednoznačně prokázány, proto ani nejsou popsány v diagnóze poruch užívání fencyklidinu (DSM-5, 2015).

Mezi ostatní halucinogeny (mimo fencyklidinu) se řadí velké množství látek, jako jsou fenylalkylaminy (např. meskalin, DOM, MDMA neboli „extáze“), indolaminy (zahrnující psilocybin a psilocin), dimethyltryptamin (DMT), ergoliny (LSD a semena povijnice). Do halucinogenů se také řadí etnobotanické látky, jako je šalvěj divotvorná a durman obecný. Halucinogeny jsou většinou užívány perorálně, ale mohou se i kouřit (např. šalvěj, DMT), nebo ve výjimečných případech mohou být i šňupány nebo aplikovány nitrožilně (např. extáze). Délka účinku se liší podle toho, o jaký typ halucinogenu jde. Některé halucinogeny mají dlouhý poločas vylučování z těla, a tím tedy prodloužený účinek, takže jejich užívání nebo doba zotavení se z jejich účinků může trvat od několika hodin až po dny (jedná se např. o LSD nebo extázi). Ostatní halucinogeny mají krátkou dobu působení (např. DMT a šalvěj). Opakovaným užíváním halucinogenů se k těmto látkám vytvoří tolerance, která má autonomní a také psychický účinek (DSM-5, 2015).

Diagnostická kritéria fencyklidinu

Diagnostická kritéria užívání fencyklidinu jsou shodná jako kritéria užívání opioidů, dochází jen k záměně pojmu opioidy za pojem fencyklidin (str. 37-38). Jedinou výjimkou je odvykácí stav po užívání fencyklidinu. Ten byl popsán jen u zvířat, ale u lidí se nevyskytuje, proto zde toto kritérium není popsáno (DSM-5, 2015).

Diagnostická kritéria halucinogenů

Diagnostická kritéria užívání halucinogenů jsou shodná jako kritéria užívání opioidů, dochází jen k záměně pojmu opioidy za pojem halucinogeny (str. 37-38). Jedinou výjimkou je odvykácí stav po užívání halucinogenů. Odvykácí stav po užívání halucinogenu se nevyskytuje, proto zde toto kritérium není popsáno (DSM-5, 2015).

Diagnostická kritéria intoxikace fencyklidinem

A. Jedinec nedávno užil fencyklidin (nebo farmakologicky podobnou látku).

- B. U jedince se projevují klinicky významné problémové změny v oblasti chování (např. hašteřivost, impulzivita, útočnost, nepředvídatelnost, psychomotorický neklid, narušení úsudku), které se objevily během nebo krátce po užití fencyklidinu.
- C. U jedince se projevují dva (nebo více) z následujících symptomů, které se rozvinuly v průběhu jedné hodiny od užití fencyklidinu (pokud byla droga kouřena, šňupána či podána nitrožilně, může být velmi rychlý nástup symptomů).
1. vertikální či horizontální mimovolné oční pohyby,
 2. zvýšený krevní tlak nebo zrychlená srdeční činnost (zvýšená tepová frekvence),
 3. znecitlivění nebo snížená reakce na bolest,
 4. porucha hybnosti v oblasti koordinace pohybů,
 5. porucha výslovnosti některých hlásek,
 6. svalová ztuhlost,
 7. záchvaty nebo kóma,
 8. nadměrné vnímání zvuku.
- D. Symptomy, které se u jedince projevily, se nedají přičítat jinému somatickému onemocnění a nejdou vysvětlit ani jinou duševní poruchou, ani intoxikací jinou látkou (DSM-5, 2015).

Diagnostická kritéria intoxikace halucinogeny

- A. Jedinec nedávno užil halucinogen (jiný než fencyklidin).
- B. U jedince se projevují klinicky významné problémové změny v oblasti chování nebo psychiky (např. výrazná úzkost, deprese, vztahovačnost, paranoia, strach ze „zešílení“, narušený úsudek), které se objevily během nebo krátce po užití halucinogenu.
- C. U jedince se projevují změny ve vnímání, které nastávají ve stavu plné bdělosti a pozornosti (např. iluze, halucinace, depersonalizace...).
- D. U jedince se projevují dva (nebo více) z následujících symptomů, které se rozvinuly v průběhu nebo krátce od užití halucinogenu:
1. rozšíření zornic,
 2. zrychlená srdeční činnost (zvýšená tepová frekvence),
 3. pocení,
 4. rychlé a nepravidelné srdeční úder,

5. rozmazané vidění,
6. třes,
7. narušená koordinace.

E. Symptomy nebo znaky, které se u jedince projevily, se nedají přičítat jinému somatickému onemocnění a nejdou vysvětlit ani jinou duševní poruchou, ani intoxikací jinou látkou (DSM-5, 2015).

6. Závislost na tabáku (tabakismus)

Charakteristika

Porucha užívání tabáku se často vyskytuje mezi jedinci, kteří denně užívají cigarety nebo tabák, který se nekouří, a neobvyklá je u jedinců, kteří tabák neužívají denně anebo užívají nikotinovou medikaci. Z výzkumu provedeném v USA vyplynulo, že většina adolescentů experimentuje s užíváním tabáku (20 % z nich ve věku 18 let kouří nejméně jednou za měsíc). Většina z nich poté zůstane u užívání tabáku a stanou se z nich denní uživatelé. Začátek kouření po 21. roce věku je spíše vzácný (DSM-5, 2015).

Diagnostická kritéria

Diagnostická kritéria užívání tabáku jsou téměř shodná jako kritéria užívání opioidů, dochází jen k záměně pojmu opioidy za pojem tabák (str. 37-38). Výjimka nastává v tomto kritériu:

3. Jedinec velkou část svého času tráví snahou získat tabák nebo tráví čas užíváním této látky, ne však zotavováním se z jejich účinků (DSM-5, 2015).

Diagnostická kritéria odvykacího stavu u tabáku

- A. Jedinec užívá tabák po dobu nejméně několika týdnů.
- B. Jedinec náhle ukončil užívání tabáku nebo omezil užívané množství, po čemž následovaly čtyři (nebo více) následujících symptomů nebo znaků, které se projevily v průběhu čtyřadvaceti hodin:
 1. iritabilita, frustrace či vztek,
 2. úzkost,
 3. potíže se soustředěním,
 4. zvýšená chuť k jídlu,
 5. neklid,
 6. depresivní nálada,

7. nespavost.

- C. Symptomy nebo znaky, které jsou popsány v kritériu B, vedou ke klinicky závažné nepohodě nebo funkčnímu narušení v pracovní, v sociální nebo jiné důležité oblasti.
- D. Symptomy nebo znaky, které se u jedince projevily, se nedají přičítat jinému somatickému onemocnění a nejdou vysvětlit ani jinou duševní poruchou, intoxikací jinou látkou a ani odvykacím stavem po jiné látce (DSM-5, 2015).

7. Závislost na organických rozpouštědlech

Charakteristika

Patří sem organická rozpouštědla na bázi uhlovodíků. Těkavé uhlovodíky zahrnují toxické plyny z paliv, ředidel, lepidel, barev a jiných těkavých sloučenin (DSM-5, 2015). V dnešní době už nejsou tyto látky hlavní zneužívanou drogou, jak tomu bylo v osmdesátých letech minulého století, ale stále zůstávají rizikem (Hajný, M., 2001).

Diagnostická kritéria

Diagnostická kritéria užívání organických rozpouštědel jsou shodná jako kritéria užívání opioidů, dochází jen k záměně pojmu opioidy za pojem organická rozpouštědla (str. 37-38). Jedinou výjimkou je odvykací stav po užívání organických rozpouštědel. Odvykací stav po užívání organických rozpouštědel se nevyskytuje, proto zde toto kritérium není popsáno (DSM-5, 2015).

Diagnostická kritéria intoxikace organickými rozpouštědly

- A. Jedinec byl nedávno vystaven záměrně či nezáměrně vysokým dávkám organických rozpouštědel (patří sem i těkavé uhlovodíky jako toluen nebo benzín).
- B. U jedince se projevují klinicky významné problémové změny v oblasti chování nebo psychiky (např. útočnost, agresivita, apatie, narušený úsudek), které se objevily během nebo krátce po vystavení se organickým rozpouštědlům.
- C. U jedince se projevují dva (nebo více) z následujících symptomů či znaků, které se rozvinuly v průběhu nebo krátce po vystavení se organickým rozpouštědlům:
 - 1. závratě,
 - 2. mimovolné oční pohyby,
 - 3. zhoršená koordinace,

4. setřelá řeč,
5. nestabilní chůze,
6. letargie,
7. utlumené reflexy,
8. zpomalení psychomotoriky,
9. třes,
10. generalizovaná svalová slabost,
11. rozmazané nebo dvojité vidění,
12. stupor nebo kóma,
13. euforie.

D. Symptomy nebo znaky, které se u jedince projevily, se nedají přičítat jinému tělesnému onemocnění a nejdou vysvětlit ani jinou duševní poruchou, ani intoxikací jinou látkou (DSM-5, 2015).

Další závislosti, které nesouvisí s užíváním návykových látek

Patologické hráčství (gambling)

Diagnostická kritéria

Problémové a opakující se hraní je problémem, který vede ke klinicky významnému narušení či nepohodě. Projevuje se alespoň čtyřmi (nebo více) z následujících znaků v průběhu jednoho roku:

1. Jedinec má potřebu hrát se stále vyššími finančními částkami za účelem dosažení žádoucí vzrušení.
2. Jedinec pociťuje neklid či iritabilitu při pokusech, kdy chce omezit hraní nebo s ním zcela skončit.
3. U jedince se vyskytují opakované neúspěšné pokusy o omezení nebo ukončení hraní.
4. Jedinec často myslí na hraní (znovu prožívá své hráčské zážitky).
5. Jedinec často hraje, pokud cítí nepohodu (např. vina, úzkost, bezmocnost, deprese)
6. V případě prohry se jedinec vrací druhý den, aby své peníze vydělal zpět.
7. Jedinec se uchyluje ke lhaní, aby utajil svoje hráčství.
8. U jedince dochází k ohrožení nebo ztrátě vztahu, práce, možnosti vzdělávání nebo kariéry kvůli hraní.

9. Jedinec spoléhá na to, že v případě špatné finanční situace mu pomohou ostatní. U hraní se nevyskytuje manická epizoda (DSM-5, 2015).

Mezi nové typy závislostního chování dále řadíme netománii (neboli závislost na internetu), závislost na televizi, sexuální závislost, závislost na práci, shopaholismus neboli oniománii (závislost na nakupování), mentální anorexii či bulimii (Mühlpachr, P., 2008).

Shrnutí

Tato kapitola pojednává o možných příčinách rozvoje závislostního chování, jeho následného zjišťování neboli detekce u jedince a projevech jednotlivých typů návykových látek. Tyto látky se dělí do dvou kategorií, na návykové látky alkoholového typu (zahrnuje alkohol) a nealkoholového typu jako jsou opioidy; kanabinoidy; sedativa, hypnotika nebo anxiolytika; stimulancia; halucinogeny; tabák a organická rozpouštědla.

3 Prevence rozvoje závislosti na návykových látkách a léčba závislosti

3. 1 Prevence drogové závislosti

Závislost na drogách a také podceňovaná závislost na alkoholu je jednou z nejzávažnějších epidemií na světě. Závislost, která se u člověka rozvine na některé druhy drog, má za následek stejnou úmrtnost jako ty nejzhoubnější nádory (Drtilová, J., Koukolík, F., 1994). Zneužívání látek, jako je alkohol nebo drogy, v mladistvém věku může vést velmi rychle k vytvoření návyku, a právě tomu je třeba předcházet. Proto je velmi důležitá prevence v období dospívání, protože tato skupina lidí bývá zvláště ohrožena (Nešpor, K., Csémy, L., 2003). Existuje mnoho příčin, proč děti a mladí lidé začínají s návykovými látkami. Tyto příčiny se běžně prolínají mezi sebou (Drtilová, J., Koukolík, F., 1994). Příčiny vzniku závislosti na drogách jsou blíže popsány ve druhé kapitole.

Rodinné prostředí

Výchova dospívajícího jedince není vždy jednoduchá. Ve výhodě jsou ti rodiče, kteří jsou schopni navzájem spolupracovat jak mezi sebou, tak s dalšími dospělými členy v rodině a okolí. Nejlepší možností ve výchově dospívajícího jedince se jeví vřelá a středně omezující výchova přiměřená věku dítěte. Rodiče by samozřejmě měli zajistit dohled nad dítětem, ale také jen přiměřeně jeho věku. Pro dospívající mládež je také důležité stabilní a předvídatelné rodinné prostředí (Nešpor, K., 2001).

Rodiče by měli být schopni s dítětem diskutovat i o citlivých otázkách a ožehavých tématech (jako jsou například návykové látky) a měli by dospívajícího nechat projevit své pocity a názory, ale vše do jisté míry. Rodiče by totiž neměli vždy přistoupit na stanovisko dospívajícího, ale nastavit a dodržovat určitá zdravá rodinná pravidla. Dospívající by se měl naučit, že existují i jiné alternativy než návykové látky. Rodiče by zároveň měli být schopni o návykových látkách s dospívajícím jedincem hovořit a informovat ho o nebezpečích, které se ukrývá za jejich užíváním. Rodiče by také měli dítěti umět pomoci v problémových situacích, nebo alespoň zajistit pomoc někoho jiného (pomoc psychologa, zdravotní pomoc apod.) (Nešpor, K., 2001).

Rodiče a další blízké osoby by se měli snažit zajistit dospívajícímu vhodnou vrstevnickou společnost a také ho povzbuzovat k tomu, aby si našel a věnoval se

kvalitním zájmům a zálibám. Pokud je dospívající jedinec v něčem dobrý, tak ho v tom podporovat a umožnit mu rozvoj jeho nadání a schopností, ale neklást na něj nerealistické cíle (Nešpor, K., 2001).

Rodina by dále jedinci měla pomoci při navazování vztahu mimo rodinu, protože díky vztahům v rodině se dítě naučí a nacvičí si sociální dovednosti (jako je komunikace, zdravé sebevypovězení, schopnost rozhodování, schopnost čelit sociálnímu tlaku).

Jedinec se v rodině naučí řadě dovedností a získá mnoho znalostí. Ty pak může zúročit během dospívání a dospělosti. Jedinec si během dospívání prohlubuje dovednosti v oblasti sebeuvědomování, relaxace a autoregulace. Důležité je také zvládnutí některé relaxační techniky a schopnost předvídat dopad svého jednání. Jedinec by si zároveň měl prohlubovat mediální gramotnost a být schopný čelit tlaku reklamy na návykové látky (Nešpor, K., 2001).

Školní prostředí

Od poloviny devadesátých let 20. století u nás došlo k vytvoření řady preventivních programů ve školách, kde se snaží instituce a jednotlivci dětem předat informace o negativních vlivech, kterými se vyznačuje užívání návykových látek. Využívají k tomu různé filmy či besedy s bývalými toxikomany. Některé programy se také zaměřují na odstraňování příčin experimentování s návykovou látkou a závislostí, tedy na rozvoj tvořivosti, schopnost řešit běžné problémové situace, ke kterým dochází třeba ve třídě, zaměřují se i na komunikaci mezi dětmi ve třídách a další psychologické oblasti života dětí a dospívajících (Hajný, M., 2001).

Podle § 29 školského zákona jsou školy a školská zařízení povinny sledovat fyziologické potřeby dětí, žáků a studentů, vytvářet pro jejich zdravý vývoj vhodné podmínky a zamezit rozvoji sociálně patologických jevů při vzdělávání a činnostech, které s tím souvisejí (zákon č. 561/2004, Sb.). Dále podle vyhlášky č. 72/2005 Sb. se vyhodnocováním účinnosti preventivních programů, které se uskutečňují ve škole, zabývá metodik prevence (vyhláška č. 72/2005, Sb.).

Podle studií ze Spojených států a Velké Británie preventivní protidrogové programy musí splňovat několik obecných podmínek:

1. Program musí být dlouhodobý. Žák se ho účastní alespoň několik měsíců.
2. Zaměřuje se na komplexní informovanost o dané problematice. Žák by měl být informován o účincích drog, o zdravotních rizicích, možných příčinách užívání.

Také by se měl probírat rozvoj schopnosti sebehodnocení, mluvit o svém sebevědomí a trénovat komunikační dovednosti při řešení problémů.

3. Program by měl dokázat zapojit žáky do spoluutváření aktivit a podílení se na samotném programu.
4. Rodiče dětí jsou o programu informováni, vědí, co se probírá a mohou se k němu také vyjadřovat.
5. Program je zařazen do běžného vyučovací procesu.
6. Program je podporován pedagogy i rodiči.
7. Program vedou kvalifikovaní odborníci, kteří mají nejen odborné, ale i pedagogické schopnosti a předpoklady (Hajný, M., 2001).

Obsah preventivních protidrogových programů by se neměl brát na lehkou váhu, mohl by se jednoduše stát jen návodem a informačním zdrojem, jak užívat návykové látky (Hajný, M., 2001).

3. 2 Léčba drogové závislosti

Při léčbě závislosti na alkoholu (ale i jiných návykových látkách) je prvním krokem přiznání si problému a závislosti. Hlavním cílem léčby je poté důsledná a trvalá (nejčastěji doživotní) abstinence (Orel, M., 2012). Léčba je také úspěšná v případě, pokud se v rámci terapie respektuje komplexnost (biopsychosociální problematika), je-li pro závislého jedince dostupná odpovídající léčba a její délka trvání, jsou-li vybrány správné metody a prostředky léčby a je-li zajištěna funkční spolupráce s dalšími institucemi. Často se jedná o nezdravotnické instituce (Raboch, J., Zvolský, P., 2001). V současné době se na pomoci závislým osobám, vedle kvalitních léčebných zařízení, podílejí i zařízení následné péče spadající pod sociální služby (Raboch, J., Zvolský, P., 2001).

Kontaktní centra

Jedná se o nízkoprahová zařízení, která poskytují ambulantní, nebo i terénní služby jedincům, kteří jsou ohroženi závislostí na návykových látkách. Cílem těchto služeb je snižování zdravotních a sociálních rizik spojených se zneužíváním návykových látek. Mezi základní pomoc osobám ohroženým závislostí na návykových látkách, kterou kontaktní centra nabízí, patří tyto činnosti:

1. sociálně terapeutické,

2. pomoc v případě uplatňování práv, oprávněných zájmů a při řešení osobních záležitostí,
3. poskytnutí podmínek pro osobní hygienu (zákon č. 108/2006 Sb.).

Mezi další činnosti patří například výměnný program, tedy výměna použitých pomůcek k aplikaci drogy (př. injekčních stříkaček) za nové. Tato služba pomáhá hlavně v oblasti prevence, aby nedošlo k šíření krví přenosných nemocí jako je hepatitida nebo AIDS. Tato služba není prováděna jen v ambulantních zařízeních, ale i v rámci terénních programů (Raboch, J., Zvolský, P., 2001). V České republice se této činnosti věnuje například organizace Podané ruce (Podané ruce [online], 2019).

Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež

Tato zařízení poskytují ambulantní nebo i terénní služby dětem od 6 do 26 let, které jsou ohroženy společensky nežádoucími jevy. Cílem služeb je zajistit lepší kvalitu života těchto dětí a předcházet nebo snížit sociální a zdravotní rizika související s jejich způsobem života. Dále jim umožnit lépe se orientovat v jejich sociálním prostředí a vytvořit podmínky k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Tyto služby mohou být poskytovány anonymně. Mezi základní pomoc, kterou nízkoprahová zařízení pro děti a mládež nabízejí, se řadí tyto činnosti:

1. výchovné, vzdělávací a aktivizační,
2. sociálně terapeutické,
3. zprostředkování kontaktu se společenským okolím,
4. pomoc v případě uplatňování práv, oprávněných zájmů a při řešení osobních záležitostí (zákon č. 108/2006 Sb.).

Služby následné péče

Služby následné péče jsou buď ambulantní nebo pobytové. Jsou poskytovány jedincům s chronickým duševním onemocněním nebo jedincům závislým na návykových látkách, kteří už za sebou mají prvotní léčbu ve zdravotnickém zařízení nebo absolvovali ambulantní léčbu nebo se jí právě účastní nebo jedincům, kteří abstingují. Mezi základní pomoc, kterou služby následné péče nabízejí, se řadí tyto činnosti:

1. sociálně terapeutické,
2. zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,

3. pomoc v případě uplatňování práv, oprávněných zájmů a při řešení osobních záležitostí.

Osobám, kterým je poskytována pobytová služba v zařízeních následné péče, je vedle základních činností pomoci poskytnuto i ubytování a strava nebo pomoc při zajištění stravy (zákon č. 108/2006 Sb.).

Terapeutické komunity

Tyto komunity poskytují pobytové služby pro jedince, kteří jsou závislí na návykových látkách nebo pro jedince s chronickým duševním onemocněním, kteří se chtějí začlenit do běžného života. Tyto služby jsou poskytovány i na přechodnou dobu. Mezi základní pomoc, kterou terapeutické komunity nabízejí, se řadí:

1. poskytnutí ubytování,
2. poskytnutí stravy,
3. zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
4. sociálně terapeutické činnosti,
5. pomoc v případě uplatňování práv, oprávněných zájmů a při řešení osobních záležitostí (zákon č. 108/2006 Sb.).

Terénní programy

Jedná se o terénní služby, které jsou poskytovány lidem, kteří vedou rizikový způsob života či jsou takovýmto způsobem života ohroženi. Jedná se například o uživatele návykových látek nebo omamných psychotropních látek, problémové skupiny osob, jedince bez přístřeší, jedince, kteří žijí v sociálně vyloučených lokalitách a další sociálně ohrožené skupiny. Cílem terénních programů je tyto jedince lokalizovat a minimalizovat rizika, která jsou spojená s jejich způsobem života. Tyto služby mohou být poskytnuty i anonymně. Mezi základní pomoc, kterou terénní programy nabízejí, se řadí:

1. zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
2. pomoc v případě uplatňování práv, oprávněných zájmů a při řešení osobních záležitostí (zákon č. 108/2006 Sb.).

Detoxikace

U jedinců, kteří užívají návykové látky v nadměrném množství, může dojít k intoxikaci. Jako léčebný krok se v tomto případě nejprve provádí detoxikace. Jedná se

o specifický léčebný postup (tedy záleží na typu zneužívané návykové látky), který má za cíl eliminovat psychoaktivní látky z organismu jedince a minimalizovat jejich škodlivé účinky. Detoxikace je proto velmi často prováděna na anesteziologicko-resuscitačních odděleních nebo jednotkách intenzivní péče (hlavně při ohrožení vitálních funkcí jedince).

Pro označení léčebných postupů, které se používají při zvládnání odvykacího stavu se užívá termín detoxifikace. Kromě detoxifikace pacient projde i psychiatrickým, somatickým, toxikologickým a biochemickým vyšetřením a screeningem infekčních onemocnění (hepatitida, HIV).

Oba tyto procesy (detoxikace a detoxifikace) se v praxi velmi často prolínají, například jedná-li se o pacienta, který zahajuje odvykací léčbu a při nástupu je pod vlivem drog. Proto se v souvislosti s postupy u závislých osob používá termín „detox“ (Raboch, J., Zvolský, P., 2001).

Substituční léčba

Jedná se o postup léčby, který využívá substituci neboli nahrazení užívané návykové látky (většinou získané ilegálně) látkou jinou (přesněji metadonem nebo buprenorfinem). Substituční léčba může trvat krátkodobě, jedná se tedy o rychlou detoxifikační substituci, která je prováděna pod lékařským dozorem jeden až dva týdny. Také může být střednědobá, a to u pacienta, který je v ústavní léčbě, nebo i ambulantně. Zde se jedná o několik týdnů až měsíců. Střednědobá substituční léčba se také využívá u jedinců, kteří mají velmi vysokou toleranci nebo jsou závislí na více látkách najednou, které jsou následně vysazovány a nahrazovány postupně. Dlouhodobá substituční léčba je realizovaná ambulantně (metadonová či buprenorfinová substituční léčba (Raboch, J., Zvolský, P., 2001).

Výsledky z USA ukazují, že pomocí substituční léčby lze dosáhnout stabilizace i u pacientů, u kterých selhaly všechny ostatní pokusy o léčbu (Raboch, J., Zvolský, P., 2001).

Ústavní péče

Ústavní léčba je například pobyt v léčebném zařízení (psychiatrická léčebna, specializované samostatné oddělení). Může se jednat o různě dlouhou péči, vždy záleží na účelu, který má plnit. Terapeutický program v ústavní péči zahrnuje skupinové

psychoterapie, pracovní (činnosti) terapie a podpůrné farmakoterapie (Raboch, J., Zvolský, P., 2001).

3.3 Ústavní a ochranná výchova

Podle zákona 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, mají jedinci s poruchou chování soudem nařízenou ústavní výchovu nebo uloženou ochranou výchovu a jsou umístěni do školských zařízení specializujících se na výkon ústavní a ochranné výchovy (zákon č. 109/2002 Sb.).

Ústavní výchova

Ústavní výchovu může mít nařízeno dítě soudem do osmnácti let. Toto nařízení se opírá o občanský zákoník a lze ho nařídit nejdéle na tři roky. Po uplynutí této doby, lze ústavní výchovu prodloužit, pokud stále nepominuly důvody k jejímu nařízení (zákon č. 89/2012 Sb.).

K nařízení ústavní výchovy se přistupuje v případě, když jsou výchova dítěte, jeho rozumový, duševní či tělesný stav nebo řádný vývoj ohroženy a jiná výchovná opatření tyto skutečnosti nedokázala napravit. Anebo se tak stává v případě, kdy se rodiče z jiných závažných důvodů nemohou starat o dítě, tedy nemohou zajistit jeho výchovu. V této situaci mohou být děti přechodně umístěny do zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (neboli ZDVOP), než se situace v rodině vyřeší (zákon č. 109/2002 Sb.).

Když soud rozhoduje o umístění dítěte do určité typu zařízení, vždy je do popředí staven zájem dítěte a také názor odborníků z orgánu sociálně-právní ochrany dětí (neboli OSPOD). Také se řeší, aby zařízení, kam bude dítě umístěno, bylo v blízkosti bydliště rodičů, popřípadě jiných příbuzných. Tohle hledisko se řeší i ve chvíli, má-li být dítě přesunuto ze zařízení do jiného zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy (zákon č. 109/2002 Sb.).

Ředitel zařízení může ukončit pobyt dítěte v zařízení v případě pokud:

1. Soud zrušil nařízení ústavní nebo ochranné výchovy, nebo pokud již uplynula stanovená doba trvání ústavní výchovy, jestliže ke dni uplynutí této doby už skončilo řízení soudu o prodloužení nebo zrušení ústavní výchovy.
2. Jedinec dosáhl zletilosti a nechce v zařízení setrvat do ukončení přípravy na své povolání.

3. Jedinec dosáhl věku 19 let v případě, kdy měl prodlouženou ústavní nebo ochrannou výchovu a nechce v zařízení setrvat do ukončení přípravy na své povolání.
4. Pokud nabylo právní moci rozhodnutí soudu o osvojení či svěření dítěte do pěstounské péče.
5. Uplynula-li doba trvání předběžného opatření, nebo bylo zrušeno soudem (zákon č. 109/2002 Sb.).

Pokud pominou důvody, kvůli kterým byla dítěti nařízena ústavní výchova, nebo je možné pro dítě zajistit jinou péči než ústavní, soud ústavní výchovu zruší a zároveň rozhodne, komu bude dítě svěřeno do péče (zákon č. 89/2012 Sb.).

Ochranná výchova

Ochranná výchova je ukládána soudem podle zákona o soudnictví ve věcech mládeže jedincům mezi dvanáctým a osmnáctým rokem věku, u nichž se objevily obzvláště závažné výchovné problémy. Ochranná výchova je uložena dětem mezi dvanáctým a patnáctým rokem, pokud se dopustily činu, za který by byl dospělému uložen výjimečný trest podle trestního zákona. Dospívajícím mezi patnáctým a osmnáctým rokem je ochranná výchova uložena v případě spáchání trestného činu a pokud se rozhodne, že pro budoucí vývoj jedince bude lepší uložení ochranné výchovy než trestu odnětí svobody (zákon č. 218/2003 Sb.).

Uložení ochranné výchovy může trvat nejdéle do doby, než jedinec dosáhne zletilosti, ale může být ve výjimečných případech prodlouženo do devatenácti let jako je to u ústavní výchovy (Vojtová, V., 2010).

Zařízení výkonu ústavní a ochranné výchovy

Ústavní a ochranná výchova je vykonávána ve speciálních školských zařízeních podle zákona č. 109/2002 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Mezi školská zařízení vykonávající ústavní a ochrannou výchovu se řadí:

1. diagnostický ústav,
2. dětský domov,
3. dětský domov se školou,
4. výchovný ústav.

V těchto školských zařízeních je zajišťována výchova a vzdělávání dětem od tří do osmnácti let, ve výjimečných případech až do 19 let, nebo pokud se jedinec připravuje na budoucí povolání, může zůstat v zařízení až do dvaceti šesti let (zákon č. 109/2002 Sb., zákon č. 117/1995 Sb.). Zařízení poskytují dětem s nařízenou ústavní výchovou nebo uloženou ochrannou výchovou takovou péči, kterou by jinak poskytovali osoby odpovědné za výchovu. Sociálně pedagogické a psychologické služby mohou být dítěti poskytovány i ambulantní formou, a to dítěti, které pobývá mimo zařízení podle § 23 odst. 1 písm. a) až c) (zákon č. 109/2002 Sb.).

Základní organizační jednotkou, je v těchto typech zařízení, pro práci s dětmi zavedena výchovná skupina či rodinná skupina (zákon č. 109/2002 Sb.).

Výchovná skupina se zřizuje jako základní organizační jednotka v diagnostickém ústavu, kdy je tvořena nejméně čtyřmi a nejvíce osmi dětmi a ve výchovném ústavu, kde je tvořena nejméně pěti a nejvíce osmi dětmi. V diagnostickém ústavu jsou zřízeny nejméně tři výchovné skupiny pro účely komplexního vyšetření dětí. Celé diagnostické ústavy nebo jen výchovné skupiny diagnostických ústavů mohou být děleny podle věku nebo pohlaví dítěte. Ve výchovném ústavu může být zřízeno maximálně šest výchovných skupin. Děti jsou zařazovány do výchovných skupin podle jejich výchovných, vzdělávacích a zdravotních potřeb. (zákon č. 109/2002 Sb.).

Rodinná skupina se zřizuje jako základní organizační jednotka v dětském domově, kde je tvořena nejméně šesti a nejvíce osmi dětmi a v dětském domově se školou, kde je tvořena nejméně pěti a nejvíce osmi dětmi. V obou typech dětských domovů jsou děti v koedukované skupině (společně dívky i chlapci) a také jsou v jedné rodinné skupině děti různého věku. Sourozenci jsou většinou zařazeni do stejné rodinné skupiny (zákon č. 109/2002 Sb.).

V dětských domovech a dětských domovech se školou se zřizují nejméně dvě a nejvíce šest rodinných skupin. I zde jsou děti zařazovány do rodinných skupin podle jejich výchovných, vzdělávacích a zdravotních potřeb (zákon č. 109/2002 Sb.).

1. Diagnostický ústav

Než je dítě umístěno do diagnostického ústavu, mělo by projít preventivními opatřeními, jako je například využití služeb preventivní výchovné péče, které jsou nabízeny středisky výchovné péče.

Do diagnostického ústavu jsou děti přijímány většinou na dobu, která trvá osm týdnů, a to na základě předběžného opatření, nařízení ústavní výchovy či uložení

ochranné výchovy. V průběhu pobytu dítěte v diagnostickém ústavu se provede komplexní diagnostika a na jejím základě je dítě buď přesunuto do jiného školského zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, nebo je navraceno do běžného života (zákon č. 109/2002 Sb.).

Jak již bylo zmíněno výše, diagnostický ústav přijímá děti s nařízeným předběžným opatřením, nařízenou ústavní výchovou či uloženou ochrannou výchovou. Dále děti s uloženou ochrannou výchovou na základě výsledků komplexního vyšetření a jejich zdravotního stavu, a také volné kapacity jednotlivých zařízení, umísťuje do jednotlivých dětských domovů se školou nebo výchovných ústavů (zákon č. 109/2002 Sb.).

Úkoly diagnostického ústavu

- a) diagnostické (spočívají ve vyšetření úrovně dítěte formou psychologických a pedagogických činností),
- b) vzdělávací (u dítěte se zjišťuje úroveň dosažených dovedností a znalostí, dále se v zájmu rozvoje osobnosti dítěte stanovují a realizují specifické vzdělávací potřeby, které jsou přiměřené věku dítěte a jeho individuálním předpokladům a možnostem; pro děti, které ukončily povinnou školní docházku, se v diagnostickém ústavu zřizují diagnostické třídy, ve kterých je zajišťována příprava dětí na jejich budoucí povolání),
- c) terapeutické (využívají pedagogické a psychologické činnosti k nápravě poruch v mezilidských vztazích a v chování dítěte),
- d) výchovné a sociální (zaměřují se na osobnost dítěte, jeho rodinnou situaci a nezbytnou sociálně-právní ochranu; pokud je potřeba zpracovává se zdravotní vyšetření dítěte),
- e) organizační (sem spadají činnosti jako je umístování dítěte do zařízení, které se nachází v územním obvodu diagnostického ústavu, nebo popřípadě i mimo tento obvod; diagnostický ústav spolupracuje s orgánem sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD) v případě řešení předběžného opatření u dítěte, které bude vykonáváno v diagnostickém ústavu nebo v jiném zařízení a dále v řešení výkonu ústavní výchovy a určení zařízení, do kterého by mělo být dítě s nařízenou ústavní výchovou umístěno),
- f) koordinační (tyto úkoly se zabývají hlavně sjednocením odborných postupů zařízení v územním obvodu diagnostického ústavu) (zákon č. 109/2002 Sb.).

2. Dětský domov

Do dětského domova jsou umísťovány děti ve věku zpravidla od tří do nejvýše osmnácti let, ve výjimečných případech až do 19 let, nebo pokud se jedinec připravuje na budoucí povolání, může zůstat v zařízení až do dvaceti šesti let. Do dětského domova jsou rovněž umísťovány i nezletilé matky spolu se svými dětmi (zákon č. 109/2002 Sb.).

Dětský domov se stará o děti podle jejich individuálních potřeb. Ve vztahu k těmto dětem plní hlavně úkoly výchovné, vzdělávací a sociální. Hlavním účelem dětského domova je zajišťování péče o děti, které mají nařízenou ústavní výchovu a nemají závažné poruchy chování. Tyto děti se vzdělávají ve školách, jež nejsou součástí dětského domova (zákon č. 109/2002 Sb.).

3. Dětský domov se školou

Dětský domov se školou zajišťuje péči dětem, které mají nařízenou ústavní výchovu a zároveň se u nich projeví závažné poruchy chování, nebo tyto děti trpí přechodnou či trvalou duševní poruchou a na základě toho vyžadují výchovně léčebnou péči. Dětské domovy se zřizují pro děti zpravidla od šesti let do ukončení povinné školní docházky. Pokud během povinné školní docházky pominou důvody, kvůli kterým bylo dítě umístěno do dětského domova se školou, může se dítě vzdělávat ve škole, která nespadá pod toto zařízení (zákon č. 109/2002 Sb.).

Do dětských domovů se školou jsou dále umísťovány děti s uloženou ochrannou výchovou, nebo děti, které jsou zároveň nezletilými matkami a splňují některé z předešlých kritérií, a také jejich děti, jež nemohou být vzdělávány ve škole, která není součástí dětského domova se školou (zákon č. 109/2002 Sb.).

Dětské domovy se školou se zřizují odděleně pro děti s nařízenou ústavní výchovou, uloženou ochrannou výchovou, nebo pro nezletilé matky anebo se podle těchto kategorií zřizují rodinné skupiny (zákon č. 109/2002 Sb.).

Pokud i po ukončení povinné školní docházky přetrvávají u dítěte poruchy chování a nemůže-li se kvůli tomu žák vzdělávat na střední škole a zároveň neuzavře-li pracovně právní vztah, je přemístěno do výchovného ústavu (zákon č. 109/2002 Sb.).

4. Výchovný ústav

Výchovný ústav se stará o děti starší patnácti let, u kterých se projeví závažné poruchy chování, a kterým byla nařízena ústavní výchova či uložena ochranná výchova (zákon č. 109/2002 Sb.).

Do výchovného ústavu může být umístěno i dítě starší dvanácti let, pokud má uloženu ochrannou výchovu a jeho chování je tak závažné, že není možné, aby bylo umístěno v dětském domově se školou. Ve výjimečných případech, kdy se u dítěte staršího dvanácti let s nařízenou ústavní výchovu projevují závažné poruchy chování, lze toto dítě také umístit do výchovného ústavu (zákon č. 109/2002 Sb.).

Ve vztahu k těmto dětem plní výchovný ústav hlavně úkoly výchovné, vzdělávací a sociální. Výchovné ústavy jsou zřizovány odděleně pro děti s nařízenou ústavní výchovou, uloženu ochrannou výchovou a pro nezletilé matky a jejich děti, nebo pro děti, které vyžadují výchovně léčebnou péči. Pokud není výchovný ústav zřízen takto odděleně, zřizují se v rámci výchovného ústavu oddělené výchovné skupiny (zákon č. 109/2002 Sb.).

4 Vliv závislostního chování na vztahy klientů diagnostického ústavu

4.1 Metodologie výzkumného šetření

Výzkumný problém

K provedení výzkumu na téma „Vliv závislostního chování na vztahy klientů diagnostického ústavu“ autorku vedla zkušenost z předešlé praxe v diagnostickém ústavu, kde se setkala s několika mladistvými, kteří užívali návykové látky. Jednalo se například o zneužívání látek ze skupiny kanabinoidů, jako je marihuana, anebo o stimulancia, jako je pervitin. Začalo ji tedy zajímat, proč takto mladí jedinci začali užívat drogy a co je k tomu vedlo a jaký to pak mělo dopad na jejich rodinné vztahy a další vazby s blízkými osobami.

Hlavní cíl výzkumu

Cílem empirické části diplomové práce bylo zjistit, jak návykové látky ovlivňují vztahy mezi dětmi, které je užívají, a jejich blízkými osobami (rodiči, sourozenci, prarodiči, partnery, spolužáky, kamarády).

Dílčí cíle výzkumu

Stanoveny byly čtyři dílčí cíle výzkumného šetření:

1. Zjistit, jak děti vnímaly vztah se svými rodiči, sourozenci, prarodiči, partnery, spolužáky a kamarády před tím, než začaly užívat návykové látky.
2. Zjistit, jak děti vnímaly vztah se svými rodiči, sourozenci, prarodiči, partnery, spolužáky a kamarády potom, co začaly užívat návykové látky.
3. Zjistit, jak situace těchto dětí vypadá v současnosti.
4. Pokud došlo k negativní změně vztahu, zjistit, jak se nyní pracuje na jeho restauraci.

Hlavní a dílčí výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka

HVO: Jak návykové látky ovlivňují vztahy mezi dětmi, které je užívají, a jejich blízkými osobami (rodiči, sourozenci, prarodiči, partneři, spolužáci, kamarádi)?

Dílčí výzkumné otázky

DVO1: Co bylo spouštěčem užívání drog?

DVO2: Jak jedinec vnímal vztah s rodiči?

DVO3: Jak jedinec vnímal vztah se svým/i sourozencem (sourozenci)?

DVO4: Jak jedinec vnímal vztah se svými prarodiči?

DVO5: Jak jedinec vnímal vztah se svým partnerem/partnerkou?

DVO6: Jak jedinec vnímal vztah se svými spolužáky?

DVO7: Jak jedinec vnímal vztah se svými kamarády?

DVO8: Jaká je situace se vztahy nyní, když je jedinec umístěn v diagnostickém ústavu?

DVO9: Jak se pracuje na restauraci vztahů?

Tazatelské otázky jsou přiděleny k jednotlivým dílčím výzkumným otázkám podle témat, ke kterým se vztahují. DVO1 zahrnuje tazatelské otázky TO1–TO10. DVO2 zahrnuje tazatelské otázky TO11–TO14. DVO3 zahrnuje tazatelské otázky TO15–TO17. DVO4 zahrnuje tazatelské otázky TO18–TO20. DVO5 zahrnuje tazatelské otázky TO21–TO23. DVO6 zahrnuje tazatelské otázky TO24–TO25. DVO7 zahrnuje tazatelské otázky TO26–TO28. DVO8 zahrnuje tazatelské otázky TO29–TO34. DVO9 zahrnuje tazatelské otázky TO35–TO40.

Tazatelské otázky

TO1: Kdy jsi poprvé zkusil/a drogu?

TO2: Věděl o tom někdo? Byl u toho někdo s tebou?

TO3: O jakou návykovou látku se jednalo?

TO4: Jak jsi ji získal/a?

TO5: Řekl/a jsi o tom někomu?

TO6: Proč jsi zkusil/a drogu?

TO7: Pokračoval/a jsi v tom dál? Jaký jsi k tomu měl/a důvod?

TO8: Jak dlouho a často jsi užíval/a drogy?

- TO9: Jaký jsi měl/a názor na svoji situaci ohledně drog?
- TO10: Jak se teď staviš ke drogám a svoji situaci?
- TO11: Věděli o tom tvoji rodiče? Pokud ano, jak se to dozvěděli? Pokud ne, kdy a jak se to dozvěděli?
- TO12: Jak se zachovali tvoji rodiče, když se dozvěděli, že bereš drogy?
- TO13: Pokračoval/a jsi i potom dál v užívání drog?
- TO14: Jak bys popsal/a (porovnal/a) vztah s rodiči před a potom, co jsi začal/a užívat drogu?
- TO15: Máš sourozence? (V případě záporné odpovědi na tuto otázku nebyly použity otázky TO16, TO17, TO30, TO36.)
- TO16: Věděl/i o tom, že užíváš drogy? Pokud ano, co na to říkali?
- TO17: Jak bys popsal/a (porovnal/a) vztah se sourozencem (sourozenci) před a potom, co jsi začal/a užívat drogu?
- TO18: Ke kterému z prarodičů máš nejbližší vztah?
- TO19: Věděli prarodiče o tom, že užíváš drogy? Pokud ano, co na to říkali?
- TO20: Jak bys popsal/a (porovnal/a) vztah s prarodiči před a potom, co jsi začal/a užívat drogu?
- TO21: Máš partnera/partnerku? (V případě záporné odpovědi na tuto otázku nebyly použity otázky TO22, TO23, TO32, TO38.)
- TO22: Věděl/a o tom, že užíváš drogy? Pokud ano, co na to říkal/a?
- TO23: Jak bys popsal/a (porovnal/a) vztah s partnerem (partnerkou) před a potom, co jsi začal/a užívat drogu?
- TO24: Věděl někdo z tvých spolužáků, že užíváš drogy? Pokud ano, co na to říkal/a/i?
- TO25: Jak bys popsal/a (porovnal/a) vztah se svými spolužáky před a potom, co jsi začal/a užívat drogu?
- TO26: Máš kamarády ve školní třídě nebo i mimo ni?
- TO27: Věděl někdo z tvých kamarádů, že užíváš drogy? Pokud ano, co na to říkal/a/i?
- TO28: Jak bys popsal/a (porovnal/a) vztah se svými kamarády před a potom, co jsi začal/a užívat drogu?
- TO29: Jaký je teď tvůj vztah s rodiči?
- TO30: Jaký je teď tvůj vztah se sourozenci?
- TO31: Jaký je teď tvůj vztah s prarodiči?
- TO32: Jaký je teď tvůj vztah s parterem/partnerkou?
- TO33: Jaký je teď tvůj vztah se spolužáky?

TO34: Jaký je teď tvůj vztah s kamarády?

TO35: Jak se pracuje na obnově či udržení vztahů s rodiči? Jak často se vídáte?

TO36: Jak se pracuje na obnově či udržení vztahů se sourozenci? Jak často se vídáte?

TO37: Jak se pracuje na obnově či udržení vztahů s prarodiči? Jak často se vídáte?

TO38: Jak se pracuje na obnově či udržení vztahů s partnerem/partnerkou? Jak často se vídáte?

TO39: Jak se pracuje na obnově či udržení vztahů se spolužáky? Jak často se vídáte?

TO40: Jak se pracuje na obnově či udržení vztahů s kamarády? Jak často se vídáte?

Použité výzkumné nástroje

V této diplomové práci byl proveden kvalitativní výzkum. Velkým kladem kvalitativního výzkumu je přímý kontakt s lidmi, v tomto případě dětmi z diagnostického ústavu, a tedy i větší autenticita jejich odpovědí, protože kvalitativní metody umožňují získat podrobnější informace s více detaily, jež by se kvantitativními metodami obtížně podchycovaly (Strauss A., L., Corbin, J., M., 1999).

Ke sběru dat byl použit polostrukturovaný rozhovor, který se od nestrukturovaného a strukturovaného rozhovoru liší v přípravě okruhů témat a otázek. Polostrukturovaný rozhovor můžeme nazvat také rozhovorem pomocí návodu. Výzkumník se pomocí připravené osnovy rozhovoru drží snáze obsahové linky, ale zároveň má možnost reagovat na odpověď dotazovaného jedince upřesňujícími a doplňujícími otázkami (Hendl, J., 2005). Původní struktura rozhovoru se nachází v příloze č. 1. Autorka dále prostudovala dokumentaci klientů, která v některých případech ucelila informace o dítěti a také sloužila jako podpůrný materiál k potvrzení či popření výpovědí informantů.

Sběr a zpracování dat

Pro výzkum bylo osloveno několik dětí, které mají zkušenosti s užíváním návykových látek, které by byly ochotné zúčastnit se rozhovoru a nebály se pravdivě odpovědět na všechny otázky. Rozhovory byly následně provedeny s pěti dětmi v diagnostickém ústavu pro mládež v Jihomoravském kraji, kde zároveň probíhala pedagogická praxe autorky. S každým dítětem proběhl rozhovor zvlášť, aby nedošlo ke zkreslení odpovědí.

Všechny rozhovory se ale nekonaly v jeden den, mezi jednotlivými rozhovory byla vždy časová prodleva, je tedy možné, že se někteří jedinci z diagnostického ústavu,

kteří se ještě neúčastnili rozhovoru, mohli vyptávat ostatních dětí, které už na rozhovoru byly, o jaké se jednalo otázky. Žádné dítě ale dopředu nevědělo, zda zrovna ono bude vybráno k rozhovoru. Jednotlivé děti se o této skutečnosti vždy dozvěděly až chvíli před samotným začátkem rozhovoru. Kritériem pro výběr k rozhovoru bylo dřívější užívání návykových látek v anamnéze, což zúžilo skupinu dětí, které se mohly rozhovoru zúčastnit, a pokud se tyto děti bavily s ostatními o rozhovoru, věděly, že s největší pravděpodobností budou také k rozhovoru přizvány a mohly se na něj předem připravit. Během jednotlivých rozhovorů s autorkou všechny výše zmíněné děti spolupracovaly a k žádnému problému nedošlo.

Rozhovory byly provedeny se čtyřmi chlapci a jednou dívkou. První dva rozhovory se konaly 27. dubna 2018 s patnáctiletým a čtrnáctiletým chlapcem. Třetí rozhovor proběhl 3. května 2018 se sedmnáctiletou dívkou a tento den se konal i čtvrtý rozhovor se sedmnáctiletým chlapcem. Poslední pátý rozhovor proběhl 4. května 2018 také se sedmnáctiletým chlapcem.

Všechny rozhovory autorka zahájila představením sebe a důvodů, proč provádí tyto rozhovory s klienty diagnostického ústavu. Na začátek vždy děti ujistila o zajištění jejich anonymity a vysvětlila jim, že se nemusí bát odpovídat na otázky pravdivě, protože jejich pravá totožnost nebude nikde zveřejněna. Pro účely této diplomové práce v rámci analýzy výzkumného šetření se o jednotlivých dětech budeme vyjadřovat jako o informantech. Při rozhovoru autorka dále využila simultánní přepis odpovědí každého dítěte do počítače, aby se zachovala autenticita výpovědí.

Charakteristika výzkumného souboru

Rozhovor byl proveden s pěti dětmi, které byly v době uskutečnění rozhovoru umístěné v diagnostickém ústavu pro mládež. Děti byly vybírány odborným pracovníkem z diagnostického ústavu. Jednalo se o jednu dívku a čtyři chlapce. Dívka byla ve věku sedmnácti let a chlapci ve věku čtrnácti let, patnácti let a dva ve věku sedmnácti let. Informace o škole se nacházejí v Tabulce 1.

Aby byla zachována anonymita všech pěti dětí, nebudou v diplomové práci uvedena žádná jména, ale pouze označení „Informant 1, Informant 2... atd.“, takže není možné, aby došlo k odhalení jejich jednotlivých identit.

Charakteristika prostředí

Rozhovory byly provedeny s informanty, kteří byli umístěni v diagnostickém ústavu pro mládež. Toto zařízení poskytuje ambulantní služby, prodloužené pobyty a soudně nařízené pobyty. Dále se zde nachází pracoviště diagnostické, sociálních služeb, výchovně vzdělávací, záchytné, probační a mediační služby a střediska výchovné péče.

Zařízení má kapacitu dvaceti čtyř dětí, které jsou rozděleny do tří skupin po osmi dětech. Většinu programů klienti pak nadále během pobytu v diagnostickém ústavu vykonávají společně v této skupině. Společná jsou jen komunitní setkání ráno před začátkem jednotlivých programů.

Klienti diagnostického ústavu se mohou vzdělávat ve třídě při diagnostickém ústavu, nebo dochází do své kmenové školy.

4. 2 Prezentace výsledků výzkumného šetření

Výzkumné šetření bylo provedeno formou polostrukturovaného rozhovoru s pěti klienty diagnostického ústavu pro mládež a doplněním některých informací z odborné dokumentace zmíněného zařízení. Zpracování rozhovorů se dělí na devět částí podle dílčích výzkumných otázek, které se zaměřují, kromě informací čistě o návykových látkách, na oblasti vztahů s jejich bližními (rodiče, sourozence, prarodiče, partnery, spolužáky a kamarády).

Každá část z dílčích výzkumných otázek obsahuje tematicky řazené tazatelské otázky a odpovědi jednotlivých informantů, které jsou prezentovány v blocích. U každé tazatelské otázky je tedy přepsáno všech pět odpovědí informantů a tyto odpovědi jsou následně rozebrány a porovnány a v některých případech i doplněny citací z odborné literatury. Výzkumné šetření obsahuje celkem čtyřicet tazatelských otázek. Ve výpovědích informantů byly ponechány mírné agramatismy, vynechány byly jen hrubé výrazy. Základní údaje o jednotlivých informantech (jako je věk, pohlaví, škola a zneužívaná látka) se nacházejí v Tabulce č. 1.

Vysvětlivky

... Výpustek znamená buď odmlčení autora výpovědi, nebo byla v této chvíli informantovi položena doplňující otázka, která rozšířila jeho neúplnou odpověď.

--- Pomlčky znamenají, že informant na otázku nemohl odpovědět (např. nemá sourozence, takže nemohl odpovědět na otázku, jaký je jeho vztah se sourozencem).

Informanti	Věk	Pohlaví	Škola	Zneužívané návykové látky
Informant 1	15	chlapec	8. ročník základní školy	marihuana
Informant 2	14	chlapec	8. ročník základní školy	alkohol marihuana extáze lysohlávky
Informant 3	17	dívka	2. ročník střední školy, maturitní obor	marihuana extáze pervitin
Informant 4	17	chlapec	2. ročník na gymnáziu	alkohol marihuana
Informant 5	17	chlapec	1. ročník na učilišti	extáze LSD marihuana pervitin

Tabulka č. 1: Stručný popis informantů

DVO1: Co bylo spouštěčem užívání drog?

TO1: Kdy jsi poprvé zkusil/a drogu?

Informant 1: „*No to bylo půl roku zpět, takže ve čtrnácti.*“

Informant 2: „*Ve třinácti letech jsem začal s trávou. To bylo asi před rokem.*“

Informant 3: „*V šestnácti letech marihuana. Teď mi je sedmnáct, takže před rokem. Někdy před tím už jsem to měla, ale takhle to začalo pravidelně až na začátku roku.*“

Informant 4: „*První droga byla asi alkohol a tráva... Teď mi je sedmnáct, tak v patnácti letech jsem začal.*“

Informant 5: „*Ve čtrnácti letech.*“

Právě období dospívání je nejčastějším obdobím, ve kterém člověk začne užívat návykové látky. Výzkumné studie poukazují, že děti začínají s experimentováním s návykovou látkou již ve velmi nízkém věku okolo dvanácti a třinácti let (Hajný, M., 2001). I mezi informanty se vyskytl jeden chlapec, který s drogou začal ve třinácti letech. Další dva ve čtrnácti, jeden v patnácti a dívka v šestnácti letech.

TO2: Věděl o tom někdo? Byl u toho někdo s tebou?

Informant 1: „*Víc lidí o tom vědělo... byl tam kamarád.*“

Informant 2: „*Byl jsem u kámoše, který hulil, tak s ním.*“

Informant 3: „*No, v tu chvíli můj přítel, teď už bývalý. Zjistila jsem, že si šest let píchá pervitin, to se mi nelíbilo, ale něco jsem k němu cítila... Pak mě do toho postupně namočil a pak už se to se mnou vezlo nějakou chvíli... Jinak to věděli tři nebo čtyři další lidi, že se chovám jinak, moje nejlepší kamarádka to věděla.*“

Informant 4: „*Bylo to ve městě, kde bydlím s úplně cizími lidmi.*“

Informant 5: „*S kamarády, kteří taky kouřili trávu.*“

Vliv vrstevníků je v období dospívání velkým rizikem. Jedinci, kteří užívají návykové látky, k tomu mohou následně přivést ostatní, ať vědomě či nevědomě. Roli zde hraje snaha vyrovnat se těmto jedincům, překonat je, nebo upoutat jejich pozornost. Výběr kamarádů a známých je v období dospívání tedy velmi důležitý proces (Hajný, M., 2001).

V průběhu dospívání se navazují první partnerské vztahy, které ale také mohou působit rizikově. Najde-li si třeba dívka přítele, který užívá návykovou látku, (případ Informantky 3) může také sama začít drogu užívat (Nešpor, K., 2001).

TO3: O jakou návykovou látku se jednalo?

Informant 1: „*O trávu.*“

Informant 2: „*O trávu, a ještě extázi a lysohlávky a alkohol... trávu a alkohol jsem míchal, jinak to bylo postupně.*“

Informant 3: „*Marihuanu. Jsem si to dala jen na zlepšení nálady... No a pak to byl pervitin, to je čtyři měsíce zpátky. Pervitin jsem užívala šňupáním, ale ke stříkačkám to nedošlo... A taky jsem ještě měla koláč, ale nevím, jak se tomu říká. Asi amfetamin.*“
Koláč je hovorový výraz pro extázi (Prev-Centrum [online], 2017).

Informant 4: „*Ten alkohol a necelé dva roky zpátky jsem začal kouřit trávu. Taky jsem bral antidepressiva. Ale měl jsem to předepsané.*“

Informant 5: „*O trávu.*“

Z legálně dostupných návykových látek byl zmíněn alkohol u Informanta 2 a 4. Všichni informanti také uvedli, že kouřili marihuanu. Ta stále patří mezi nejužívanější nezákonné drogy ve světě a nejčastěji zneužívané nelegální drogy u nás (Fischer, S., Škoda, J., 2014). A také se jedná často o první drogu po alkoholu či tabáku, se kterou mládež začne experimentovat. Ve dvou případech se také objevil pervitin, který u nás následuje hned po marihuaně (Hajný, M., 2001). Informanti jako další návykové látky

uvedli extázi a lysohlávky. Informant 5 uvedl až u otázky TO8, že ještě užíval extázi, LSD a pervitin.

TO4: Jak jsi ji získal/a?

Informant 1: „*Tak přes různé známosti, ne přímo přes kamaráda, ale přes více lidí to bylo.*“

Informant 2: „*Šel jsem ke kámošovi, který hulit, a tak jsem mu o to řekl a on mi to dal.*“

Informant 3: „*Získala jsem to od přítele.*“

Informant 4: „*Od kamarádů, je to nedůležitý. Kdybych ji nedostal od kamarádů, tak ji získám od někoho jiného.*“

Informant 5: „*Dostal jsem se k ní (marihuaně) na internátu. Dali mi ji kamarádi z intru a byl jsem s kamarádem při prvním použití.*“

Zde se opět projevuje vliv vrstevníků. Jedinec častěji získá drogu od známého, přítele či spolužáka než od cizího dealera (Hajný, M. 2001).

TO5: Řekl/a jsi o tom někomu?

Informant 1: „*Ne, kamarád to stejně věděl.*“

Informant 2: „*Nikomu jsem to neřekl.*“

Informant 3: „*Jo, zmínila jsem se nejlepší kamarádce ze základky, že prvně to bylo takový hihaha a pak po týdnu jsem zjistila, že to není ideální.*“

Informant 4: „*Ne.*“

Informant 5: „*Řekl jsem to kamarádům, co to taky chtěli zkusit.*“

Zde se objevují dva typy odpovědí. Informanti buď nikomu neřekli o svém experimentování s návykovou látkou, nebo to pověděli jen svým vrstevníkům. V období dospívání se totiž nejdůležitějším předmětem zájmu člověka stávají vrstevnické skupiny a jedinci v nich hledají emoční a sociální oporu. Od svých rodičů se naopak emancipují a většinou už se jim se vším nesvěřují (Vágnerová, M., 2012).

TO6: Proč jsi zkusil/a drogu?

Informant 1: „*No... mně umřela máma a chtěl jsem mít od všeho pokoj, tak jsem si myslel, že mě to třeba uklidní.*“

Informant 2: „*Já nevím, asi jsem to chtěl jen zkusit. Jen jsem o tom slyšel a na peněženkách byl znak marihuany... Chtěl jsem vědět, jak se cítil ten kamarád, když hulil.*“

Informant 3: „*Kvůli příteli. Chtěla jsem se pobavit.*“

Informant 4: „*Začal jsem kouřit trávu víc, protože mi nefungovaly antidepresiva. Ale už před tím jsem ji kouřil... Kvůli zvědavosti asi. Jako když jde člověk poprvé na párty na střední potom, co nemohl... Nejsem člověk, co se chce řídit pravidly.*“

Informant 5: „*Asi ze zvědavosti.*“

Zde se mísí několik různých příčin vlivu k užívání návykových látek. Dospívající jedinec už je sám o sobě velmi citlivý, prochází hormonálními změnami, ukončuje základní školu apod. (Vágnerová, M., 2012). Dospívání je tedy samo o sobě krizí, kterou musí dospívající překonat (Drtilová, J., Koukolík, F., 1994). Přidá-li se k tomu všemu citová ztráta po smrti blízké osoby, mohou se děti uchýlit k rizikovému chování, jako třeba užívání návykových látek (situace Informanta 1). Je tedy dobré si takových změn všimnout a s dítětem komunikovat (Blatná, M. [online], 2011).

Také je důležité budovat mediální gramotnost a odolnost proti reklamám (Nešpor, K., 2001). I samotné obrázky marihuany mohou podnítit děti ke zvědavosti a následně mohou chtít látku vyzkoušet (Informant 2).

Kamarádké a dále partnerské vztahy, ve kterých se vyskytují návykové látky, jsou velkým rizikem (Nešpor, K., 2001). Zde sama Informantka 3 potvrzuje, že důvodem pro užívání drog byl její bývalý přítel.

Informant 4 uvedl, že marihuanu začal více užívat, protože mu nezabírala antidepresiva. Potvrzuje to výrok Drtilové a Koukolíka (1994), že jedinci, kteří mají sklony k depresi, jsou taktéž sami v riziku rozvoje závislosti.

Drogy jsou spojovány s určitým tajemstvím, s něčím novým, exotickým a nepoznaným (Hajný, M., 2001). Mnoho dospívajících jedinců je tedy zvědavých, co to vlastně ty drogy jsou a uchýlí se k experimentování s nimi. Tato příčina se vyskytla v odpovědích Informantů 2, 4 a 5.

TO7: Pokračoval/a jsi v tom dál? Jaký jsi k tomu měl/a důvod?

Informant 1: „*Jo, kvůli mámě.*“

Informant 2: „*Občas si dám ještě teď na vycházce. Bavil mě ten stav. V té realitě mi to nepřišlo tak směšný, tak jsem si to chtěl připomínat. A lepší to bylo s kamarády. Když*

jsem byl sám, tak nebyla taková sranda. Dávalo mi to negativní myšlenky, když jsem byl sám, proto jsem to ani nedokouřil.“

Informant 3: *„Jo... Kvůli příteli.“*

Informant 4: *„Kvůli těm antidepresivům a před tím jsem kouřil cigarety, tráva mi i chutná tou chutí. Rád se směju, rád se pobavím. Tak proto... A pomáhalo mi to, ale nebral jsem to jen kvůli tomu. Ale vzhledem k tomu, že chodím na gympl a tak. No a když mi někdo dal, tak jsem si vzal. Neodmítal jsem to... Já mám tu nevýhodu, že mi většina těchto věcí chutná.“*

Informant 5: *„Jo, protože se mi to líbilo. Protože to bylo takový uvolnění asi (marihuana). A extáze... tak to se mi zalíbilo, tak jsem to pak užíval dál... A pak ještě pervitin a LSD. Chtěl jsem vědět, co každá z nich dělá, proto jsem je zkoušel... Tak ve všem byla asi ta zajímavost, asi nejvíc byla v tom LSD, v tom byla ta nejvyšší zajímavost pro mě... jsem byl zvědavý, co to dělá.“*

U této otázky měly odpovědi stejný význam jako u otázky TO6. Znovu se tu objevuje značný vliv vrstevníků a zvědavosti.

TO8: Jak dlouho a často jsi užíval/a drogy?

Informant 1: *„Asi půl roku. Tak jednou za dva tři týdny.“*

Informant 2: *„Asi rok. Čtyři dny zpět jsem si dal jeden šluk.“*

Informant 3: *„Pervitin jsem užívala asi tři měsíce. Dva dny jo a pak čtyři ne. Nebylo to v kuse... No a před třemi týdny jsem si dala marihuanu. Tu беру od šestnácti.“*

Informant 4: *„Tak necelý dva roky asi tu trávu a alkohol. Teď už asi moc nepiju, ale mohl jsem spadnout do alkoholismu... Tu trávu jsem teďka neměl třeba měsíc. Ale byla doba, kdy jsem kouřil každý den. Když mi dali ostatní, tak jsem neodmítl a dal si třeba před školou. To jsem byl schopný kouřit třeba sedmkrát za týden...“*

Informant 5: *„Nejvíce extázi a trávu. Od těch čtrnácti spíš tu trávu a od těch patnácti spíš extázi... Tak tam to bylo v té době občas třeba dvakrát za měsíc, no a pak se to stupňovalo, takže pak každý víkend někdy i v týdnu, to záleželo na situaci... Asi každý třetí den jsem to (marihuanu) užíval... taky jsem to kombinoval (marihuanu a extázi). Postupně to pokračovalo, až to bylo každý den, ale mohl jsem se bez toho obejít, ale já jsem chtěl kouřit. A tak je to vlastně doteď. Teď jsem ale tady, takže jen když jsem doma... Trávu stále užívám. Dřív to nebývalo tak často, teď to bylo každý víkend i v týdnu... Teď jsem tu tři měsíce a naposledy jsem měl trávu před měsícem a půl... a tu extázi taky před*

měsícem a půl... Ten (pervitin) jsem zkusil tak v patnácti, o chvíli později než extázi... Jen jsem ho šňupal. Ze začátku výjimečně...asi tři čtyři měsíce... a tou poslední dobou, než jsem jel sem, tak se to stupňovalo. tak nějak víkendově... Já jsem to zkusil a pak jsem to nechtěl... Třičtvrtě roku to asi tak trvalo... Tak naposledy jsem ho (pervitin) měl tři a půl měsíce zpět... LSD jsem začal brát asi tak v šestnácti... Měl jsem to asi tak šestkrát nebo sedmkrát za život. “

U každého informanta se zde doba užívání jednotlivých návykových látek liší. Nejdéle byla u všech užívána marihuana. U Informanta 5 se vyskytl popis situace, kdy si jedinec odmítal připustit, že začal být závislý a prohlásil „...ale mohl jsem se bez toho obejít.“ Ale následně látku užíval dál. Potvrzeno prohlášením: „Trávu stále užívám.“ Informant 2 se také potýkal se závislostí: „...ale mohl jsem spadnout do alkoholismu.“

TO9: Jaký jsi měl/a názor na svoji situaci ohledně drog?

Informant 1: „Mně to bylo jedno.“

Informant 2: „Měl jsem svoje názory a moje chování bylo jiné... Ale nevýhody, co mi ta tráva způsobila, to mám až doteďka v mozku. Drogy mi udělaly díru do hlavy... Nevěřím většinou lidem a tak. Mám problém s krátkodobou pamětí, to tráva ničí hodně.“

Informant 3: „V té chvíli jsem si prostě neuvědomila, že to nebude jednou, dvakrát, ale prostě... Já jsem věděla, že je to špatný, ale poslouchat to jsem nechtěla, protože jsem to věděla.“

Informant 4: „Já nevím, já jsem dost liberální člověk, takže si myslím, že pokud člověk nepoškozuje okolí, tak je mi jedno, co dělá. Takže to bylo v pohodě.“

Informant 5: „Bylo mně to jedno... Věděl jsem, že jsou drogy špatné, ale nezajímalo mě to, nepocíťoval jsem na sobě nic.“

I když většinou měli informanti pojem o škodlivosti návykových látek, stejně s nimi experimentovali a začali je i pravidelně užívat.

TO10: Jak se teď staviš ke drogám a svoji situaci?

Informant 1: „Už je neberu. Mám teď lepší náladu.“

Informant 2: „Tráva mi teď nechybí. Maximálně, když jdu na vycházku, tak chci cigáro. Teď jak jsem byl na dvou útcích, tak musím sekat latinu... Nemám strach, že bych

dopadnul jako kamarád (který také užíval drogy), je to hrozný, ale nebojím se, že bych tak dopadl.“

Informant 3: *„Bylo to špatně. Mám pocit v sobě a pocit viny vlastně... kvůli mamce. Protože nějaký kilo šlo dolů a vlastně jsem kvůli tomu přestala i jíst a pak už jsem si řekla stop... Myslím si, že bych to určitě zvládla i bez diagnostáku... Snažím se to teď zvládat sama se sebou. Věřím v to, že budu brzo doma... Starám se teď jen o rodinu a přítele.“*

Informant 4: *„Za mě je špatné to (drogy) používat jako berličku... Já tu jsem kvůli chování. Ale správně bych měl být na psychině (psychiatrii) kvůli měnám nálad. Nejsem typ člověka, co se potřebuje ventilovat agresivně, možná slovně, pokud ta druhá strana taky.“*

Informant 5: *„No, teď se snažím... Naposledy jsem měl před měsícem a půl.“*

Někteří informanti uvedli, že užívání návykových látek bylo podle nich špatné a teď už návykové látky neberou, nebo jejich užívání omezili.

DVO2: Jak jedinec vnímal vztah s rodiči

TO11: Věděli o tom tvoji rodiče? Pokud ano, jak se to dozvěděli? Pokud ne, kdy a jak se to dozvěděli?

Informant 1: *„Známí, co znají mě a otce, tak mu to řekli... Asi po dvou třech měsících.“*

Informant 2: *„Ze začátku to nevěděli. Tak jsem si vymýšlel, že mi je špatně, třeba zánět spojivek, teplota, nebo blbě od žaludku. Ze začátku mi to rodiče věřili. (Matka a její přítel.) Taťka to neví a ani to vědět nesmí, protože je muslim a zakazuje to to náboženství. Já se taky někdy modlím k islámu, mám kobereček a tak, ale jen někdy... No, asi to tušili (matka a její přítel), když jsem se domů vracel zhulený, že to není nemoc, ale když jsem nedělal bordel, tak to neřešili, pak už u mě našli skleněnou (dýmku) a já jsem říkal, že je to kámoše, ale to už mi nevěřili... Na přelomu prosince a ledna se to dozvěděli.“*

Informant 3: *„S marihuanou nebyla spokojená (matka), ale nebylo to na mně poznat... No a pervitin... mamka zjistila, že jsem zhubla, ale nechtěla jsem jí to říkat, ale pak nějak po tom týdnu, dvou jsem jí řekla, že se se mnou něco děje... Mamka byla na mě našťvaná a chtěla mi moc pomoci, ale nevěděla jak. Ještě jsem uklidňovala mamku, že je to v pohodě, že to zvládám. Myslela jsme si, že mám vše pod kontrolou... Taťka o ničem nevěděl. Nic nepoznal. Kdyby se to dozvěděl, tak by mě zmlátil, tak jsme to zamlčely před ním... No a pak jsem musela na sedmnáctiletou kontrolu u doktorky a tam na to přišli.“*

Myslela jsme si, že testy na drogy jsou placené a že z normální kontroly moči nemůžou nic zjistit. Doktorka to dala na sociálku, a tam to začala řešit kurátorka a já jsem dostala blbou kurátorku, která se mě na nic neptala a hned mě šoupla sem. “

Informant 4: *„Nevím, jestli to rodiče vědí o té trávě.“ (V dokumentaci matka uvedla, že o drogách věděla, byl to jeden z důvodů, proč rodiče podali žádost o umístění svého syna do diagnostického ústavu.)*

Informant 5: *„Tak dlouhou dobu o tom nevěděli... Tak na trávu máma přišla v patnácti. A to už jsem ji rok bral. Tatka to dlouhou dobu nevěděl, protože bydlí v zahraničí... O půl roku později než máma se to dozvěděl, když mu to řekla... O extázi se taky dozvěděla. Nejdřív si jen myslela, že to užívám a pak to u mě našla, tak to hned řešila s kurátorkou... Tak já jsem měl od té kurátorky, že se třeba nějak spravím, a dala mi i půl roku. Ale nic... Už v té době jsem bral pervitin a LSD, když mamka objevila extázi. Ale přiznal jsem se jí, až když jsem jel sem. “*

Všichni rodiče se o užívání návykových látek svými dětmi dozvěděli až na otce Informanta 2, kterému to všichni zamlčeli, protože je muslim a islám drogy zakazuje. Báli se tedy jeho reakce. V jednotlivých rodinách se lišil časový údaj, po který o užívání návykových látek svými dětmi rodiče nevěděli. Nejčastěji se to rodiče dozvěděli v řádu několika měsíců (dva až čtyři měsíce), ale někteří až po roce, jako v případě Informanta 5.

Informanti líčili typické zastírací chování, kterého se dopustili. Například Informant 2 tvrdil rodičům, že je nemocný, což mu ze začátku uvěřili. Rodič u svých dětí nechce vidět ten nejhorší scénář, a tak ho tam většinou ani nehledá a dítěti věří. Také informace od ostatních lidí o tom, že dítě užívá drogu, je potřeba nebrat na lehkou váhu (Nešpor, K., 2001).

Pro rodiče se příznaky závislosti stalo většinou samotné chování dítěte: *„No asi to tušili (matka a její přítel), když jsem se domů vracel zhulený, že to není nemoc.“* Nebo: *„...mamka zjistila, že jsem zhubla.“* Nebo rodiče našli drogu či pomůcku k aplikaci drogy: *„...pak už u mě našli skleněnku.“*

TO12: Jak se zachovali tvoji rodiče, když se dozvěděli, že bereš drogy?

Informant 1: *„Otcí to bylo jedno, prý je to můj život. Ale to říkal jen navenek, jinak byl naštvaný, abych si nezničil zdraví. Tak prý, jestli se mi něco stane, tak mi rozbije hubu.“*

Informant 2: *„Prvně řekli, že půjdu do Podaných ruk a začal jsem tam chodit na schůzky. Šel jsem tam poprvé na začátku ledna, a tam mi řekli, nějaký pán, že mi bude pomáhat.“*

Že tam mám chodit nějak každý pátek asi na dvě hodiny a bude mi říkat výhody toho, když nehulim a takový věci prostě. Co ztratím, co neztratím... Byl jsem tam třikrát nebo čtyřikrát. No a pak se to smeklo a jsem tady. To byla vlastně taková první pomoc od mamky, jenomže škola pak začala dělat výchovné komise, a to mě naštvalo, tak jsem to už neřešil, že беру trávu... Škola s kurátorkou se dohodly, když už tam nebyli rodiče (matka a její přítel), ani já jsem tam nebyl, že mě odvezou do diagnostáku. A pak mi to řekli a já jsem tam chodil jak kuň v ohradě a nic jinýho mi nezbyvalo.“

Informant 3: *„Chtěla to řešit (matka), ale když jsem ji stále říkala, že je to v pohodě. Tak mi chtěla dát test, já jsem ji říkala, že to nemá cenu, že by vyšel pozitivně a pak to začala řešit s kurátorkou. Ta kurátorka už to věděla od doktorky. Pak si mě kurátorka pozvala k sobě... Tak teď už mu to mamka řekla (otci), když jsem v diagnostáku. Prvně měl prej zlost, já jsem u toho nebyla, protože jsem se převážela sem. „Já ji zabiju, to je hrozný, když všechno měla a pak taková ta bezmoc.“ Tohle jsem se dozvěděla od mamky.“*

Informant 4: *„Už jsem říkal, že nevím, jestli to věděli.“*

Informant 5: *„Mamka mě dala do SVP (střediska výchovné péče). A tam se to (užívání marihuany) nějak začalo řešit... Mamka si se mnou promluvila. Zajímalo jí, proč teda kouřím tu trávu... Mamka byla naštvaná, nebo spíš zklamaná... No tatka říkal, že jestli to ještě jednou dotáhnu domů, tak na mě zavolá policajty. Ale mně to bylo asi jedno, od té doby u mě nic nenašli. Už jsem chodil kouřit jinam.“*

Pokud rodiče cítí, že je situace vážná, měli by vyhledat odbornou pomoc, jako se stalo v případě informantů 2, 3 a 5, kdy se rodiče situaci s dítětem snažili řešit kontaktem s odborníky (Podané ruce, kurátorka) a v případě Informanta 5 i umístěním do SVP (Střediska výchovné péče). Informantovi 1 otec jen pohrozil. Informant 4 stále tvrdil, že neví, jestli jeho rodiče věděli o jeho užívání, avšak podle odborné dokumentace o tom věděli, ale zřejmě se o tom se svým synem nebavili.

O návykových látkách je s dítětem důležité mluvit, alespoň preventivně je varovat, o co se jedná. Avšak rozhovor by měl být přiměřený věku dítěte (Hajný, M., 2001).

TO13: Pokračoval/a jsi i potom dál v užívání drog?

Informant 1: *„I potom jsem bral trávu.“*

Informant 2: *„Pokračoval jsem. Třikrát za měsíc, dvakrát. Vlastně v takových podmínkách to člověka nebaví, protože když je v takových podmínkách, tak to má*

negativní dopad, že jo, protože kdybych byl doma a s kamarádama, tak mě nenapadají negativní myšlenky okolo.“

Informant 3: *„Jo, asi ty dva týdny. Pak jsem se rozešla s přítelem.“*

Informant 4: *„I kdyby to věděli, tak by to nic nezměnilo.“*

Informant 5: *„Ano, pokračoval jsem dál, měl jsme takovou svoji hlavu.“*

Všichni informanti pokračovali dál v užívání návykových látek, i přesto, že to jejich rodiče věděli.

TO14: Jak bys popsal/a (porovnal/a) vztah s rodiči před a potom, co jsi začal/a užívat drogu?

Informant 1: *„Furt máme dobrý vztah. Předtím byl otec dlouho v práci. Já jsem byl venku, tak jsme se bavili, jak kdy. Viděli jsme se třeba až v šest nebo až v sedm. Dívali jsme se na televizi na sport. Nebo jsme šli ven... Potom mě taťka víc hlídal potom, co se to dozvěděl. Ptal se mě v kolik se vrátím.“*

Informant 2: *„Změnilo to důvěru určitě. Je teď slabší... Mám s rodiči dobrý vztah. Týden to bylo špatný – ten první týden, co jsem byl tady (diagnostický ústav), ale teď je to dobrý... Taťka to neví, že jsem bral drogy, ale kdyby se to dozvěděl, tak by mě zašlapal. On je muslim, takže to zakazuje islám, ty drogy. Teď už je to s taťkou v pohodě, když se vidíme, ale o drogách neví... Teď trávím čas spíše s kámošema než s rodiči. Dřív jsem si času s rodiči nevážil, byl jsem s nimi pořád, ale teď jsem rád za čas, když jsem s nimi. Pokazil jsem si dovolenky a vycházky útěkem, takže teď se s nimi nevidám... Byl jsem moc uplý na mamku. Vázaný na ní. Byl jsem takový mamánek. Chodil jsem s ní i na nákupy a tak. Teďka musím být sám za sebe.“*

Informant 3: *„S mamkou furt stejný, furt super, a i když se to dozvěděla, tak furt jsme spolu za kamarádky, dá se říct. Prostě furt super s mamkou. A s taťkou to nikdy nebylo tak, že bychom se bavili do hloubky. Prostě nikdy to takhle nebylo. Prostě normálka s taťkem. Já si udělám svoji práci a on taky a prohodíme pár vět... Určitě jsem to vnímala jinak předtím než teď, asi jsem si taťky tolik nevážila.“*

Informant 4: *„Náš vztah se změnil, ale nemá to nic společného s trávou, změnilo by se to, i kdybych tu trávu nebral... Už před tím, než jsem začal, jsme se spolu nebavili.“*

Informant 5: *„Tak to bylo fajn ještě (před užíváním drog). Rád jsem s rodiči trávil čas svým způsobem... Asi jsem byl komunikativnější. Víc jsem se s nimi bavil. Pořád jsem je bral jako rodiče... A potom jsem se přestal s nimi bavit a celkově chodit domů. Bylo to*

kvůli tomu, aby se mě nevyptávali. Nechtěl jsem se s nimi bavit... Asi jsem je neuznával jako autoritu a teď je zase uznávám. Asi hodně ztratili důvěru ve mě... Jsem teď čistej. Asi by mi věřili, kdybych jim to řekl, protože jsem teď tady. Ale je potřeba tu důvěru obnovit.“

Zde se objevilo několik různých odpovědí. Informant 1 pocítil více kontroly ze strany otce. Informanti 2 a 5 uvedli, že s rodiči byli předtím často a Informant 2 je rád, když teď opět může být s nimi, protože si jich dříve nevážil. Informant 5 chce obnovit důvěru, která se pokazila v průběhu užíváním návykových látek. Takovýchto změn, jako ztráta komunikace ve vztahu rodič-dítě, by si měli rodiče všimnout, protože to může mít hlubší podtext než jen typický rys osamostatňování se od svých rodičů. U Informantky 3 se vztah s matkou prý nezměnil, stále je dobrý. S otcem se vztah celkově nezměnil, ale Informantka 3 za sebe uvedla, že dříve si otce tolik nevážila. Jediný Informant 4 uvedl, že vztah mezi ním a rodiči se změnil, ale drogy za to nemohly.

DVO3: Jak jedinec vnímal vztah se svým/i sourozencem (sourozenci)?

TO15: Máš sourozence? (V případě záporné odpovědi na tuto otázku nebyly použity otázky TO16, TO17, TO30 a TO36.)

Informant 1: *„Mám sestru, je jí devatenáct... a další sestru jsem viděl asi třikrát v životě a pak mám ještě jednu sestru, ale tu vůbec neznám.“*

Informant 2: *„Ne.“*

Informant 3: *„Starší sestru, je jí dvacet čtyři a ještě bráchu, tomu je třináct.“*

Informant 4: *„Jo, tři. Dvě setry a jednoho bratra... Nejmladší sestře je pět, té druhé třináct a bratrovi je patnáct.“*

Informant 5: *„Jo, starší sestru... Je jí dvacet. A bratra, tomu je osm.“*

Všichni informanti mají sourozence až na informanta 2, který nebude zahrnut do porovnání u otázek TO16 a TO17.

TO16: Věděl/i o tom, že užíváš drogy? Pokud ano, co na to říkali?

Informant 1: *„Sestra se to od někoho dozvěděla, ale neřešila to.“*

Informant 2: ---

Informant 3: *„Jim jsem to neřekla, dozvěděla se to až sestra, té to řekla mamka ještě předtím, než jsem se dostala sem (do diagnostického ústavu), ale už jsem věděla, že sem*

půjdu... ale taky mi k tomu řekla něco svého (sestra)... No ona se snažila se mě od toho oddělit, tak jsem ji ujišťovala, že to zvládnou. Tak teď jsem tady a snažím se to nějak zvládnout.“

Informant 4: *„Mladší sestra ne, té je pět a druhá setra to taky nevěděla... Bratr se to dozvěděl postupně, nevěděl o tom hned na začátku... Já nevím, co na to říkal. Nějak jsme se k tomu dostali v řeči. Třeba se zeptal, jaký to je ten pocit. Jaký to je, když kouřím trávu... Ale už to zkoušel teda. Ale nebylo to po našem rozhovoru, to s tím nesouvisí.“*

Informant 5: *„Bratr o tom určitě nevěděl... Setra věděla určitě tu trávu. A pak možná o nějakých práškách, až potom se dozvěděla s mámou o těch extázích... Sestra to řešila jen matně, at' s tím nakládám opatrně... Řekla mi, at' si dávám pozor, ale nebyla to promluva do duše.“*

Z výpovědí informantů 1, 3 a 5 vyplývá, že se o jejich užívání návykových látek dozvěděli starší sourozenci. V případě Informanta 4 se to dozvěděl mladší bratr, který už měl také dřívější zkušenosti s návykovou látkou (marihuanou). Návykové užívání jeho staršího bratra pro něj tedy může být rizikovým vzorem k užívání drog.

TO17: Jak bys popsal/a (porovnal/a) vztah se sourozencem (sourozenci) před a potom, co jsi začal/a užívat drogu?

Informant 1: *„Vztah je furt stejněj. Všechno si říkáme. S ní se mám vždycky dobře.“*

Informant 2: ---

Informant 3: *„Se sestrou furt stejně. Když jsme byly menší, tak jsme si vykládaly a psaly furt, ale to bylo tím, že jsem byla ještě malá. Ale jinak teďka nějaký rozdíl ani nevidím. Je to furt normální. Napíše, pokecáme, zavoláme... Spíš ona byla předtím na dně psychicky s jedním borcem a prací, takže já jsem byla ta, která ji srovnávala. Takže se snažila teďka mě nějak nakopnout... No a s bratrem se nic nezměnilo, protože o ničem nevěděl. Zašli jsme na fotbal, pokecali jsme, zahráli jsme si spolu.“*

Informant 4: *„Stejný... Podle mě, pokud člověk umí hulit, a je jedno u jaké drogy, na kterou může mít závislost, tak to nemůže měnit vztahy.“*

Informant 5: *„Se sestrou furt stejný. Máme kamarádský vztah... takový vztah hodně dobrý... S bratrem se taky nic nezměnilo. Takový neutrální vztah, se nevidáme.“*

Informanti uvedli, že jejich vztah se sourozencem (sourozenci) zůstal stejný a drogy to nijak neovlivnily. Informant 4 také uvedl, že podle něho nemůže užívání

návykových látek měnit vztahy. Avšak podle kritérií 3 až 7 uvedených v podkapitole 1.3 podle DSM-5, dochází často ke změně chování jedince a má to vliv i na mezilidské vztahy.

DVO4: Jak jedinec vnímal vztah se svými prarodiči?

TO18: Ke kterému z prarodičů máš nejbližší vztah?

Informant 1: „K dědovi (otec otce). Vidáme se často, bydlí naproti mně a otci.“

Informant 2: „S babičkou mám blízký vztah (matka matky). Chodil jsem s ní do parku, když jsem byl malý. Od jedenácti let s ní bydlím. Jsem s ní skoro furt... Babička od tatky je v Africe. Slibuje, že přijede, ale nakonec nepřijede. Byla tady, jen když jsem byl malý. Jediný informace mám od tatky. Anebo si s ní telefonuju přes Skype.“

Informant 3: „No tak asi s mamkou od tatky... Je sice přísná, ještě víc než tatka v některých věcech... Dřív jsem jezdila k ní na prázdniny a bylo to v pohodě.“

Informant 4: „K babičce z matčiny strany.“

Informant 5: „K babičce z mamčiny strany. S ostatními prarodiči vycházím v pohodě... Rád za ní jezdím. Kolikrát jsem u ní býval radši než doma. Rád jsem si s ní povídal, ale o drogách vůbec.“

Všichni informanti uvedli, že mají blízký vztah k jednomu prarodiči. Většinou se jednalo o babičku.

TO19: Věděli prarodiče o tom, že užíváš drogy? Pokud ano, co na to říkali?

Informant 1: „Dva až tři týdny zpět se dozvěděli, že jsem bral drogy. Děda jen řekl, abych byl čistej kvůli tomu, abych mohl jít k nim bydlet, ale babička se k tomu nijak nevyjádřila.“

Informant 2: „Dozvěděla se to od mamky. Babička to nějak vzala, ne že by mě v tom podporovala. Řekla, že s tím nesouhlasí, ale že je to moje zdraví... Ale žádná hádka nebyla.“

Informant 3: „Ne, nevěděla (babička – matka otce). A ani nic neví (mluví o užívání pervitinu), myslí si, že jsem v diagnostáku kvůli trávě.“

Informant 4: „Babička to neví ani teď.“

Informant 5: „Babička to ví, ale od mamky... Dozvěděla se to, když mi bylo patnáct... Ví o všech, kromě LSD, to neví asi ani máma... Babička na to téma chtěla se mnou nějak mluvit, ale já jsem nechtěl.“

Čtyři Informanti odpověděli, že jejich prarodiče (nebo jeden prarodič), se dozvěděli o jejich užívání. Většinou se to dozvěděli zprostředkovaně od rodičů dítěte. Informanti 1 a 2 navíc sdělili, že s prarodiči o drogách poté mluvili. Babička Informanta 5 se o to také pokoušela, ale Informant 5 uvedl, že o tom s babičkou nechtěl mluvit.

TO20: Jak bys popsal/a (porovnal/a) vztah s prarodiči před a potom, co jsi začal/a užívat drogu?

Informant 1: „S dědou mám dobrý vztah, ale s babičkou zas tak ne. S babičkou mám celou dobu špatný, ale děda vždycky, když něco potřebuju, tak jde se mnou a koupí mi něco... Chodíme spolu třeba na fotbal... Babičce vadí, že děda se baví víc se mnou než s ní... Děda se o mě staral asi od dvou let. Tatka byl tři a půl roku ve vězení. Vyšel, když mi bylo šest, takže se o mě staral děda a babička se musela o mě starat z domovení dědy. Vadila jí větší pozornost na mě než na ní... S dědou se cítím v pohodě. Víc se spolu bavíme, když tam babička není.“

Informant 2: „Vztah se vůbec nezměnil, je to furt v pohodě... No možná ta důvěra.“

Informant 3: „No podle mě nezměnil, tak babička to neví, že jsem brala pervitin.“

Informant 4: „Vztah je stále stejný.“

Informant 5: „Pořád stejný (s babičkou). To je právě člověk, který při mně stál celou tu dobu přes to všechno.“

Všichni Informanti uvedli, že jejich vztah s prarodiči zůstal stejný. Informant 2 navíc uvedl, že užívání návykových látek možná mělo dopad na důvěru mezi nimi.

DVO5: Jak jedinec vnímal vztah se svým partnerem/partnerkou?

TO21: Máš partnera/partnerku? (V případě záporné odpovědi na tuto otázku, nebyly použity otázky TO22, TO23, TO32 a TO38.)

Informant 1: „Ano, mám přítelkyni... Měsíc jsme spolu.“

Informant 2: „Jo. Jsme spolu už dva nebo tři týdny. Byla to kámoška. Zná ji tak půl roku.“

Informant 3: „Mám přítele, byl to kamarád tam toho přítele, co bral pervitin... Necelý měsíc to je, co jsme spolu, ale známe se dlouho.“

Informant 4: „Ne.“

Informant 5: „Je to spíš lepší kamarádka a jsme spolu tři měsíce.“

Navazování prvních partnerských vztahů je pro období dospívání typické. Pár týdnů trvající lásky vnímají mladiství jako vážný vztah, ale většinou se jedná o přelétavé a experimentující vztahy (Thorová, K., 2015). U informantů se objevily vztahy trvající zhruba několik týdnů až měsíců. Nejdelší tříměsíční vztah uvedl Informant 5, ale zároveň sdělil, že se jedná spíše o lepší kamarádku než přítelkyni. Informant 4 nemá přítelkyni, nebude tedy zahrnut do porovnání otázek TO22 A TO23.

TO22: Věděl/a o tom, že užíváš drogy? Pokud ano, co na to říkal/a?

Informant 1: „Říkala, že ji to vadí, a tak jsem přestal sám od sebe.“

Informant 2: „Ne, neví o tom. Kdybych ji to řekl, tak by mě určitě opustila. Sám jsem si říkal, a i ostatní říkali, že bych s tím měl přestat kvůli přítelkyni.“

Informant 3: „No, před tím to byl ještě kamarád, a když zjistil, že je to častější, tak s ním (myslí přítele, který užíval pervitin) začal mluvit a začal rozvracet náš vztah a řekl mi vše o tom bývalým a já jsem se teda s tím teď už bývalým rozešla. A nebýt jeho, tak bych to asi nezvládla.“

Informant 4: ---

Informant 5: „Vi o tom... Vadí ji to, ale taky má nějaký zkušenosti s drogami... Chtěla po mně, abych přestal. Hodně jsem to začal omezovat.“

V období dospívání mají vrstevníci velký vliv na chování mezi sebou a mínění ostatních vrstevníků. Různě se napodobují, předvádějí a předhánějí v různých věcech (Hajný, M., 2001). Tento vliv nemusí být vždy negativní, jak bylo zmiňováno například u otázky TO2 a TO4. Z odpovědí všech informantů vyplynulo, že jejich přítelkyně a kamarád věděli o jejich užívání návykových látek a chtěli, aby s tím skončili. Pouze Informant 2 uvedl, že to jeho přítelkyně nevěděla. Báł se jí to říct, aby ho neopustila.

TO23: Jak bys popsál/a (porovnal/a) vztah s partnerem (partnerkou) před a potom, co jsi začal/a užívat drogu?

Informant 1: „No, před tím jsme byli jen lepší kamarádi, ale pak, když jsem přestal užívat, tak jsme se dali dohromady... Vidáme se několikrát týdně.“

Informant 2: „Je to v pohodě, ale teď s ní dlouho nebudu, naštvalo ji, že nemám vycházky, protože jsem byl na útěku. Ale teď už to je dobrý, jsme v kontaktu přes mobil.“

Informant 3: „Před tím jsme byli jen kamarádi a pak jsme se dali dohromady... Moc mi pomohl.“

Informant 4: ---

Informant 5: „Před tím jsme se neznali.“

Z odpovědí Informantů 1 a 3 vyplývá, že jejich vztah začal až poté, co přestali užívat návykové látky. V případě Informantky 3 měl nynější partner (dříve kamarád), velký vliv na to, aby přestala s návykovou látkou. Opět platí, že vliv vrstevníků nemusí být vždy negativní. Navíc jedinci v období dospívání dají spíš na radu vrstevníků než svých rodičů, od kterých se snaží spíše odpoutat.

DVO6: Jak jedinec vnímal vztah se svými spolužáky?

TO24: Věděl někdo z tvých spolužáků, že užíváš drogy? Pokud ano, co na to říkal/a/i?

Informant 1: „Jo... Víc, než polovina kluků to věděla... Bylo jim to jedno.“

Informant 2: „Jeden kamarád to věděl, taky kouřil trávu... strašný člověk, hodně prohulenej, prostě už nevěděl nic, měl propadlý tvář a tak. Když jsem s ním párkrát byl, tak jsme spolu kouřili trávu.“

Informant 3: „Jo, věděla to jedna kamarádka, taková ta nejlepší ze třídy. Ta se k tomu vyjadřovala jako, že drogy ne. Mluvila se mnou o tom, že se mám rozejít s tím přítelem, co bere drogy. Protože ona chodila s jeho bráchou, a tak o něm věděla informace.“

Informant 4: „Ze začátku spíše ne, ale pak o tom postupně věděli, protože začali taky hulit. Většina třídy rozhodně nehulí, ale nějak se to nabahuje. První jsem začal hulit já. Nikoho jsem nezačal nabádat, ale podvědomě možná jo... Je možný, že někdo začal hulit, protože to viděl u mě, ale nevím. Ale předpokládám, že ti lidi, co chodí do naší třídy, jsou natolik zodpovědní, že si to dokážou rozhodnout sami. Chodím totiž na gympl, tak si myslím, že tam jsou lidi, kteří mají inteligenci na to.“

Informant 5: „*Jo, věděla to celá třída... No, spíš mě někde potkali na nějaké akci, tak se to pak rozkecalo... Všem to bylo celkem jedno. Nikdo o tom se mnou nemluvil... V těch patnácti to věděli a pak další se to dozvěděli potom... Šel jsem na střední, a tam se to taky dozvěděla celá třída, i učitelé. A pak jsem opakoval ročník (prvák na jiné střední škole) a tam se to taky dozvěděli.*“

Všichni informanti uvedli, že o jejich užívání návykových látek spolužáci (nebo alespoň jeden spolužák) věděli. Reakce spolužáků byly však různé. Některým to podle Informantů 1 a 5 bylo jedno a nijak se k tomu nevyjadřovali. Ve dvou případech dokonce i spolužák/spolužáci užívali návykové látky (u Informantů 2 a 4). Pouze Informantka 3 uvedla, že ji spolužačka radila, aby toho nechala.

Pokud se se třídou budou dělat kvalitní protidrogové preventivní programy, spolužáci by se nemuseli k takovýmto případům stavět netečně, a i sami se také vyvarovat užívání návykových látek.

TO25: Jak bys popsál/a (porovnal/a) vztah se svými spolužáky před a potom, co jsi začal/a užívat drogu?

Informant 1: „*Před tím, než jsem propadl, tak to byl prostě špatný vztah. Bavit jsem se jen se třemi ze třídy a potom, co jsem propadl, tak se bavím se všemi ze třídy a znám tam lidi i z bývalé školy.*“

Informant 2: „*V pohodě, ale pro mě to byli blbečci, nebyli to ideální lidi pro mě, který bych si představoval. Chtěl bych spolužáky, kteří mají podobný zájmy jako já, rapují... Před tím to bylo v pohodě. Bavit jsem se s nimi. Ale potom, co jsem začal brát drogy, už byli na jiné rovině než já, nebyli tak zajímaví a nezažili to, co já. Měl jsem jiné zájmy než oni... Vadí mi to i ne, že se zrušily vztahy. Na jedné straně mi chybí ty blbosti, které řešili, a na druhé straně jsem rád, že už s nimi nejsem v kontaktu... Bavit jsem se více s lidmi z vyšších ročníků.*“

Informant 3: „*Stejný. Ze třídy jsem se bavila jen s pár lidma. A oni to nevěděli, kromě té kamarádky... Řekli, že vypadám nevyspaně.*“

Informant 4: *Máme pořád nadprůměrně dobrý vztah jako třída. Ti, co hulí, tak se to o nich ví, ale nijak to ostatním nevadí... S některými mám dobrý vztah a s některými mám ne tak vřelý a náš vztah se nemění v závislosti na užívání marihuany.*“

Informant 5: „*Tak na základce jsem je neměl rád celou dobu, takže se asi nezměnil vztah, takže každý měl svůj život.*“

Z výpovědi Informanta 1 vyplývá, že třída, do které se dostal po propadnutí do nižšího ročníku (na čemž měly částečnou vinu také návykové látky) má lepší kolektiv, ve kterém se může bavit se všemi spolužáky.

Informant 2 uvedl, že poté co začal užívat návykové látky, se změnilo jeho vnímání spolužáků a přestal se s nimi bavit. Zde je vidět, jak návykové látky mění psychické citění jedince.

U Informantů 3, 4 a 5 podle nich nedošlo ke změně vztahu mezi nimi a spolužáky.

DVO7: Jak jedinec vnímal vztah se svými kamarády?

TO26: Máš kamarády ve školní třídě nebo i mimo ni?

Informant 1: „*Mám kamarády spíš venku mimo školu.*“

Informant 2: „*Mám kamarády mimo školu. Člověk jde do města a tam každého zdraví (mluví o sobě). Mám kamarády v místě bydliště. Chodí do jiné školy.*“

Informant 3: „*Mám kamarády jak ve škole, tak mimo ni. Moje nejlepší kamarádka je spolužačka ze základky.*“

Informant 4: „*Mám plno známých, ale ne úplně kamarády. Ty celkově nemám. Mám teda známý i mimo třídu... Ale od toho přátelství si představuju, že ti lidi si říkají nebo můžou říct úplně všechno... Asi bych nikoho nezařadil do sorty lidí, co splňují kritéria toho přátelství, nebo nevím, jak to mám nazvat.*“

Informant 5: „*Měl jsem kamarády ve třídě (na střední škole) mezi spolužáky... Ten první rok byl lepší kolektiv, ten druhý rok ne. Měl jsem i kamarády mimo školu.*“

Informanti 1 a 2 se vyjádřili, že mají kamarády mimo školní třídu. Informant 4 prohlásil, že kamarády nemá, ale má známé také mimo třídu. Ve třídě si dokonce nejlepší kamarádku našla Informantka 3. Informant 5 sdělil že měl kamarády jak ve škole, tak mimo školu. Informant 5 zde také mluvil o kamarádech v minulém čase, což může být způsobeno tím, že děti, které jsou umístěné v diagnostickém ústavu, jsou vytrženy ze svého přirozeného prostředí a úplně přesně nevědí, kdy se do něho zase vrátí a jestli se vůbec vrátí.

TO27: Věděl někdo z tvých kamarádů, že užíváš drogy? Pokud ano, co na to říkal/a/i?

Informant 1: „*Jo. Hodně lidí. Taky kouřili trávu... Bylo jim to jedno.*“

Informant 2: „Věděli to a taky hulili. Poznal jsem se s nimi od první zkušenosti s drogou od toho kamaráda, který měl trávu. Ten mě seznámil s dalšími svými kamarády a ti zase s někým dalším, až vznikly partičky. Teď se to postupně rozpadlo.“

Informant 3: „Nejlepší kamarádka. No nijak se k tomu nevyjadřovala, protože má taky nějaké problémy, ale po pár dnech mi říkala, že bych se s tím přítelem měla rozejít a nějak to řešit, že už je to na mně vidět... Protože na mně bylo vidět, že jsem brala drogy.“

Informant 4: „No, ty kamarády nemám, ale známí, co brali taky drogy, tak to věděli.“

Informant 5: „Jo, věděli to... Mám nejlepšího kamaráda mimo školu. A ten to věděl od začátku i jsem se mu svěřoval... Snažil se mi to rozmlouvat... Bylo mi to jakoby jedno, ale zároveň jsem nějak chápal tu jeho starost.“

Všichni informanti uvedli, že jejich kamarádi či známí věděli o jejich užívání návykových látek a Informanti 1, 2 a 4 zároveň uvedli, že tito lidé také sami užívali návykové látky. Tito tři informanti tak měli i špatný vzor chování.

O rozhovor, proč neužívat návykové látky se pokusila jen kamarádka u Informantky 3 a kamarád u Informanta 5. Informant 5 však uvedl, že mu to bylo jedno.

TO28: Jak bys popsal/a (porovnal/a) vztah se svými kamarády před a potom, co jsi začal/a užívat drogu?

Informant 1: „Začal jsem se bavit s víc lidma teďka... Mám víc kamarádů.“

Informant 2: „Taky užívači návykových látek. Začali ve stejnou dobu. Nevěděli jsme to o sobě. Už s nimi nejsem v kontaktu, každý jdeme svojí cestou.“

Informant 3: „Jako takhle předtím jsme se vídali každý den s kamarády a potom už jsem byla jen s ním (mluví o příteli, který užíval pervitin) a jen jsme si psaly a už jsme nechodily spolu ven... Já jsem potřebovala podpoření, a to ona (nejlepší kamarádka) vlastně udělala, když mi řekla, ať se sebou něco dělám.“

Informant 4: „Před tím jsem taky neměl kamarády.“

Informant 5: „Nejlepšího kamaráda jsem poznal až potom, co jsem už bral drogy... Kromě toho, že užívají i moji kamarádi i já, tak nás to spíš přiblížilo.“

Zde se ve výpovědi Informanta 2 a 5 projevuje, že jedinci se stejnými zájmy si k sobě snáz nacházejí cestu, což zde bylo právě v negativním vlivu, kdy se dala dohromady parta vrstevníků, kteří užívali návykové látky. Pro dítě totiž není snadné odolat tlaku vrstevnické skupiny (Hajný, M., 2001).

Informantka 3 uvedla, že v době, kdy začala užívat pervitin dala přednost příteli, a tedy i návykové látce před svými kamarády. Potvrzuje to kritérium 7. podle DSM-5, kdy jedinec omezil nebo úplně přestal vykonávat důležité sociální, profesní a rekreační aktivity kvůli užívání látek (DSM-5, 2015). Zároveň ale dodává, že ji kamarádka v této životní etapě podpořila, což byl jeden z kroků, které ji celkově pomohly udělat něco se svojí situací.

Informant 4 uvedl, že se u něho nic nezměnilo, protože ani před tím neměl žádné kamarády. Může za to možná to, že Informant 4 neví, jak navazovat uspokojivé mezilidské vztahy, což se vztahuje k jedné z Bowerových charakteristik rozvoje poruchy chování – neschopnost navazovat a udržet si uspokojivé vazby s vrstevníky a s učiteli (Bower, E., M., 1981).

DVO8: Jaká je situace se vztahy nyní, když je jedinec umístěn v diagnostickém ústavu?

TO29: Jaký je teď tvůj vztah s rodiči?

Informant 1: „Dobrý. Chodíme na vycházku i třikrát týdně s tatškou.“

Informant 2: „Minimální kontakt. Mamka je vystrachovaná, ale v pohodě. Je to naprd, že jsem tady. Ale beru ji pořád jako mamku.“

Informant 3: „Možná je to teď s mamkou ještě lepší než před tím, protože ji to přišlo líto. Vidáme se, pišeme si... Tatka mě zdraví jen přes mamku, ale je to v pohodě, v normálu.“

Informant 4: „Stejně jako předtím, akorát... na jednu stranu chápu, že mě sem dali, protože si se mnou nevědí rady, ale já bych je nikdy nedal do domova důchodců, protože ... přijde mi to nedůstojný. Já si obou dvou rodičů vážím jako lidí, ale neuznávám je jako autoritu. Navíc nějaká vynucená autorita nebo autorita ze zvyku, nevím, jak to mám říct, mi přijde divná. Podle mě buď má člověk respekt nějak sám o sobě, a když ho nemá, tak pořád jako si toho člověka může člověk nějak vážit a nad věcma s ním diskutovat... Vzhledem k tomu, že u mých rodičů nefunguje ani jedno, protože oni přirozeně respekt nemají, v podstatě mi přijde, že se mají ještě dost co učit, a to jsou starší než já. A nefunguje u nich většinou ani nějaká komunikace, asertivita a objektivnost... Tak náš vztah je vzdálenější... Já vnímám vztah mezi rodiči a dítětem jako přátelský vztah, kdežto oni nějaké autority, takže si moc nerozumíme.“

Informant 5: „No vztah mezi náma byl asi fajn a pak jsem si to pokazil poslední dovolenkou. Celý víkend jsme nebyl doma a o dva dny jsem si to prodloužil a taky jsem nebyl doma, takže po mně bylo vyhlášeno pátrání. Chtěl jsem být spíš s kamarádama než doma. Drogy v tom neměly roli, že bych utekl kvůli nim, spíš to, že jsem chtěl být se svými kamarády... Takže asi jsem je (rodiče) zklamal.“

Z výpovědi vyplývá, že u všech informantů je potřeba zapracovat na vztahu k jejich rodičům. Informanti 1 a 3 uvedli jako jediní, že vztah s rodiči je teď dobrý. U Informantky 3 je vztah dokonce lepší, než byl, co se týče mamky, avšak ve vztahu s otcem se vyskytly potíže. I když Informant 1 tvrdí, že vztah je dobrý, stále se nejedná ideální vztah, protože jedinec je umístěn v diagnostickém ústavu.

U Informanta 4 je celkově náhled na jeho rodiče jiný, protože je neuznává jako autoritu, ale dítě by se k dospělé osobě ať už je to rodič nebo učitel mělo chovat jako k určité autoritě. Avšak s příchodem dospívání dochází mezi mladistvými a jejich rodiči k určitým změnám vztahů a jedinci mají potřebu se vzpouzet proti nadřazenému chování rodičů, a i když rodiče mají představovat přirozenou autoritu, dospívající jedinci ve svém věku hledají v rodičích rovnocenné partnery, a nejen někoho, kdo jim bude rozkazovat (Vágnerová, M., 2012).

TO30: Jaký je teď tvůj vztah se sourozenci?

Informant 1: „Sestra tady bývá hodně často. Vidáme se.“

Informant 2: ---

Informant 3: „Se ségrou si píšu, byla tady s mamkou za mnou. Bráchovi prý řekli, že jsem na výletě se školou. On je takový v klidu.“

Informant 4: „Podle mě dobrej. Není asi nějak výjimečnej, ale není špatnej. Nebavíme se o všem, já si rád řeším věci sám. Občas jsou na mě ti mladší naštvaní, že to okolí je porovná se mnou... Mám jiné zájmy než sourozenci. Asi nebudu říkat bratrovi, ať jde se mnou na demonstraci proti Babišovi. Ten vztah je dobrý, ale oni jsou hodnější. Vnímá to tak okolí, ale myslím si to i já. Brácha není svatej, ale nedělá tolik průšvihů jako já... Chodíme si s bratrem zafotit ven. Chodil jsme se sestrou na basket, když se to chtěla naučit a pak na tenis.“

Informant 5: „S bratrem se teď moc nevidám a se sestrou pořád v pohodě. Pořád máme kamarádský vztah... S bratrem sem se viděl dva týdny zpátky. Když se vidíme, tak se ani moc nebavíme.“

Informanti uvedli, že mají se svými sourozenci v současné době dobré vztahy. Někteří se však vídají častěji než druzí, mohou za to důvody jako pracovní doba rodičů, sourozenců, vzdálenost bydliště od diagnostického ústavu apod.

TO31: Jaký je teď tvůj vztah s prarodiči?

Informant 1: „*S dědou dobrý. Vidáme se.*“

Informant 2: „*Je to furt v pohodě s babičkou.*“

Informant 3: „*Asi stejný (s babičkou).*“

Informant 4: „*Stejný.*“

Informant 5: „*Dobrý. Nejlepší je s tou babičkou.*“

U této otázky byly výpovědi informantů shodné. Se svými prarodiči/prarodičem mají stále stejný pozitivní vztah.

TO32: Jaký je teď tvůj vztah s parterem/partnerkou?

Informant 1: „*Vidáme se často, několikrát týdně.*“

Informant 2: „*Velká přestávka, ale budu se snažit, aby mohla na návštěvu, nebo alespoň abych já mohl na vycházku. Budu se snažit být v pohodě, abych mohl ven, abych ji mohl vidět.*“

Informant 3: „*V pohodě.*“

Informant 4: ---

Informant 5: „*Jo, je to v pohodě.*“

I zde informanti uvedli, že vztah s jejich partnerem/partnerkou je dobrý. Z výpovědi Informanta 2 navíc vyplývá, že má snahu se změnit právě kvůli své přítelkyni. Vrstevnické vztahy mohou mít v době dospívání pro jedince větší váhu, než vztahy ostatní (Vágnerová, M., 2012).

TO33: Jaký je teď tvůj vztah se spolužáky?

Informant 1: „*Jsem v kontaktu s jedním nebo s dvěma spolužáky. Jdeme teď o víkendů na oslavu narozenin kamaráda... Taký si píšeme přes fb (Facebook).*“

Informant 2: „*Vůbec nic o nich nevím. Jen jsem komentoval fotku na fb, že mi chybí. Taký napsali, že jim chybím, ale spíš to byly jen planý slova.*“

Informant 3: „*Asi stejný. V kontaktu jsem s tou kamarádkou ze třídy, ta se mi ozvala, ale takhle nikdo neví, že jsem tady...*“

Informant 4: „*Teď žádný.*“

Informant 5: „*Žádný teď nemám, ukončil jsem školu... Ve škole jsem byl do ledna a jen s jedním spolužákem jsem v kontaktu, ale taky moc ne.*“

U informantů se vztah se spolužáky projevil jako pomíjivý a většinou skončil s tím, kdy jedinec ukončil školu nebo se ve škole dlouho neukázal. Nadále přetrvaly jen ojedinělé vztahy s jedním nebo dvěma spolužáky.

TO34: Jaký je teď tvůj vztah s kamarády?

Informant 1: „*Jsou to ti spolužáci.*“

Informant 2: „*Jsme pořád v kontaktu online. A pak, když jdu na vycházku, tak se s nimi vidím. Dvakrát za týden. Radši neříkám, že jdu s nimi, anebo s nimi opravdu nejdu, protože mě pak testují na drogy.*“

Informant 3: „*Asi dobrý.*“

Informant 4: „*Nemám kamarády, ale se známýma je vztah dobrej.*“

Informant 5: „*Hodně z těch, s kterýma jsem se bavil, jsem vypustil a držím si teď tři až čtyři dobrý kamarády... Taky berou drogy (extázi a marihuanu).*“

Zde přímo z výpovědí Informantů 2 a 5 vyplývá riziko relapsu k návykovým látkám. Takže i přes to, že zmínění informanti vnímají svůj vztah s kamarády jako dobrý, vyskytují se u nich rizikové vrstevnické vztahy, avšak kvůli pobytu informantů v diagnostickém ústavu, není přímý kontakt s jejich rizikovými kamarády tak častý, ale probíhá většinou online, kde nehrozí riziko užívání návykových látek. Informant 4 dříve uvedl, že jeho známí také užívají návykové látky, takže i zde je podezření na rizikový vztah. U Informantů 1 a 3 je podle nich vztah s kamarády dobrý.

DVO9: Jak se pracuje na restauraci vztahů?

TO35: Jak se pracuje na obnově či udržení vztahů s rodiči? Jak často se vidíte?

Informant 1: „*Tento týden jsem tatku viděl v pondělí, ve středu a včera. Chodí sem tak třikrát týdně.*“

Informant 2: „*Minimální kontakt. Kvůli tomu, že jsem byl na útěku. Je to moje chyba. Před tím jsem měl možnost ji (matku) vidět, ale nevyužíval jsem to, a to mi teď vadí. Za dva dny asi přijede na návštěvu. Možná bych mohl na dovolenku. Mamka chce domluvit, abychom mohli ven aspoň na půl hodiny, jak přijede za dva dny... S tatškou se vidáme třeba dvakrát za půl roku. Tatka cestuje Francie, Praha, Afrika.*“

Informant 3: „*Mamka tu byla. Chodí sem dvakrát týdně, když má čas v práci. Píšeme si každý den a voláme si... Tatka... tak s ním si nepíšu. Ani nepřijel... Chápu, že když je přísnější, nemá náladu se se mnou bavit proto, co jsem udělala... Ale chtěla bych ho vidět, ale nebudu to teď hrotit. Zdravíme se jen přes mamku.*“

Informant 4: „*Mamka tady byla čtyřikrát a tatka dvakrát a já se s nimi vidám ob týden na dovolence... Píšu si s nimi... S mamkou i s tatškou jsme si něco napsali, ale víc s mamkou.*“

Informant 5: „*No, jezdí sem. Viděl jsem je za tři měsíce pětkrát, šestkrát, teda když počítám jak jejich návštěvy, tak to, že jsem jezdil domů... jinak tu byli dvakrát třikrát asi... Občas s mamkou si píšu, s tatškou ne.*“

Všichni informanti uvedli, že za nimi jejich rodiče jezdí, ale u každého je to jinak často. Informant 1 uvedl, že otec za ním chodí i třikrát týdně. Naopak u Informanta 5 byly rodiče maximálně třikrát. Zde na to má vliv opět pracovní vytíženost rodičů a vzdálenost místa bydliště od diagnostického ústavu.

Děti z diagnostických ústavů mohou také jezdit na dovolenky, avšak mají to jen jako odměnu za své chování.

Informant 2 také přiznal, že když mohl předtím vidět matku pořád, tak si toho nevážil, což obdobně připouští Informantka 3 ohledně svého otce.

TO36: Jak se pracuje na obnově či udržení vztahů se sourozenci? Jak často se vidáte?

Informant 1: „*Sestru jsem viděl včera... Vidáme se tak jednou nebo i dvakrát týdně. Záleží, jak jí to vyjde. Někdy se nevidíme ani jednou a někdy i čtyřikrát za týden.*“

Informant 2: ---

Informant 3: „*Sestra přišla teď dvakrát s mamkou.*“

Informant 4: „*Sourozenci tady byli taky. Dvakrát, když tady byl tatka. A s bráchou si píšu trochu.*“

Informant 5: „*Bratr, ten tu nikdy nebyl. Sestra tu byla třikrát... Píšeme si.*“

Informanti uvedli, že se svými sourozenci jsou v kontaktu. Buď si píšou na sociálních sítích, nebo za nimi jejich sourozenci chodí do diagnostického ústavu, buď sami, pokud se jedná například o starší sourozence, nebo s rodiči.

TO37: Jak se pracuje na obnově či udržení vztahů s prarodiči? Jak často se vidíte?

Informant 1: „*Dvakrát týdně se vidám s dědou.*“

Informant 2: „*S babičkou jsem se viděl naposled na dovolence asi před měsícem, ale teď je v nemocnici, takže se nevidáme, ale volali jsme si.*“

Informant 3: „*S babičkou se teď nevidám.*“

Informant 4: „*Teď se nevidáme.*“

Informant 5: „*Nevidáme se teď, protože jsem tady, ale volali jsme si (mluví stále o babičce).*“

Někteří informanti uvedli, že vztah s prarodiči je v jejich současné situaci přerušen. Informant 2 například uvedl, že babičku neviděl měsíc. Informant 5 s babičkou udržuje alespoň telefonický kontakt. Pouze Informant 1 se pravidelně vidá se svým dědou, který za ním dochází do diagnostického ústavu.

TO38: Jak se pracuje na obnově či udržení vztahů s partnerem/partnerkou? Jak často se vidíte? (Otázka byla použita pouze při splnění kladné odpovědi na otázku TO21.)

Informant 1: „*Vidáme se na každé vycházce... v pondělí, středu, pátek a sobotu.*“

Informant 2: „*Nikdo o tom neví. Vždycky se vidíme až venku... Teď vůbec, ale před tím to bylo častější.*“

Informant 3: „*No... trhá mi srdce, že s ním nemůžu být a jsem v kontaktu i s jeho mamkou, takže úplně super.*“

Informant 4: ---

Informant 5: „*S tou si píšu každý den a volám.*“

Z výpovědí informantů vyplynulo, že mají velký zájem vidat se se svým partnerem/partnerkou, ale ne vždy pro to jsou vhodné podmínky (vzdálenost místa bydliště partnera/partnerky a diagnostického ústavu apod.) Pokud se tedy nevidají, jsou v kontaktu alespoň přes telefon.

TO39: Jak se pracuje na obnově či udržení vztahů se spolužáky? Jak často se vidáte?

Informant 1: „*Teď na ně nemám čas, radši jsem s rodinou nebo přítelkyní.*“

Informant 2: „*Nemám potřebu se se spolužáky vidat. Není tu ani snaha z jejich strany.*“

Informant 3: „*Nevidáme se, jen si píšu s tou kamarádkou ze třídy.*“

Informant 4: „*S některými si píšu přes telefon, ale jinak nic.*“

Informant 5: „*Teď nemám ty spolužáky.*“

Přímý kontakt se spolužáky byl u některých informantů úplně přerušen (Informant 2 a 5). Pouze Informantka 3 je v kontaktu s jednou spolužačkou, která je její kamarádkou. Informant 1 sice uvedl, že na spolužáky nemá čas, ale v jedné z předešlých výpovědí uvedl, že se uvidí se dvěma spolužáky o víkendu na oslavě kamarádových narozenin. Informant 4 je se svými spolužáky v kontaktu přes telefon.

TO40: Jak se pracuje na obnově či udržení vztahů s kamarády? Jak často se vidáte?

Informant 1: „*Každou sobotu se vidáme o vycházce. Jeden kamarád je přímo tady v diagnostáku.*“

Informant 2: „*Vidáme se dvakrát za týden.*“

Informant 3: „*Stále si píšeme, ale jelikož nemůžu chodit ven, jak se mi zachce, tak se nevidáme... Ale věřím, že už o prázdninách budu doma, abychom mohli zase chodit ven.*“

Informant 4: „*No, nijak.*“

Informant 5: „*Teď se spíš nevidáme, když jsem tu, ale píšeme si... Před tím jsme se vidali každý den.*“

U této otázky se střetávají dvě podoby kontaktu s kamarády. Jedna je reálná (uvedli Informanti 1 a 2) a ta druhá je zprostředkovaná pomocí zařízení jako je telefon nebo počítač (uvedli Informanti 3 a 5).

Informant 1 zároveň uvedl, že má kamaráda přímo v diagnostickém ústavu, což vypovídá o tom, že jedinci hlavně během dospívání mají potřebu se družít mezi sebou a už za krátkou chvíli je většina schopna si najít kamarády. Avšak v zařízení typu jako je diagnostický ústav pro mládež, to může mít na jedince rizikový vliv, protože děti se do diagnostického ústavu dostávají už s nějakým základem problémového chování a jestliže si jedinec najde kamarády zde, může spíše převzít negativní chování druhého jedince.

Informant 4 dříve uvedl, že kamarády nemá a nijak se ani nepracuje na jeho začlenění do kolektivu.

4. 3 Odpovědi na výzkumné otázky

Hlavní výzkumnou otázkou bylo, jak návykové látky ovlivňují vztahy mezi dětmi, které je užívají, a jejich blízkými osobami (rodiči, sourozenci, prarodiči, partneři, spolužáci, kamarádi). Odpověď na tuto otázku byla zjišťována analýzou odpovědí informantů na tazatelské otázky, které byly řazeny do devíti témat neboli devíti dílčích výzkumných otázek a doplněním některých údajů z odborné dokumentace informantů.

DVO1: Co bylo spouštěčem užívání drog?

Jako nejčastější příčina rozvoje závislosti se u informantu objevil značný vliv vrstevníků, od kterých návykové látky získali.

DVO2: Jak jedinec vnímal vztah s rodiči?

Většina rodičů se o užívání návykových látek svými dětmi dozvěděla. V jednotlivých rodinách se ale lišil časový údaj, po který to rodiče nevěděli. Nejčastěji se to rodiče dozvěděli v řádu pár měsíců (dva až čtyři měsíce), ale někteří až po roce. Všichni informanti pokračovali v užívání návykových látek i přes to, že to jejich rodiče věděli. Někteří informanti uvedli, že pocítili větší kontrolu ze strany rodičů.

I když někteří informanti vypovídali, že jejich vztah s rodiči se nijak nezměnil, poté co začali užívat návykové látky, z výpovědi rodičů nacházející se v dokumentaci dítěte vyplývá, že jejich vztah byl návykovým užíváním poznamenán. Pramení z toho to, že děti si ještě nedokáží plně uvědomit dopad svého chování na okolí kolem sebe.

Z výpovědí vyplývá, že u všech informantů je potřeba zapracovat na vztahu k jejich rodičům. U některých informantů je potřeba obnovit důvěru, která se pokazila v průběhu užíváním návykových látek. Takovýchto změn, jako je ztráta komunikace ve vztahu rodič-dítě, by si měli rodiče všimnout, protože to může mít hlubší podtext než jen typický rys osamostatňování se od svých rodičů.

DVO3: Jak jedinec vnímal vztah se svým/i sourozencem (sourozenci)?

Užívání návykových látek se u informantů mohlo stát negativním vzorem pro jejich sourozence. Informanti dále uváděli, že jejich užívání návykových látek nemělo vliv na vztahy s jejich sourozenci. A uváděli, že jejich vztahy jsou dobré.

DVO4: Jak jedinec vnímal vztah se svými prarodiči?

Všichni informanti uvedli, že mají blízký vztah k jednomu prarodiči. Většinou se jednalo o babičku. Prarodiče se o užívání návykových látek svými vnoučaty dozvěděli většinou zprostředkovaně od rodičů dítěte. Sami informanti se se svými prarodiči na toto téma nechtěli bavit. Dále všichni uvedli, že jejich vztah s prarodiči zůstal stejný, v některých případech je potřeba obnovit důvěru.

DVO5: Jak jedinec vnímal vztah se svým partnerem/partnerkou?

Velmi se zde projevilo, jak je pro dospívající jedince důležité navazování prvních partnerských vztahů. Na rozdíl od kamarádkých vztahů, které zde měli spíše negativní dopad na jedince, měly partnerské vztahy velký vliv na pozitivní změnu chování jedince. Znovu ale záleží, o jakého se jedná partnera/partnerku. Partnerské vztahy mohou působit protektivně, ale jestliže partner také užívá návykové látky, jedná se o vztah rizikový, kterému je třeba se vyvarovat. Všichni informanti, kteří mají momentálně partnera/partnerku, vypověděli, že se chtějí změnit právě kvůli němu/ní.

DVO6: Jak jedinec vnímal vztah se svými spolužáky?

Všichni informanti uvedli, že o jejich užívání návykových látek věděli jejich spolužáci (nebo alespoň jeden spolužák). Někteří z nich také užívali návykové látky, takže nedošlo k tomu, aby spolužák od užívání návykových látek odradili, naopak se podporovali mezi sebou v užívání návykových látek. Pouze v jednom případě spolužačka radila informantce, aby skončila s užíváním návykových látek.

U informantů se vztah se spolužáky projevil jako pomíjivý a většinou skončil s tím, kdy jedinec ukončil školu nebo se ve škole dlouho neukázal. Nadále přetrvaly jen ojedinělé vztahy s jedním nebo dvěma spolužáky.

DVO7: Jak jedinec vnímal vztah se svými kamarády?

Pro dospívající jedince je velmi důležité navazování kamarádkých vztahů. Vrstevníci mají velký vliv na chování ostatních vrstevníků. Tento vliv může mít pozitivní nebo negativní účinek. Vrstevníci se různě napodobují, předvádějí a předhánějí v různých věcech. Všichni informanti uvedli, že jejich kamarádi či známí věděli o jejich užívání návykových látek. Kamarády si informanti častěji nacházeli mimo třídu. V těchto případech se právě jednalo o rizikové skupiny jedinců, kteří také užívali návykové látky. V době, kdy tyto látky užívali, dávali přednost partě a lidem, kteří také užívali návykové

látky, před ostatním životem. I když tedy informanti uvedli, že mají dobré kamarádské vztahy, měly tyto kamarádské vztahy spíše negativní vliv, protože se často jednalo o jedince užívající návykové látky.

DVO8: Jaká je situace se vztahy nyní, když je jedinec umístěn v diagnostickém ústavu?

Z výpovědí vyplývá, že u všech informantů je potřeba zapracovat na vztahu k jejich rodičům, hlavně na důvěře k sobě navzájem a nastavením určitých hranic a pravidel. V odpovědích se také objevilo, že dříve si informanti nevážili času, který mohli strávit se svými rodiči a teď naopak když by chtěli trávit se svými rodiči čas, nemohou tak často, protože jsou v diagnostickém ústavu. Podle výpovědí informantů mají se svými sourozenci v současné době dobré vztahy. I ke vztahu k prarodičům se vyjadřovali kladně. Současné partnerské vztahy informantů působí protektivně na jejich chování. Někteří informanti uvedli, že se chtějí změnit právě kvůli nim. Vztah se spolužáky se v situacích informantů projevil jako pomíjivý a většinou skončil s tím, kdy informant ukončil školu nebo se ve škole dlouho neukázal. Nadále přetrvaly jen ojedinelé vztahy s jedním nebo dvěma spolužáky. Informanti svoje kamarádské vztahy většinou označují za dobré, ale v některých případech se jedná o kamarády, kteří také užívají návykové látky, což tedy vypovídá o rizikovém faktoru pro dané informanty. Avšak kvůli pobytu informantů v diagnostickém ústavu, není přímý kontakt s jejich rizikovými kamarády tak častý, ale probíhá většinou online, kde nehrozí riziko užívání návykových látek.

DVO9: Jak se pracuje na restauraci vztahů?

Nadále se pracuje na zpevnění vazeb informantů s jejich rodiči, návštěvami rodičů v zařízení a během dovolenek, kdy děti jezdí domů. Avšak u každého informanta je situace jiná ohledně počtu návštěv jeho rodičů v diagnostickém ústavu. Mohou za to důvody jako pracovní doba rodičů nebo vzdálenost bydliště od diagnostického ústavu apod. Dovolenky mohou mít posilující efekt pro vztah dítě-rodič, ale došlo k případům, kdy jedinec netrávil dovolenku doma u rodiny, ale dal přednost vrstevníkům a návykovým látkám.

Se sourozenci mají informanti dobrý vztah a vídají se na návštěvách v zařízení nebo na dovolenkách. V rámci návštěv se někteří však vídají častěji než druzí, mohou za

to důvody jako pracovní doba rodičů, sourozenců nebo vzdálenost bydliště od diagnostického ústavu apod.

V současné době je přímý kontakt informantů a jejich prarodičů spíše pozastaven až na některé výjimky. Avšak informanti uvedli, že se svými prarodiči, nebo alespoň s jedním z nich mají i nadále dobrý vztah a jsou v kontaktu alespoň telefonicky nebo pomocí zpráv.

Z výpovědi informantů dále vyplynulo, že mají velký zájem vídat se se svým parterem/partnerkou, ale ne vždy pro to jsou vhodné podmínky. Znovu se zde promítá důvod jako je vzdálenost místa bydliště partnera/partnerky a diagnostického ústavu apod.) I když však nejsou v přímém kontaktu, komunikují alespoň telefonicky.

Přímý kontakt se spolužáky byl u některých informantů úplně přerušen, jen v některých případech, nebo přetrvaly jen ojedinělé vztahy s jedním nebo dvěma spolužáky, avšak v těchto případech byli tito spolužáci označeni zároveň za kamarády.

V současnosti jsou informanti se svými kamarády v kontaktu spíše online než naživo. Jen někteří uvedli, že se s kamarády vídají, nebo se nedávno viděli, ale znovu se jednalo o setkání, která měla spíše negativní dopad, protože se stále jednalo o kamarády, kteří také užívali návykové látky.

4. 4 Speciálně pedagogická doporučení

V dnešní době je velice důležité neopomenout u dětí prevenci v tématu návykových látek. O návykových látkách je s dítětem důležité mluvit, někdy stačí pouhé varování rodiče, někdy je potřeba takovýchto apelů více. Takovýto rozhovor by měl být vždy přiměřený věku dítěte.

V rámci školy se dále provádějí preventivní protidrogové programy, které by však měly být prováděny kvalitně, například s odborníky na danou problematiku, kteří mají nejen odborné, ale i pedagogické schopnosti a předpoklady, a také dlouhodobě, tedy žák by se takového programu měl účastnit alespoň několik měsíců. V rámci těchto programů by měl být žák informován komplexně o celé problematice, jako jsou účinky drog, zdravotní rizika, možné příčiny užívání apod. Obsah preventivních protidrogových programů by se neměl brát na lehkou váhu, mohl by se jednoduše stát jen návodem a informačním zdrojem, jak užívat návykové látky.

Pokud rodiče pozorují, že u jejich dítěte se změnilo něco zásadního, ať už jeho chování, které začalo být jiné než doposud, nebo dítě změnilo kamarády, zhoršil se školní

prospěch, začalo chodit za školu, přestalo plnit nastavená pravidla či nechodilo večer domů atd., měli by se snažit s dítětem o této změně mluvit. Často jsou takovéto změny právě následkem užívání návykových látek. Důležité je poté včas najít způsob, jak vyřešit takovou situaci. Pokud už je situace tak vážná, že si rodiče nevědí rady, mohou vyhledat odbornou pomoc.

Jsou-li děti umístěny v zařízení výkonu ústavní a ochranné výchovy, vždy by se měl maximálně podporovat kontakt dítěte s rodinnými příslušníky, pokud právě oni nemají na dítě negativní vliv. Zároveň by se v diagnostickém ústavu mohly lépe volit tresty, které by nenarušovaly kontakt s rodinnými příslušníky. Místo zákazu dovolenky zvolit například odpracování si trestu.

Závěr

Diplomová práce se zabývala problematikou vlivu závislostního chování na vztahy klientů diagnostického ústavu. Práce je rozdělena na čtyři kapitoly. První tři kapitoly jsou věnovány teoretickému úvodu do problematiky, k jehož zpracování byla využita dostupná odborná literatura a volně přístupné elektronické publikace či online zdroje k tématu dané práce. Dále byly použity legislativní zákony a vyhlášky. První kapitola vymezuje základními pojmy zkoumané problematiky. Druhá kapitola se zabývá tématem počátku rozvoje závislosti, její možné detekce a charakteristiky jednotlivých typů návykových látek. Třetí kapitola pojednává o prevenci a možné léčbě závislostního chování a také o ústavní a ochranné výchově, jelikož výzkum probíhal právě v diagnostickém ústavu, který je jedním typem zařízení výkonu ústavní a ochranné výchovy. Čtvrtá kapitola se zabývá empirickou částí práce a popisuje kvalitativní výzkumné šetření. Výzkum byl realizován pomocí polostrukturovaného rozhovoru, kterého se účastnilo pět klientů diagnostického ústavu pro mládež z Jihomoravského kraje, kteří měli v anamnéze užívání návykové látky. Dále autorka prostudovala dokumentaci klientů, která v některých případech ucelila informace o dítěti a také sloužila jako podpůrný materiál k potvrzení či popření výpovědi informantů.

Hlavním cílem výzkumného šetření diplomové práce bylo zjistit, jak návykové látky ovlivňují vztahy mezi dětmi, které je užívají a jejich blízkými osobami (rodiči, sourozenci, prarodiče, partneři, spolužáci, kamarádi).

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že v období, kdy informanti užívali návykové látky došlo k omezení komunikace se svými rodiči. I když se rodiče snažili se svými dětmi komunikovat a pomoci jim v jejich situaci, aby přestali užívat návykové látky, tak ať šlo o dobře míněné rady, vždy se informanti přiklonili až k radě vrstevníků, a to i když měla negativní dopad jak na jejich zdraví, tak na oblast vztahů. Je tedy vidět, že dospívající jedinci si více vážili názoru svých vrstevníků než svých rodičů, a to i tehdy, když tento názor negativně ovlivnil jejich život. I když tedy informanti uvedli, že mají dobré kamarádské vztahy, měly tyto kamarádské vztahy spíše negativní vliv, protože se často jednalo také o jedince užívající návykové látky. Mezi nimi a jejich kamarády a spolužáky tedy docházelo spíše k podpoře v užívání návykových látek. Naopak velmi protektivně působí momentálně jejich současné partnerské vztahy, kdy informanti vypovídají, že se chtějí změnit právě kvůli svému partnerovi/partnerce. Podle informantů

vztah s jejich sourozenci nebyl ovlivněn, každopádně zde ale bylo riziko, kdy jejich sourozenci mohli být snáze vystaveni rizikovému vlivu drog. Vztah s prarodiči se podle informantů nezměnil z důvodu užívání návykových látek. Všechny vztahy byly ale zároveň ovlivněny následným umístěním dítěte do diagnostického ústavu, právě kvůli eliminaci užívání návykových látek a také kvůli nápravě jejich projevů chování.

V současné době se pracuje na znovunalezení pozitivního vztahu mezi informanty a jejich blízkou rodinou, hlavně tedy rodiči, kde jde hlavně o obnovení důvěry nastavení určitých pravidel a hranic chování.

Resumé

Tématem diplomové práce je vliv závislostního chování na vztahy klientů diagnostického ústavu. Práce je rozdělena do čtyř kapitol. První kapitola vymezuje základní pojmy, jako je sociální patologie a sociální deviace, porucha chování, závislostní chování, dítě v období adolescence a rodina. Druhá kapitola blíže popisuje počátek rozvoje závislostního chování, projevy užívání návykových látek a možnou detekci tohoto chování. Třetí kapitola se zabývá možnou prevencí a léčbou závislostního chování a také ústavní a ochrannou výchovou. Čtvrtá kapitola popisuje kvalitativní výzkum. Cílem tohoto výzkumu bylo zjistit, jak návykové látky ovlivňují vztahy mezi dětmi, které je užívají a jejich blízkými osobami (rodiči, sourozenci, prarodiči, partnery, spolužáky, kamarády).

Summary

The topic of diploma thesis is Influence of Addictive Behavior on Clients' of the Diagnostic Institute Relations. The thesis consists of four chapters. The first chapter defines basic terms such as social pathology and social deviation, behavioral disorder, addiction behavior, child in adolescence and family. The second chapter describes in detail the development of addictive behavior, the signs of substance abuse and the possible detection of this behavior. The third chapter deals with possible prevention and treatment of addictive behavior as well as with constitutional and protective education. The fourth chapter describes the qualitative research. The aim of this research was to find out how addictive substances affect relationships between children who use them and their close people (parents, siblings, grandparents, partners, classmates, friends).

Použité tištěné a internetové zdroje

1. BLATNÁ, Michaela. *Psychologická pomoc pro pozůstalé*. In: České sdružení obětí dopravních nehod [online]. CSODN: ©2011 [cit. 16.3.2019].
Dostupné z: <http://www.csodn.cz/poradenstvi>
2. BOWER, Eli Michael. *Early identification of emotionally handicapped children in school*. 3rd Ed. Springfield: C.C. Thomas, 1981. ISBN 03-980-4604-2.
3. DRTILOVÁ, Jana a František KOUKOLÍK. *Odlišné dítě*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 1994. ISBN 80-7021-097-4.
4. *DSM-5: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Edited by Raboch Jiří - Hrdlička Michal - Mohr Pavel - Pavlovský Pavel. 1. vyd. Praha: Hogrefe - Testcentrum, 2015. ISBN 9788086471525.
5. DUNOVSKÝ, Jiří. *Sociální pediatrie: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 1999. ISBN 8071692549.
6. FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5046-0.
7. FORNESS, Steven R. a Jane KNITZER. *A new proposed definition and terminology to replace 'serious emotional disturbance'*. UNITED States: School Psychology Review. 1992. ISSN 0279-6015.
8. HAJNÝ, Martin. *O rodičích, dětech a drogách*. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0135-9.
9. HEATH, A. C. et al. Genetic and environmental contributions to alcohol dependence risk in a national twin sample: consistency of findings in women and men. *Psychological Medicine*, 1997, 27, s. 1381–1396.
10. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: 1. vyd. Portál, 2005. ISBN 80-736-7040-2.
11. JEDLIČKA, Richard. *Děti a mládež v obtížných životních situacích: nové pohledy na problematiku životních krizí, deviací a úlohu pomáhajících profesí*. Praha: Themis, 2004. ISBN 80-7312-038-0.
12. JELLINEK, E. M., Alcoholism, a genus and some of its species. *Canadian Medical Association Journal*. 1960 Dec 24; 83(26): 1341–1345.

13. KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4331-8.
14. KAUFFMAN, James M. *Characteristics of Emotional and Behavioral Disorders of Children and Youth*, 7thed., New Jersey: Merrill Prentice Hall, 2001. ISBN 0-13-083283-9.
15. WALKER, H. M., SEVERSON, H. H. Developmental prevention of At-Risk Outcomes for Vulnerable Antisocial Children and Youth, in: LANE, L. K., GRESHAM, F. M., O'SHAUGNESSY, T. E. *Children with or at Risk for Emotional and Behavioral Disorders*. Boston: Allyn and Bacon, 2002. ISBN 0-205-32182-8.
16. KRAUS, Blahoslav. *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-383-3.
17. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1284-9.
18. MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví: dětství a dospívání*. 2. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5351-5.
19. MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie: [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese]*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-717-8700-0.
20. MATĚJČEK, Zdeněk. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1992. ISBN 80-04-25236-2.
21. MKN-10: *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. Tabulární část. [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR 2018. [cit. 20.1.2019]. ISBN: 978-80-7472-168-7
Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/mkn-tabelarni-cast_4-10-2018.pdf
22. MUNKOVÁ, Gabriela. *Sociální deviace: (přehled sociologických teorií)*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0279-2.
23. MÜHLPACHR, Pavel. *Sociopatologie*. Brno: MU, 2008. ISBN 978-80-210-4550-7.
24. MÜHLPACHR, Pavel. *Sociální patologie*. Brno: MU, 2001. ISBN 80-210-2511-5.
25. NAKONEČNÝ, Milan. *Lexikon psychologie*. Praha: Vodnář, 1995. ISBN 80-85255-74-X.

26. NEŠPOR, Karel a Ladislav CSÉMY. *Alkohol, drogy a vaše děti: jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat*. 5. vyd. Praha: Sdružení FIT IN - Rodiče proti drogám, 2003. ISBN 80-260-3873-8.
27. NEŠPOR, Karel. *Vaše děti a návykové látky*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-717-8515-6.
28. OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3737-9.
29. PODANÉ RUCE. [online]. *Terénní programy v brně*. Podané ruce: ©2019 [cit. 23.3.2019].
Dostupné z: <https://podaneruce.cz/centra-sluzby/terenni-programy-v-brne/>
30. PREKOPOVÁ, Jirina. *Prvorozené dítě: o sourozenecké pozici*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-516-5.
31. PREV-CENTRUM [online]. *Extáze (MDMA)*. Prev-Centrum: ©2017 [cit. 12.3.2019].
Dostupné z: <https://www.prevcentrum.cz/informace-o-drogach/extaze/>
32. PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ. *Pedagogický slovník*. 7. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0403-9.
33. RABOCH, Jiří a Petr ZVOLSKÝ. *Psychiatrie*. Praha: Galén, 2001. ISBN 80-726-2140-8.
34. ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*. 2. vyd. Praha: Portál, 2004, ISBN 80-7178-829-5.
35. STRAUSS, Anselm L. a Juliet M. CORBIN. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert, 1999. SCAN. ISBN 80-85834-60-X.
36. THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0714-6.
37. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.
38. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I.: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0956-8.
39. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.
40. VOJTOVÁ, Věra. *Podmínky edukace dětí s poruchami emocí a chování*. In PIPEKOVÁ, Jarmila, et al. (eds.). *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. vyd. Brno: Paido, 2010. s. 379-384. ISBN 978-80-7315-198-0.

41. VOJTOVÁ, Věra. *Kapitoly z etopedie I.* 3. vyd. Brno: MU, 2013. ISBN 978-80-210-6311-2.

Legislativní zdroje

1. *Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních* [cit. 16.3.2019].
Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-72>
2. *Zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek* [cit. 11.2.2019]. Dostupné z: <https://zakonyprolidi.cz/cs/2017-65>
3. *Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách* [cit. 24.3.2019].
Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>
4. *Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů* [cit. 17.3.2019].
Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2002-109>
5. *Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře* [cit. 25.3.2019].
Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1995-117>
6. *Zákon č. 218/2003 Sb., o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže a o změně některých zákonů (zákon o soudnictví ve věcech mládeže)* [cit. 20.3.2019].
Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2003-218>
7. *Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)* [cit. 16.3.2019].
Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-561>

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Stručný popis informantů

Seznam příloh

Příloha č. 1: Původní schéma rozhovoru

Příloha č. 1

Původní schéma rozhovoru

1. Co bylo spouštěčem užívání drog?
 - 1.1. Kdy jsi poprvé zkusil/a drogu?
 - 1.2. Byl/a jsi sám/sama nebo o tom někdo věděl?
 - 1.2.1. S někým → Kdo to byl?
 - 1.3. O jakou návykovou látku se jednalo?
 - 1.4. Jak jsi ji získal/a?
 - 1.5. Řekl/a jsi o tom někomu?
 - 1.6. Proč jsi zkusil/a drogu?
 - 1.7. Proč jsi v tom pokračoval/a, jaký jsi k tomu měl/a důvod?
 - 1.8. Jak dlouho a často jsi užíval/a drogy?
 - 1.9. Jaký jsi měl/a názor na svoji situaci ohledně drog a jak se teď staviš ke drogám a svojí situaci?
2. Jak jedinec vnímal vztah s rodiči?
 - 2.1. Věděli o tom tvoji rodiče?
 - 2.1.1. NE → Kdy a jak se o tom dozvěděli?
 - 2.1.2. ANO → Jak se to dozvěděli?
 - 2.2. Jak se zachovali tvoji rodiče, když se dozvěděli, že bereš drogy?
 - 2.3. Pokračoval/a jsi i potom dál v užívání drog?
 - 2.4. Jak bys popsal/a (porovnal/a) vztah s rodiči před a potom, co jsi začal/a užívat drogu?
 - 2.4.1. Jak jsi se cítil, když jsi byl/a s rodiči?
 - 2.4.2. Jaký jsi měl názor na svoji situaci?
3. Jak jedinec vnímal vztah se svým/i sourozencem (sourozenci)?
 - 3.1. Máš sourozence?
 - 3.1.1. NE → dále v následujících otázkách nepokračuji (až od čísla 4.)
 - 3.1.2. ANO → Věděl/i o tom? Co na říkali?
 - 3.2. Jak bys popsal/a (porovnal/a) vztah se sourozencem (sourozenci) před a potom, co jsi začal/a užívat drogu?
4. Jak jedinec vnímal vztah se svými prarodiči?
 - 4.1. Ke komu z prarodičů máš nejbližší vztah?
 - 4.2. Věděli prarodiče o tom, že užíváš drogy?
 - 4.2.1. NE → dále v následujících otázkách nepokračuji (až od čísla 4.3.)
 - 4.2.2. ANO → Věděl/i o tom? Co na říkali?
 - 4.3. Jak bys popsal/a (porovnal/a) vztah s prarodiči před a potom, co jsi začal/a užívat drogu?
5. Jak jedinec vnímal vztah se svým partnerem/partnerkou?
 - 5.1. Máš partnera/partnerku?
 - 5.1.1. NE → dále v následujících otázkách nepokračuji (až od čísla 5.)
 - 5.1.2. ANO → Věděl/a o tom?
 - 5.1.2.1. ANO → Co na říkal/a?
 - 5.2. Jak bys popsal/a (porovnal/a) vztah s partnerem (partnerkou) před a potom, co jsi začal/a užívat drogu?
6. Jak jedinec vnímal vztah se svými spolužáky?
 - 6.1. Věděl někdo z tvých spolužáků, že užíváš drogy?
 - 6.1.1. NE → dále v následujících otázkách nepokračuji (až od čísla 6.2.)
 - 6.1.2. ANO → Co na to říkali?

- 6.2. Jak bys popsal/a (porovnal/a) vztah se svými spolužáky před a potom, co jsi začal/a užívat drogu?
7. Jak jedinec vnímal vztah se svými kamarády?
 - 7.1. Máš kamarády ve školní třídě nebo i mimo ni?
 - 7.2. Věděl někdo z tvých kamarádů, že užíváš drogy?
 - 7.2.1. NE → dále v následujících otázkách nepokračuji (až od čísla 7.3.)
 - 7.2.2. ANO → Co na to říkali?
 - 7.3. Jak bys popsal/a (porovnal/a) vztah se svými kamarády před a potom, co jsi začal/a užívat drogu?
8. Jaká je situace vztahů teď, když je jedinec v diagnostickém ústavu?
 - 8.1. Jaký je teď tvůj vztah s rodiči?
 - 8.2. Jaký je teď tvůj vztah se sourozenci? (Pokud má sourozence)
 - 8.3. Jaký je teď tvůj vztah s prarodiči?
 - 8.4. Jaký je teď tvůj vztah s parterem/partnerkou? (Pokud má partnera/partnerku)
 - 8.5. Jaký je teď tvůj vztah se spolužáky?
 - 8.6. Jaký je teď tvůj vztah s kamarády?
9. Jak se pracuje na restauraci vztahů?
 - 9.1. Rodiče?
 - 9.2. Sourozenci?
 - 9.3. Prarodiče?
 - 9.4. Partner/ka?
 - 9.5. Spolužáci?
 - 9.6. Kamarádi?