

9. PRÁCE SE SPECIFICKOU KLIENTELOU	228
9/1 Magdalena Frouzová: Úvod do problematiky specifické klientely a „nových závislostí“	229
9/2 Jiří Broža: Děti a mladiství	232
9/3 Jindřich Vobořil: Gender – ženy jako specifická skupina	238
9/4 Ilona Preslová: Závislé matky s dětmi	244
9/5 Pavlína Müllerová: Klienti v konfliktu se zákonem	249
9/6 Marek Jargus: Klienti ve vazbě a výkonu trestu	255
9/7 Václav Schmidt: Etnické minority	261
9/8 Magdalena Frouzová: Gambleři a gambling	267
10. PRIMÁRNÍ PREVENCE	274
10/1 Pavel Bém, Kamil Kalina: Úvod do primární prevence: východiska, základní pojmy a přístupy	275
10/2 Ivan Skalík: Primární prevence zneužívání drog: úrovně, formy, metodologické principy	285
10/3 Lenka Skácelová: Prevence ve výuce – základní pedagogické principy	291
10/4 Dagmar Nováková: Přednášky, besedy a interaktivní programy ve školách	300
10/5 Lenka Skácelová: Vrstevnické skupiny, peer programy	307
10/6 Dagmar Nováková: Výcvik pedagogů	311
10/7 Ivan Skalík: Včasné školní intervence a základní poradenství	317
10/8 Petr Flaks, Barbora Trapková: Prevence v komunitě	323
10/9 Lenka Skácelová: Osobnost, dovednosti a techniky v primární prevenci	329
LITERATURA K DALŠÍMU STUDIU	334
KLÍČOVÁ SLOVA S ODKAZY NA KAPITOLY	338



PRÁCE SE SPECIFICKOU KLIENTELOU

- 9/1 Magdalena Frouzová: Úvod do problematiky specifické klientely a „nových závislostí“
- 9/2 Jiří Broža: Děti a mladiství
- 9/3 Jindřich Vobořil: Gender – ženy jako specifická skupina
- 9/4 Ilona Preslová: Závislé matky s dětmi
- 9/5 Pavlína Müllerová: Klienti v konfliktu se zákonem
- 9/6 Marek Jargus: Klienti ve vazbě a výkonu trestu
- 9/7 Václav Schmidt: Etnické minority
- 9/8 Magdalena Frouzová: Gambleři a gambling

Klíčová slova: gambling – internet – kompulsivní poruchy – specifická klientela

Drogy se v posledních padesáti letech staly významným tématem lidstva hlavně proto, že velmi významně zasahují do procesů třech úrovní:

- 1) zrání a rozvoj psychické struktury každého jedince,
- 2) socializace a akulturace,
- 3) hledání dalších rozměrů lidské existence a jejího smyslu.

V tomto smyslu také můžeme mluvit o různých cílových skupinách, které lze charakterizovat kromě jiného také specifickým zacházením s drogou a jejími následky, nebo dokonce specifickými formami závislosti.

1) Psychická struktura

Znalosti rozvoje psychických struktur ukazují *na určitá krizová období v životech jedinců*, která se za určitých okolností mohou stát jakýmsi predispozičním faktorem užívání drog¹. Víme například, že dospívající mládež ve své rozporuplnosti často sahá k drogám, aby se vyrovnala s nároky tohoto přechodu do dospělosti; víme ovšem také např. o tiché drogové závislosti v penziencech pro staré lidi. Vedle těchto typicky obtížných životních přechodů se ale setkáváme s jevem, který chováním a jeho následky závislost na drogách velmi připomíná. Jde o stav, v kterém jakoby se osobnostní vývoj jedince „zasekl“ na určitém *kompulsivním jednání*, které je doprovázeno postupným snižováním kvality života. Jedinec stále více zaměřuje svou pozornost a činnost na určitou, původně běžně užívanou substanci (např. potrava nebo její výtažky, vitaminy, nootropika) nebo na proces (hazardní hraní, sázení, sex, láska, sport, určité činnosti spojené s počítačem a informačními či komunikačními médii) do té míry, že se vzdává rozvoje svých schopností i v jiných oblastech. Postupně se stává tato substance či činnost pro něho jakýmsi „všelékem“, automatismem či rituálem, bez kterého se nemůže obejít. V případě kodependence se takovým objektem stává blízký člověk².

2) Socializace

Každé společenství dosahuje soužití a spolupráce na základě sdílení určitých pravidel, která vytvářejí jeho

sociální realitu. Tato společenství se s nárůstem mobility lidstva velmi rychle mění (minority, emigranti, vojsko) a je proto obtížné se v nich orientovat. Extenzivní růst specifických společenství (firmy, gheta, školy, určité profese, podsvětí, finanční či duchovní elita) pak ještě dále socializaci jedince komplikují. Někteří jedinci zůstávají či se stahují zpět do některých těchto úzkých společenství, ta ale nemusí být schopná vytvářet dostatečný sociální konsensus bez větších napětí v jedinci. Drogy se v některých z těchto společenství prosazují specificky a mohou se stát dokonce i kultovním symbolem určitého životního stylu a pocitu přináležení do určité sociální skupiny. V České republice jsou drogy zvýšeným problémem např. u Romů³, některých emigrantských skupin nebo učňovské mládeže. Role souvisící s kulturou může zacházení s drogou také významně ovlivňovat a proto např. u žen je třeba si být vědom určité specifčnosti terapeutického přístupu.

3) Hledání dalších rozměrů lidské existence a jejího smyslu

Je skutečností, že drogy také vždy asistovaly u non-konformního poznávání světa, sebe samého a hledání smyslu života. S technickými možnostmi je v posledních desetiletích stále více lidí natolik existenčně zajištěno, že se mohou těmito problémy zabývat mnohem více než kdy předtím. Někteří z nich mluví o tom, že jim drogy pomáhají toto hledání urychlovat či se s nálezem lépe vyrovnat (úzkost z nebytí, vrženosti do světa, uvědomování si odcizení apod.)⁴.

Určité skupiny zaměřují svou pozornost s pomocí drog na kvalitu života s větší svobodou individuální volby. Timothy Leary se v šedesátých letech při výzkumu drog zabýval se svými spolupracovníky myšlenkou na ozdravné programy pro celou společnost a měl představu, že drogy budou nositelem této práce na sobě. Rozšíření rozsahu vnímání, které měl tenkrát na mysli, však bylo nakonec nejvíce způsobeno vývojem elektronické informace. Ta ale také mozek stimuluje zvnějšku jemněji, zato pravidelněji, takže potřeba stimulace tě-

¹ Viz též Hajný, kapitola 2/8, Vývojové aspekty vzniku a rozvoje závislosti.

² Více o kodependenci viz Kudrle, kapitola 2/3, Psychopatologie závislosti a kodependence; Hajný, kapitola 2/9, Rodinné faktory vzniku a rozvoje závislosti; Frouzová, kapitola 6/10, Skupiny s blízkými závislého; Broža, kapitola 9/2, Děti a mladiství.

³ Viz Schmidt, kapitola 9/7, Etnické minority.

⁴ Viz též Kudrle, kapitola 1/9, Historie užívání a zneužívání psychotropních látek; Frouzová, kapitola 2/6, Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti.

mito podněty velmi rychle roste a i tato činnost se nakonec může stát pro jedince závislostí.

Jak drogy (chemické impulsy), tak i např. počítače a internet (elektronické impulsy) tedy mohou vyvolat stav závislosti. Mohou se dokonce vzájemně doplňovat. Existuje např. určitá skupina lidí, jejichž hlavním cílem je vytváření virtuální reality a pohyb v ní. V případě, že se taková činnost stane závislostí, můžeme u této skupiny často pozorovat užívání chemických drog k rychlé relaxaci či naopak ke zvýšení své mozkové činnosti. Jestliže se tedy beatníci a hippies šedesátých let nořili pomocí psychedelik do „nových světů“, kyberpunkeri a tzv. nová rasa s pomocí tzv. „smart drugs“ jsou ponořeni do virtuálního světa, který je často vlastně digitálním zrcadlem jeho vlastních mozkových procesů.

Uživatel drogy se stahuje a uzavírá před reálným světem do vztahu s drogou. Jedinec sedící neustále u počítače se také stahuje z tohoto světa. Otevírá se mu ale kybernetický časoprostor, v kterém se stále častěji potkává s druhými. Když tedy mluvíme o specifických závislostech např. na počítači, televizi či mobilu, je třeba podobně jako u drog–léků rozeznávat rozdíl mezi „dobrem“ a „zlem“ – mezi hledáním a poznáváním, které jedinci i druhým přináší něco pozitivního, a mezi nutkavým pohybem v uzavřeném kruhu, který se postupně proměňuje ve vír, stahující jedince a jeho blízké do katastrofy.

V následující části se budeme věnovat jenom některým z těchto závislostí, je však skutečností, že se v našich ordinacích objevuje stále více jedinců se stále rozmanitějšími „posedlostmi“, kde chování zvládáme pomocí psychotherapeutických postupů užívaných u látkových závislostí. Můžeme také mluvit o určitém typu závislostní osobnosti, která má sklon k vytváření různých druhů závislostí; takový klient se s naší pomocí vymaní ze závislosti na drogách a po letech se u nás objeví např. s problémem gamblingu. Kdybychom uvažovali o závislostní osobnosti jako o osobnosti nedostatečně zralé, je logické pak uvažovat o hlubší psychoterapii, která by měla pomoci toto zrání uskutečnit či urychlit. Je možné, že taková nezralost se opírá o určité typy biologického fungování. V každém případě však nezralost rodiče neumožňuje dítěti nabídnout algoritmus zrání přesahující úroveň, kterou rodič sám dosahuje. To pak logicky vyvolává významně častější objevování se různých typů závislostí v širší rodině.

Multifaktorová etiologie závislostí nedovoluje se vyjádřit k různým závislostem a případným kompulzivním poruchám zcela jednoznačně. V každém případě ale můžeme říci, že je třeba, abychom si byli při práci se závislými na drogách vědomi fenoménu „stěhování a proměn různých typů závislostí“ a vhodně aplikovat kvalitní psychodynamickou psychoterapii s intervencemi psychosociálními či environmentálními. Klinická zkušenost ukazuje, že takto můžeme vzniku nových závislostí předcházet.

Summary

Introduction to the Problems of Specific Clientele and “New Dependences”

The phenomenon of dependence can be studied on several levels, e.g. on the level of maturity and psychological development, of social and cultural integration, of the search for another dimension of human existence etc. These levels can also determine the specific group of clients with specific needs or even with specific dependences. In addition to the problems presented in particular chapters of Part 9, the author pays

attention to the new forms of “dependence without substance” (gambling, dependence on electronic communication media), that are usually categorised as compulsive disorders but treated similarly to drug dependence. From her clinical experience, the author points out the phenomenon of “moving and changing dependence” and she suggests how to cope with this phenomenon in prevention and treatment.

Key words: compulsive disorders – gambling – internet – specific clientele

Literatura

- Beattie M.: Codependent no more. Harper/Hazelden Foundation. Harper and Row, New York, 1987
- Leary, Timothy: Chaos a kyberkultura. Ed. Michael Horowitz. Maťa Gharmagaia, Praha 1997
- Nešpor K.: Závislost na práci. Grada Publishing, Praha, 1999
- Nešpor K.: Počítače a zdraví. BEN, Praha, 1999
- Norwood R.: Women who love too much. Pocket Books, New York, 1986
- Porterfieldová K. M.: O sektách. Nakladatelství Lidové noviny, Praha, 1997
- Yoder B.: The Recovery Resource Book. Fireside, Simon and Schuster Building, New York, 1990

Klíčová slova: adolescenti – děti – identita – rodina – rodinná terapie – vývojové úkoly

1. Úvod

Cílová skupina dětí a mladistvých není pouze okrajovou populací ohroženou návykovými látkami. Statistické údaje naopak ukazují, že trend zneužívání drog je nejvýraznější ve věku 15 – 19 let – v r. 2001 spadalo do této věkové kategorie 47,5 % uživatelů a plná polovina z nich užívala drogy nitrožilně (viz MPK, 2002). U věkové skupiny dětí do patnácti let nevyznívají statistické údaje na první pohled tak dramaticky – za rok 2001 bylo registrováno 97 nových uživatelů do patnácti let, což jsou 2,3 % z celkového počtu. Více alarmující je zjištění věku prvního užití drogy – 14 % uživatelů uvádí první užití drogy před patnáctým rokem věku.

Důležitost práce s dětmi a dospívajícími nespočívá pouze v jejich počtu, ale vyžaduje také mimořádné schopnosti odborného pracovníka. Ten musí být nejen dobrým profesionálem v oboru závislostí, dobrým poradcem či psychoterapeutem, ale měl by mít také dobrou znalost v oblasti dětského a adolescentního vývoje, znalost sociální problematiky včetně základních charakteristik současné rodiny a v neposlední řadě by měl disponovat osobností, která je stabilní, jasná, zralá a zároveň pro děti, jejich rodiny či adolescenty přijatelná.

2. Charakteristika cílové skupiny

Pro zjednodušení rozdělíme cílovou skupinu do dvou podskupin, z nichž první je tvořena jedinci do patnácti let věku (děti) a druhá jedinci nad patnáct let (dospívající). Těmito skupinami se v následujícím textu budeme zabývat většinou odděleně, a to z důvodů legislativních, sociálních i psychologických.

Dospívání je složitý komplex změn v životě jedince vedoucí k vývoji od nezralého a závislého jedince k jedinci relativně soběstačnému – dospělému. Tento komplex změn zahrnuje složku biologickou, sociální a psychickou a můžeme jej rozdělit do dvou základních období: 1) pubertu – dosažení pohlavní zralosti a možnosti plodit, 2) adolescenci – psychické a sociální dospívání s cílem dosáhnout statusu dospělého.

Věkově ohraničit tyto dvě etapy je velmi problematické. Ve vývoji a výchově každého jedince existují značné

rozdíly, které dospívání individualizují. Rozdíl je také ve vývoji chlapců a dívek. Obecně však lze předpokládat, že období puberty trvá od 11. – 12. let do 14. – 16. let života, přičemž pro dívky jsou platné spíše spodní hodnoty. Po tomto období nastupuje období adolescence, které je završeno dosažením dospělosti kolem 20. – 22. roku (lze však předpokládat, že tato hranice je pro mnohé jedince nízká a bude se i nadále oddalovat).

V práci s uživateli návykových látek, stejně jako při řešení jiných psychologických a sociálních patologií či neurotických symptomů, platí pravidlo, že s čím mladším jedincem pracujeme, tím více je potřeba zapojovat do spolupráce rodinné příslušníky.

3. Adolescence

Adolescence je v životě člověka velice obtížné období, plné náročných situací, které musí dospívající řešit a které mu komplikují jeho sociální roli a psychologickou jistotu:

- nechce být dítětem a neumí být dospělým
- potřebuje nahradit dětský svět, jehož byl středem, novými sociálními vazbami
- stojí před mnohými rozhodnutími, které jej nutí k osobní zodpovědnosti
- zjišťuje, že existuje mnoho způsobů, jak lze prožít život
- hledá smysl světa, života a sebe

Langmaier (1983) tvrdí, že adolescence je charakterizována těmito třemi základními rozpory: 1) rozpor mezi fyzickou a psychickou zralostí, 2) rozpor mezi rolemi a statutem, očekáváním a možnostmi, 3) rozpor mezi hodnotami mladé a staré generace.

Dalším možným pohledem na období adolescence je pokusit se pojmenovat některé kritické oblasti, které musí adolescent zpracovat:

1. vývoj stabilního pocitu vlastní identity
2. vývoj nezávislosti – emancipace od původní rodiny
3. konstituování důležitých a významných vazeb s autoritami
4. konstituování důležitých a významných vztahů s vrstevníky
5. ujasnění životních cílů a hodnot¹

¹ Kožnar J. (1975). Předneseno na 10. psychoterapeutické konferenci, Luhačovice. Viz též Kalina, kapitola 7/2, Faktory významné pro účinnost léčby a změnu klienta

Období adolescence je, jak je výše popsáno, spojeno s mnoha zmatky a nespokojenostmi. Ty jsou přirozené a motivují jedince k vývoji. Zároveň se však vyskytují i jiné možnosti, jak tyto nespokojenosti odstraňovat – jednou z nich je řešení pomocí návykových látek, které navozují jiné (příjemnější) stavy vědomí. Na dospívajícího jedince přestávají nespokojenosti doléhat, přestává je vnímat ve své skutečné podobě a ztrácí motiv se s nimi vypořádat. Jinými slovy: užíváním návykových látek se zbavuje důvodu vývoje od závislosti ke svobodě, od dítěte k dospělému.

Malé dítě se vyvíjí ze symbiotického vztahu s matkou k uvědomění si své identity a k vytváření kvalitativně nové psychické struktury. Úkolem dospívajícího je vývoj ze závislosti na rodině k soběstačnosti a opět k vytvoření kvalitativně nové vnitřní struktury. Stejně jako dítě má tendence vracet se ve svém vývoji do stavu symbiózy, ve kterém hledá bezpečí, i dospívající má sklon regresovat do původního závislostního stavu. Zjednodušeně bychom mohli o tomto období hovořit jako o situaci, kdy původní struktura (závislostní) již nepřináší uspokojení a dospívající má potřebu ji překonat, ale nová identita ještě není vybudovaná. Tento posun však není jednoduchý, obsahuje mnoho frustrujících faktorů a atakuje jejich narcistickou rovnováhu, schopnost obstát, být dobrý, vážit si svých možností, schopností atd. Dospívající se tak dostává do stavu, který bychom mohli s trochou nadsázky definovat jako stav přirozený svou psychologickou abnormalitou. Ta je charakteristická tím, že se některými svými symptomy podobá symptomům lidí s hraničními problémy – tzv. prestrukturálním osobnostem, tedy osobnostem, u kterých dosud nebyla vytvořena vnitřní objektní stálost a vnitřní stabilní identifikace. Nechci tím říci, že dospívající jsou hraničními osobnostmi, ale pouze to, že se některými symptomy podobají hraničním osobnostem s oslabeným „Já“.

Každý akt chování člověka je minimálně třístupňový proces (Šímek, 1990): 1) Na začátku je nápad, impuls, potřeba něco udělat, 2) toto přání nebo potřebu jedinec zkoumá, posuzuje její vhodnost z pohledu sebe i společnosti a rozhoduje se, zda jej bude realizovat, 3) následuje konání, chování, jednání, akce, které mají za úkol více či méně naplnit naše očekávání.

Střední článek tohoto zjednodušeného procesu patří psychologicky do „Já“ – má na starost poznávání a prožívání vnějšího i vnitřního světa a regulaci chování. U adolescenta je právě „Já“ oslabeno a tak může

dojít k vynechání druhé části a po potřebě následuje ihned konání.

K dalšímu oslabování „Já“ přispívá také naše současná společnost. Ta je ve velké míře orientovaná na to, aby dítě (dospívající) obstálo – musí odpovídat představám společnosti (rodiny). Odchytky od norem jsou mnohdy tolerované, ale málokdy bývají akceptované. Dospívající si často stěžují na nepřijetí okolím, které mívá tuto podobu: „klidně si to dělej, ale je to špatné – špatné to děláš, špatně cítíš, špatně myslíš, špatně žiješ...“

Výše uvedené lze shrnout do následujících tezí:

- Adolescent *opouští* svou dětskou roli – rodiče, dosaavadní pravidla
- Zároveň má pocit, že je *opouštěn*
- Hledá *nový smysl* – symbiózu (často v návykových látkách)
- Je *frustrován* z nezdařených pokusů
- Potřebuje ventilovat svou *agresivitu*

V práci s adolescenty užívajícími návykové látky je značným problémem to, že jsou v podstatě bez neurotických příznaků. Neurotické příznaky, které by měly motivovat jedince k růstu, bývají externalizovány – má je společnost. Setkáváme se tudíž často klienty, kteří se přinejlepším chtějí zbavit problému spojeného s užíváním drog, ale schází jim skutečná motivace k osobnostní změně. Z tohoto postoje zákonitě může vyplynout (a často mnohdy vyplývá) terapeutický přístup, který nebývá zaměřený na pomoc člověku, ale pouze na odstranění označeného ohrožujícího symptomu. Dobře fungující poradenství nebo léčba by však neměla na dynamiku osobnosti a její důležitost v procesu uzdravy zapomínat. Měla by se stát zcela neodmyslitelnou součástí každého procesu, a to i v případě, že se léčebné aktivity budou orientovat více na behaviorální, pracovní, sportovní a kulturní aktivity. Pro pracovníky by mělo být naprosto samozřejmé vědomí a znalost základních dynamických fenoménů, neboť právě skrze ně se může dobře a užitečně orientovat ve vzájemných vztazích a vyvarovat se rizik, kterým nás dospívající dnes a denně vystavují.

Abychom ve výše popsané situaci adolescenta byli schopni oslovit a zaujmout, je důležité zprostředkovat mu vztah, který je zajímavý a atraktivní, ale především nový, nezatížený a nepatologický². Vztah svobodný, který by měl být bezpečný (jasně vymezený). Zároveň by tento vztah měl být *pravdivý*. Měl by jej saturovat

² Viz též Bartošíková, Miovský a Kalina, kapitola 6/4, Terapeutický vztah.

v jeho přirozených potřebách, ale zároveň by měl umožnit adolescentovi být slabý, dělat chyby, přiznat svoje nedostatky atd.

Neméně důležité je pro dospívajícího také prostředí, ve kterém se spolupráce odehrává. To musí být pro dospívajícího důvěryhodné; dospívající musí vnímat, že právě on je středem našeho zájmu; měl by znát jasné hranice našeho vztahu. Tento prostor lze nazvat prostorem vhodným a nezbytným k tomu, aby si klienti mohli dovolit být sami sebou (se svými vzteky, slabostmi, neurotickými projevy, úzkostmi), aby mohli alespoň částečně opustit svoji stylizaci (obrazy, falešné Já). Pokud se nám takový prostor podaří vytvořit, máme víc než polovinu úspěchu za sebou. Veškerá činnost, kterou s dospívajícím v takovém prostoru realizujeme, má svojí psychotherapeutickou (tedy uzdravující) hodnotu.

Jako významný prvek je při práci s adolescenty uváděna tzv. *zážitková terapie* (většinou se jedná o atraktivní zátěžové programy v přírodě, jako je horolezectví, vodáctví, cyklistika, turistika apod.), kde je dospívající nucen vyrovnávat se se skutečnou zátěží. Tento zážitek vytváří z jinak umělého a pro dospívajícího mnohdy nepochopitelného psychologizování přirozenou a srozumitelnou situaci a zlidštuje vztah mezi terapeutem a klientem. Na terapeuta je při této činnosti kladen velký nárok týkající se udržení jasných hranic terapeuta – klient.

Pokud se nám podaří adolescenta motivovat k systematické léčbě v některé terapeutické komunitě, pracujeme většinou *skupinovou formou práce*.

Dostupná literatura většinou uvádí výhody a nevýhody individuální a skupinové práce s dospívajícími s tím, že výhody skupinové práce převažují nebo se touto otázkou vůbec nezabývá. Zaběhlá praxe je taková, že ambulantně se pracuje s dospívajícími většinou individuálně, zatímco s mládeží umístěnou do některého lůžkového zařízení spíše skupinově. Např. Matoušek a Kroftová (1997) uvádějí, že „*pokud se při práci s rizikovou mládeží používá individuální psychotherapie, je většinou kombinována se skupinovými psychotherapeutickými a komunitními postupy. Jen zřídka se doporučuje a provádí jako hlavní, samostatný přístup k ovlivňování rizikové mládeže*“.

Tab.1 uvádí pro přehled několik kladů a záporů skupinové spolupráce s dospívajícími.

Pojmeme-li otázku ze sociálního hlediska, musíme konstatovat, že činnost ve skupině je pro adolescenty pravděpodobně přirozenější a přijatelnější než individuální kontakt. Splňuje jejich požadavek na zařazení – někde patřit, s někým být v blízkosti, moci se identifikovat.

Z pohledu psychologického dokáže skupina odstraňovat osobnostní nejistoty a úzkost z vlastní nedostatečnosti – v případě neúspěchu skupiny nesou pouze svůj malý díl odpovědnosti, naopak při úspěchu na něj mohou být i já hrdý.

Při práci s adolescentem je však třeba počítat i s některými riziky, jako je například malá motivace ke změně, nejasnost v cílech, externalizace osobních problémů, hyperkritičnost, velký vliv vrstevníků a v neposlední řadě vysoká citlivost na autoritu, chybné úkony či nespravedlnost.

Nelze opominout ani význam rodinné terapie u adolescentů. Mladý člověk ve věku 15 – 18 let většinou žije v rodině, po léčbě (např. v komunitě) se tam vrací a přirozenou, zdravou separaci ještě nelze předpokládat. Práce s rodinou, zaměřená na úpravu vztahů, uvolnění k léčbě a vytvoření prostředí příznivého pro změnu je důležitou složkou terapeutického plánu, i když nemá tak zásadní význam jako u dětí³.

4. Děti

Zatímco u dospívajícího můžeme počítat alespoň s částečnou motivací k růstu a spolupráce se může zaměřit na něj jako na jednotlivce, je tato možnost u dětí zproblematicovaná nedostatkem potřeby odpoutat se ze závislostního postoje. Děti jsou dosud pevně vázány na rodičovské postavy a jejich chování bývá ve většině případů reakcí na vnější impulsy. Z toho plyne výrazná potřeba pečovat nejen o označeného klienta (dítě), ale o celý systém, ve kterém se dítě pohybuje. To přináší na jedné straně velkou naději, že i menší změna systému může výrazně změnit chování dítěte, na druhé straně však přináší velkou obtíž, neboť spolupráce s rodiči bývá mnohdy velmi náročná. Rodiče často přicházejí s požadavkem, abychom změnili („opravili“) jejich dítě, které jim vytváří problémy, aniž by byli schopni reflektovat svůj vliv nejen na aktuální chování dítěte, ale také na jeho možnou nápravu („oni už to zkoušeli po dobrém i po zlém a nic nefunguje“). Pokud spolupracujeme pouze s dítětem, ukazuje se tato spolupráce jako téměř beznadějná. Dítě se při spolupráci s námi většinou velmi rychle přizpůsobuje a přistupuje na potřebu

³ Více o rodinné terapii a práci s blízkými klientů: Kalina, kapitola 6/6, Rodinná terapie a práce s rodinou; Frouzová, kapitola 6/10, Skupiny s blízkými závislého.

změny chování. Pokud se však vrací do prostředí, které podobné změny nerealizuje, téměř okamžitě se vrací k původním vzorcům chování.

Hlavní roli v potřebě rychlého a účinného řešení hraje potřeba vyhnout se konfrontaci s vlastním svědomím, potřeba vypadat ve společnosti jako ten, který dokáže zajistit potřebnou kvalitní péči, ten, který je schopný vypořádat se i se složitými situacemi. Tomuto rodičovskému (a celospolečenskému) tlaku na rychlé řešení podléhají i profesionálové (lékaři), sociální pracovníci či další úředníci, neboť i oni jsou často v přímé konfrontaci se závislostí bezmocní. Tak se častěji než by bylo vhodné setkáváme s dětmi a dospívajícími hospitalizovanými na psychiatrickém oddělení, které mnohdy ani s problematikou závislosti nepracuje.

Hlavním cílem při práci s dětmi je tedy motivace rodičů k aktivitě při navozování změny. Rodiče jsou stále pro dítě nejvýznamnější osoby, a to i v případě, že neplní své funkce podle společensky daných norem.

Nejefektivnějším způsobem zpracování problému s užíváním drog u dětí je rodinná terapie, nejlépe s celým rodinným systémem. Tato práce vyžaduje adekvátní výcvik, znalosti, dovednosti a především pracovníka, který je přijatelný jak pro dítě, tak pro rodinu.

V současnosti dominují v rodinné terapii tři základní přístupy: model nemoci rodiny, model rodinného systému a behaviorální přístup (McKay, 1999).

1) Model nemoci rodiny: podle tohoto modelu jsou rodinní příslušníci stejně nemocní jako označený klient a tudíž je potřeba léčit nejen jeho, ale celý systém. Nemoc můžeme nazvat kodependencí (spoluzávislostí)⁴ a jejími hlavními příznaky jsou podle Cermaka (cit. in Rotgers, 1999):

- 1) Obětování sebeúcty ve prospěch kontroly sebe i druhých.
- 2) Přebírání odpovědnosti za uspokojení potřeb druhých.
- 3) Prožívání úzkosti a zkreslování hranic související s problémy intimity a separace
- 4) Zapletení do vztahů s lidmi s poruchami osobnosti nebo problémy s návykovými látkami.
- 5) Přítomnost dalších negativních symptomů.

Předpoklad kodependentní rodiny je, že se chová tak, aby udržela závislost.

Rodinná terapie vycházející z tohoto modelu se z velké části zabývá komunikací, vyjadřováním potřeb, dysfunkcemi rodinných rolí, vyjednáváním a rovnováhou v rodině⁵.

2) Systémová rodinná terapie: zkoumá vliv drogy na rodinnou konstelaci a pokouší se změnit nebo ustavit v rodinném systému role, pravidla a hranice. Léčba je zaměřená na komunikaci v rámci systému jako celku a řešení problémů celého systému komplexně – není zaměřená na zpracování a odstranění konkrétního problému nebo nápravu označeného viníka. Při tomto modelu je nezbytná dobrá motivace celého rodinného systému.

3) Behaviorální přístupy: hledají spouštěcí a zpevňující faktory užívání drog a pokouší se je změnit většinou rozpoznáním, vyhodnocením a psychosociálními nácviky.

5. Závěr

Při práci s dětmi (jejich rodinami) a dospívajícími je prioritním a mnohdy nejobtížnějším úkolem motivace k jakékoliv aktivitě, která umožňuje změnu životního stylu. Je potřeba počítat s masivními obrannými reakcemi a odpory, které je potřeba umět zpracovávat. Pokud je to možné, ukazuje se jako výhodné spolupracovat s rodinným systémem nebo alespoň s některým pro klienta významným rodinným příslušníkem – tato spolupráce je u dětí naprostým předpokladem úspěšnosti.

⁴ O kodependenci viz též Kudrle, kapitola 2/3, Psychopatologie závislosti a kodependence; Hajný, kapitola 2/9, Rodinné faktory vzniku a vývoje závislosti, a kapitoly citované v předchozí poznámce.

⁵ Rodinné terapii v takovém případě někdy předchází nebo ji doprovází individuální či skupinová terapie jednotlivých členů oddělení. Zaměřuje se na sebeprůživání a uvědomování si vlastních potřeb.

The chapter describes children and adolescents as a specific group of clients, characterised by lower motivation, critical approach to authority and a less structured personality. Therefore, there are specific requirements from the therapist or counsellor. Further, the work with children and adolescents is presented separately with regard to developmental tasks and fa-

mily context that need specific approaches. In the period of adolescence, the search for identity is a key topic of development, which should be promoted in treatment. Working with children is difficult without family participation; therefore the family therapy approaches are most appropriate.

Key words: adolescents – children – developmental tasks – family – family therapy – identity

Tab. 1: *Klady a zápory skupinové práce s adolescenty*

Klady	Zápory
je v souladu s přirozenou potřebou adolescenta sdružovat se do skupiny	Může upřednostňovat prosazení ve skupině před řešením problému
Reflektuje sociální podmíněnost psychického vývoje adolescenta	Větší nebezpečí, že skupina rozbije potřebné obrany
Povzbuzuje zájem o druhé a odvrací přílišnou orientaci na sebe	Méně prostoru pro zpracování intrapsychických konfliktů
Dobrá skupina vyvíjí tlak na angažovanost jedince	Nebezpečí ztráty osobní prestiže

Zdroj: autor

Literatura

- Broža J.: Psychoterapie a psychoterapeutický prostor. Konfrontace (časopis pro psychoterapii, Hradec Králové), roč. 10, č. 3, str. 40 – 41, 1999
- Chvála V., Trapková L.: Matky problémových uživatelů drog. Konfrontace (časopis pro psychoterapii, Hradec Králové), roč. 12, č. 3, str. 111 – 115, 2001
- Macek P.: Adolescence. Portál, Praha, 1999
- Matějček Z.: Dětská a adolescentní psychiatrie. Státní pedagogické nakladatelství, Praha, 1991
- Matoušek O., Kroftová A.: Mládež a delikvence. Portál, Praha, 1998
- Matoušek O., Matulová A., Kopoldová B., Chalupová J., Halík T.: Práce s rizikovou mládeží. Projekt LATA a další alternativy věznění mládeže. Portál, Praha, 1996
- Mc Kay J. R.: Techniky rodinné terapie. In: Rotgers F. a kol.: Léčba drogových závislostí. Grada Publishing, Praha, 1999
- MPK: Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR za rok 2001. Úřad vlády ČR, Praha, 2002
- Röhr H.: Narcismus – vnitřní žalář. Portál, Praha, 2001
- Rotgers F. a kol.: Léčba drogových závislostí. Grada Publishing, Praha, 1999
- Šebek M.: Neklidné děti a jejich výchova. Státní pedagogické nakladatelství, Praha, 1990
- Šíkl J.: Vývoj zrání a závislost. Konfrontace (časopis pro psychoterapii, Hradec Králové), roč. 6, č.4, str. 13 – 20, 1996
- Šíkl J.: Závislost a osobnost. Konfrontace (časopis pro psychoterapii, Hradec Králové), roč. 8, č. 3, str. 24 – 29, 1997
- Šíkl J.: Adolescence jako narcistická krize. Revue psychoanalytické psychoterapie (Česká společnost pro psychoanalytickou psychoterapii, Praha), č. 2, str. 12 – 17, 1999
- Votavová M.: Matky problémových uživatelů drog. Konfrontace (časopis pro psychoterapii, Hradec Králové), roč. 12, č. 3, str. 120 – 122, 2001

Klíčová slova: design drogových služeb – feministické hnutí – společensko-kulturní kontext – ženy-uživatelky – ženské programy

Úvod

Gender otázky, gender skupiny, gender pohledy, gender rozdílnosti... Pojem „gender“ vystihuje nejen rozdíl mezi mužem a ženou v akademicky, či jakýmkoliv způsobem zkoumané otázce, ale v reálné praxi především upozorňuje na tzv. „ženskou otázku“. Samozřejmě je tomu stejně i v odborné literatuře zahrnující tematiku užívání drog.

Obecně je třeba rozlišit pojem sex od pojmu gender. Zatím stále neexistuje akceptovaná definice konceptu gender. Často je tento pojem užíván směnitelně s pojmem sex (Maccoby, 1998). Nicméně rostoucí počet teoretiků, výzkumných pracovníků i klinických praktiků vidí termín sex zaměřující se více na biologické rozdílnosti mezi mužem a ženou, pojem *gender* pak popisuje spíše postoje a chování, které jsou definovány danou kulturou jako „vhodné“ pro daný sex (Unger, 1979).

Gender otázka se v drogové odborné literatuře (především psané anglicky) výrazněji objevuje koncem osmdesátých let, a to díky významným osobnostem z odborných kruhů, které byly zároveň zastánci feministického hnutí. V devadesátých letech se již toto téma objevuje s častou frekvencí. Vlády ekonomicky vyspělých států vypisují prestižní granty pro obsáhlé výzkumy a díky tomu se rozvíjí užitečná akademická diskuse.

V České republice se zatím téma gender (v odborné drogové literatuře) objevuje pouze sporadicky. V českých publikacích se snad můžeme setkat s daty z prevalenčních studií, ve kterých se objeví gender rozdíly. Z cela však chybí studie či publikace, které se zaměřují pouze na gender problematiku (například v otázce dostupnosti služeb).

Sociologický pohled na gender problematiku v oblasti užívání drog

„*Drogové užívání mezi ženami a muži je komplexní záležitostí – jako například otázky okolo sexuálního průmyslu a tlaku mužů na mladé dívky*“, uvádí EMCDDA 2000¹.

EMCDDA upozorňuje na velmi důležitá data, která otvírají nové rozměry pohledu na drogové služby. Za jeden z hlavních problémů pak EMCDDA označila data, která ukazují, že věk prvního experimentu s drogou je nižší u děvčat než u chlapců. Tento problém je obecně výsledkem skutečnosti, že dívky mají starší partnery, kteří je mohou povzbudit k počátku užívání. Díky těmto zjištěním vlády v Rakousku, Německu a Švédsku uvolnily finanční prostředky na specifické programy prevence orientované na velmi mladé dívky (EMCDDA 2000). Další velké téma, kterým se zpráva EMCDDA zabývá, je téma společenské stigmatizace žen – uživatelky drog.

Gender – rozdílnost, nebo společenské stigma?

Je gender rozdílnost nebo společenské stigma? „*Od raného dětství jsou dívky vystaveny jiným očekáváním a je s nimi jednáno rozdílně od chlapců*“, uvádějí Gossop a Strang (1994).

Řada studií upozorňuje na fakt, že poměr 1 žena ke 3 mužům, kteří využijí nabízené služby, neodpovídá skutečnosti poměru mužů a žen na drogové scéně, kde jsou tato čísla spíše 1:2 (EMCDDA 2000, Ettore 1992). Výzkumní pracovníci, poskytovatelé a donoři služeb si proto začali klást otázku, jaké jsou důvody pro čísla vypovídající o rozdílnosti poměru žen a mužů na drogové scéně oproti poměru využití služeb? Nabízí se zde vcelku rozsáhlý komplex faktorů.

Na první pohled by se zdálo, že to, co činí ženskou skupinu uživatelů rozdílnou od mužské, jsou především specifické problémy spojené s těhotenstvím a mateřstvím, tedy rozdílnost spíše spojená s biologickými faktory. Tento pohled je samozřejmě legitimní a je o něm zapotřebí hovořit ve spojitosti s tvorbou specifických služeb pro ženskou část populace. Takto byla také v EU, z pochopitelných důvodů, tato otázka nahlížena v osmdesátých letech, zvláště ve spojení s epidemií AIDS, a to jak v odborné literatuře a výzkumných pracích, tak i následně v tvorbě drogové politiky mnohých států a z toho vyplývající nabídky a design služeb. Proto například britská ACMD² „Zpráva o AIDS a zneužívání drog“ (1988, 1989) začíná upozorňovat na po-

¹ Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti v Lisabonu, podporováno a zřizováno EU. Jeho účelem je sběr dat v oblasti drog z celé EU.

² Advisory Council on the Misuse of Drugs – výzkumná komise Velké Británie pro otázku drogové strategie.

třebu odborného poradenství pro séropozitivní ženy, které jsou těhotné a zároveň jsou uživatelky drog. Tato doporučení a následně vytvořené nabídky služeb však spíše byly zaměřené na problematiku přenosu infekce na dítě a případně další následné intervence. V USA naopak zjištění počtu nakažených těhotných žen, které byly zároveň uživatelky drog, vzbudilo tak prudkou reakci veřejnosti, že některé státy přistoupily ke změně zákonů ve smyslu zpřísnění trestního stíhání pro pouhé užití drog v těhotenství, nebo třeba jen uchovávání stříkaček a jehel. Důležité otázky do této situace pak opět vneslo feministické hnutí, které definuje specifčnost ženské skupiny na drogové scéně a upozorňuje na kulturní a sociální podtext tohoto problému.

„Dvojitá deviance“

Feministické hnutí zde upozorňuje na historicko-sociální kontextuální skutečnosti týkající se gender rozdílnosti v dostupnosti a pohledu na užívání drog. V nedávné historii kupříkladu existovaly předpisy (dnes přetrvávající v některých kulturách) zakazující ženám konzumaci alkoholu, jako jednu z mnoha rozkoší, které přísluší především mužům. Užívání alkoholu u žen bylo vnímáno jako reálné nebezpečí pro překračování gender rolí ve společnosti. Patriarchální společnost totiž očekává od ženy zodpovědnost ke své rodině, tedy ke své gender roli v rodině, ale také zároveň určitou závislost na maskulinní části populace. Ettore ve své knize „Women and Substance Use“ (1992) formuluje poznatek, že žena-uživatelka drog je společností vnímána jako dvojitá deviant („double deviant“). Žena, uživatelka drog, je nejen problematická pro samotné užívání, ale zároveň zklamává ve své roli manželky a matky. Sociální klima tak vyvíjí tlak, který s sebou následně nese reálná rizika, brání ženám vystoupit z anonymity. Hrozí jim totiž stigmatizace, která může například vést k odnětí dětí, a to často i bez reálných ukazatelů, že by děti mohly být zanedbávány. Na druhé straně, některé výzkumné studie naznačují, že mnohé matky – uživatelky drog, dokáží postupovat velmi racionálně a ekonomicky a o své děti pečovat zodpovědněji, než jejich mužský protějšek nacházející se ve stejné situaci (Taylor, 1993).

Rizikovost

Další ze společenských tlaků je spojený s prostitucí žen, které užívají drogy. EMCDDA informuje, že ženy v EU – uživatelky drog – spáchají méně trestných činů než muži, ale finanční prostředky pro užívání drog si častěji opatřují díky „sexuálnímu průmyslu“, a to až v 60 % (EMCDDA 2000). Opakované britské studie pak upozorňují na to, že užívání drog ve skupině prostituujících žen obecně, se pohybuje mezi jednou pětinou až

jednou polovinou. Dále se ukazuje, že v takzvané „high class“ prostituci jsou častěji užívány stimulační drogy a v tzv. „low class“ se spíše objevují opiáty (Plant 1993). Tato zjištění dále vedla výzkumné pracovníky k hypotézám a veřejnost k obavám, že prostituující skupina žen užívající opioidy, je významně více riziková než muži, uživatelé drog, a to v oblasti přenosu infekčních onemocnění jakou jsou AIDS, nebo hepatitidy. Tato skupina je obviňována a kriminalizována jako skupina žen, nesoucí velká rizika pro společnost (Ettore 1992). Bližší zkoumání tohoto problému ale ukazuje, že skutečnost může být jiná, než ji chce vidět evropsko-americká moralistická společnost. Zmiňovaná skupina žen je skutečně vystavena většímu riziku přenosu infekčních onemocnění, ale většina údajů napovídá, že například HIV je častěji přeneseno od mužské klientely na ženy praktikující prostituci, než naopak (Ettore 1992). Tato zjištění popírají současný společenský pohled obviňující tuto skupinu žen z větší rizikovitosti oproti mužské skupině uživatelů. Dále pak toto zjištění nabízí hypotézu, že totiž prostituující uživatelky drog častěji praktikují bezpečný sex, než mužská část populace užívající drogy.

Využívání služeb

Jedním z hlavních důvodů, proč se ženská část populace méně často odváží vystoupit z anonymity a využít nabízené služby, je větší společenská stigmatizace ženské části populace uživatelů drog, než je tomu u její mužské části. Ženy, které přicházejí do drogových služeb, častěji maskují skutečné důvody tím, že poukazují na různé medicínské, nebo somatické potíže. Brown a spol. (1971) zjistil, že ve 45,9 % uvádějí ženy fyzické komplikace, jako důvod pro vstup do těchto služeb, oproti mužům, kteří tento důvod uvádějí jen v 19,4 %. Když zde pomíneme proces popření, jako jistě jeden z možných faktorů, hlavní obava žen, která zřejmě nutí ženy nevyužívat služby, je efekt vystoupení z anonymity a vydání se napospas odborné i obecné veřejnosti (Gossop a Strang, 1994).

Ženy u lékařů

Nemalé téma, na které opět upozorňuje feministické hnutí, je problém zdravotnictví, které je postavené jako „maskulinní prototyp“. Jeden z hlavních argumentů, podírající tuto hypotézu v oblasti „drogového problému“ je celá řada studií upozorňující na disproporce předepisování některých léků ženské a mužské populaci (zejména léky „na uklidnění“, „na spaní“ apod.). Například benzodiazepiny jsou ženám předepisovány třikrát až čtyřikrát častěji než mužům. Zdravotnictví tak vytváří velký počet závislých žen na těchto lécích (Kavanagh, 2000). Nejčastější důvody pro předepsání

těchto léků jsou potíže spojené s krizí v manželství a nároky rodinných problémů na ženu (Newcomb, 2000). Dále jsou zde problémy spojené s obtížnějším diagnostikovaním ženské populace. Ukazuje se, že ženy jako více vztahově orientované hůře verbalizují organické symptomy, méně se koncentrují na objektivní příznaky nemoci, ale více se soustředí na psychické prožívání nemoci (Janečková, 2002). „Právě diagnostická nejistota pak vede k tomu, že je ženám předepisováno více uklidňujících léků než mužským pacientům“ (Janečková, 2002). Feministické hnutí zde kritizuje pohled maskulinní části lékařů na roli ženy, která by „měla být funkční v domácnosti“ a z toho vyplývající rozdíly farmakoterapeutických intervencí.

Zamyslíme-li se nad přímým efektem zdravotního systému na ženy, nabízí se zde otázka, zda vztah žen ke „třem D“ – doktoři, drahoušci a dealeri netvoří ten největší předpoklad pro riziko závislosti (Ettore, 1992).

Komorbidita

Další z gender rozdílů je otázka komorbidity. Vysoký počet „chronických“ uživatelů drog s takzvanou duální diagnózou je obecně znám: téměř každý druhý chronický uživatel trpí nějakým typem problému v oblasti duševního zdraví. Právě zde se však objevují gender specifika. Například studie klinické populace léčených žen s poruchami příjmu potravy upozorňují na vysoký výskyt užívání drog a alkoholu u dané populace. Studie mezi bulimickými pacientkami pak ukazují na statisticky významně vyšší výskyt užívání kokainu a amfetaminů oproti obecné populaci. Tato skupina uvádí okolo 10 – 12 % nedávné, nebo současné užívání jmenovaných drog (Lisansky, Gomberg 1996). Objevují se také studie, které upozorňují na možnou hypotézu, že důvody k užívání těchto drog jsou u žen častěji spojené s problémem kontroly váhy a kontroly jídelních návyků, než u mužů. Pro reálnost této hypotézy svědčí pozorování četných zařízení, která nabízejí pouze ženské programy. Tak například terapeutická komunita Hebron House v britském městě Norwich³ poukazuje na skutečnost, že téměř 2/3 klientek tohoto zařízení přichází se zakázkou řešit své potíže s poruchami příjmu potravy, takže program se zde skutečně neobejde bez znalosti daného problému a jeho zahrnutí přímo do terapeutického plánu. Na druhé straně uživatelky služeb upozorňují na skutečnost, že programy, které nepracují přímo s touto zakázkou, neřeší jejich často prvotní příčinu užívání drog.

Alarmující jsou také zjištění počtů žen, uvádějících psychické potíže spojené se sexuálním zneužitím

v dětství a dospívání. Tyto potíže jsou často uváděny jako důvod pro iniciační stádium užívání drog a identifikaci s peer skupinou uživatelů drog (Rohsenow a spol., 1988). Dále četné studie poukazují na časté fyzické týrání žen a s tím samozřejmě spojené potíže v oblasti duševního zdraví.

Komorbidita je samozřejmě mnohem širší téma. Někteří výzkumníci argumentují, že ženy jsou jen poněkud více neurotické a méně psychopatické než mužská část uživatelů (Martin a Martin, 1980). Jiní zase tvrdí, že skutečné rozdíly existují (Gossop a Strang 1994).

Nešpor například tvrdí, že „závislé ženy trpí častěji depresemi a úzkostí, ale méně často u nich bývají poruchy osobnosti“ (Nešpor 2000). Jistě by tedy téma komorbidit z pohledu gender zasloužilo více pozornosti a více finančních prostředků pro solidní vědecké zkoumání.

Služby z pohledu gender – dostupnost, specifické služby pro ženy

Je velmi módní užívat pojmů jako je dostupnost služeb nebo multi-disciplinární přístup. Nabízejí se však otázky: Nakolik náš proklamovaný více-oborový přístup opravdu odpovídá na poptávku klientů? Není design našich služeb jen kopie nějakých „konstruktů“ služeb, které jsme viděli na krátkodobých stážích v zahraničí, nebo jsme o nich jen slyšeli na různých konferencích? Bylo by zde tedy namístě zamyslet se nad skutečnou nabídkou pro vstup žen do našich služeb. Vodítkem by nám mohl být třeba výsledek průzkumu DAWN, který zjistil, že ve Velké Británii jen 39 % léčebných zařízení nabízí gender skupiny. Ještě horší skóre pak vykazují nízko-prahová zařízení, kde například poradenství pro ženy nabízí jen v 7 % služeb. Pouze 7 % služeb pro ženy také nabízí telefonní linky nabízející drogové poradenství. Ta zařízení, která tyto služby nabízí, pak významně vykazují vyšší počet, u některých zařízení více než 50 %, využívanosti služeb ženskou populací (DAWN, 1996).

Další ukazatel k zamyšlení, pokud chceme přemýšlet nad designem dostupných služeb, je například studie 209 žen, i.v. uživatelek drog v Londýně, sledující jejich návštěvnost různých služeb v období 6 měsíců roku 1996. Překvapivě studie ukázala, že 69,4 % těchto žen navštěvovalo pravidelně své praktické lékaře, protože od nich dostávaly potřebné drogy na předpis (Drug and Alcohol Review, 1998). Tyto ukazatele vedou k další hypotéze, totiž, že ženy častěji využijí takových služeb,

³ Autor v této komunitě absolvoval týdenní stáž.

kteří nejsou náročné na čas, nabízejí legální přístup k potřebným drogám a tím snižují riziko odebrání dětí⁴, než služeb, které na čas náročné jsou a neřeší problém společenského tlaku, vystoupí-li žena z anonymity.

Na konec je také nutné zmínit problém ujasnění rolí pracovníků služeb. Jedna anglická studie z 91 drogových zařízení popisuje, že ze 489 pracovníků služeb bylo 63 % žen. Tato studie jasně ukázala, že role pracovníků nebyly přesně definovány. Přes proklamovanou multidisciplinarity a převahu ženského personálu v týmech nerefletovaly role členů týmů potřebu nabídky ženských programů ani poptávku po ženských poradcích. Na druhé straně se ukázalo, že služby, které měly definovanou a vytvořenou nabídku „ženského poradenství“, byly využívány ženami častěji, než služby, v nichž nabídka pro ženy chyběla (Department of Health, 1996).

Závěr: jaké služby, s jakým obsahem?

Na základě výše uvedených poznatků se můžeme otázkou v nadpisu tohoto oddílu zabývat ze dvou hledisek: z hlediska tvorby dostupných služeb a z hlediska specifických gender problémů souvisejících s užíváním drog. Zásadní však přitom zůstává trvalé úsilí o odstranění gender předpokladů a gender necitlivosti ze služeb a programů již existujících i nově vytvářených.

1. Dostupnost služeb

Jedním z hlavních důvodů, proč se ženská část populace méně často odváží vystoupit z anonymity a využít nabízené služby, je zřejmě větší společenská stigmatizace ženské části populace uživatelů drog ve srovnání s mužskou. Jaké by tedy měly být služby, které zohledňují tento poznatek? Ukazuje se zde několik základních vhodných možností:

- Obecně je důležité, aby služby nabízené ženám jednak nabízely programy, které buď nejsou náročné na čas, nebo zohledňují jejich potřebu mít možnost starat se během programu o jejich děti – příklad terapeutických komunit, doléčovacích zařízení, léčba ve vězení apod.

- Dále by to měly být služby zaměřené na specifické problémy žen – uživatelé drog, např. poradenství pro těhotné ženy pozitivní na HIV a hepatitidu, nebo služby zaměřené na střední a starší věkovou kategorii žen, závislých na „uklidňujících lécích“.

- Důležité je při tom, aby tyto služby nabízela pracovníce se specificky vydefinovanou rolí „ženské poradkyně“ (tím spíše je potřebná úloha ženy-poradkyně při zpracování psychosexuálních traumat, která jsou u žen užívajících drogy častá).

- Ukazuje se, že ženy využívají nabídek, které umožní zlegalizování jejich situace, jako například získání jimi užívaných drog na lékařský předpis. Zde je k zamyšlení, zda by neměly být tyto služby dostupné nejen u specialistů (psychiatrů a odborníků pro léčbu návykových nemocí), ale také u dostupnějších praktických lékařů⁵.

- Jako přínosné se ukazují anonymní služby, jako například poradenství po telefonu.

- Vhodné jsou také různé typy svépomocných programů – setkávání maminek, svépomocné kluby, svépomocné telefonní sítě⁶ apod.

2. Specifické gender problémy

Jedná se jednak o témata, ve kterých výsledky výzkumů ukazují častější výskyt u ženské než u mužské populace, jednak o témata specifická pouze pro ženskou populaci:

- Poruchy příjmu potravy.

- Problém vysokého výskytu užívání „léků na uklidnění“ (zejména benzodiazepinů) v ženské populaci.

- Téma prevence užívání drog, zaměřené na velmi mladé dívky.

- Téma rozdílnosti diagnostikování žen a mužů z pohledu psychologického i sociologického⁷.

- Specifičnost problémů v oblasti duševního zdraví u ženské populace – rozdíly v komorbiditě, specifika v psychosexuální traumatizaci (sexuální zneužívání, znásilnění).

- Prevence v oblasti bezpečného sexu, zvl. pro ženy pracující v sexuálním průmyslu

- Specifické problémy spojené s těhotenstvím a mateřstvím u uživatelé drog.

Feministické hnutí v zahraničí jistě podnítilo řadu seriózních výzkumů, o které lze tyto závěry opírat. Je však žádoucí, aby gender problémy spojené s užíváním drog vzbudily hlubší zájem i u nás a byla jim věnována patřičná pozornost ve výzkumu i v praxi.

⁴ Snižování rizika se především týká skutečnosti, že pokud žena užívá drogy na předpis, mění se tím její společenská situace. Přestává tak být „dvojnásobným deviantem“ a stává se pacientem.

⁵ Ve Velké Británii mohou například praktičtí lékaři (GP) předepisovat přímo Diamorphin (heroin), pokud mají k tomu potřebnou licenci. Jejich postavení ve zdravotnickém systému a kompetence jsou ovšem jiné než u praktických lékařů v ČR.

⁶ Jako domácí příklad můžeme uvést česko-slovenskou svépomocnou telefonní síť závislých žen Pavučina.

⁷ Na americké půdě se začíná formulovat „feministická“ lékařská etika, tj. snaha definovat potřeby žen ve vztahu pacient-lékař (Janečková 2002).

Summary

Gender – Women Drug Misusers: A Case For Special Consideration

This chapter looks at the issue of gender in drug services. The author focuses his attention on the differences between men and women when using services, and he addresses this problem from various social and cultural aspects, based not only on arguments from a feminist point of view but also on a number of research studies. He highlights the problem of stigmatisation of women drug users that are perceived by the society as "double deviants" (i.e. as drug users and as persons overstepping the traditional female role imposed by society), and he points out the specific risks of women drug users linked to sexual behaviour. Then,

Key words: design of drug services – feminist – gender – gender programmes – women drug users

the author puts a overview of co-morbidity and typical dual diagnoses in women drug users. He presents evidence that doctors more often prescribe addictive substances to their female than to their male patients, e.g. benzodiazepines, which can lead to the iatrogenous dependence. Another topic covered here is services appropriate to women drug users. The author points out the necessity to review the current design of drug services from the viewpoint of needs of the women drug users. He concludes that it is essential to adapt the services to make them more accessible to the female clientele.

Literatura

- ACMD: Treatment and rehabilitation. HMSO, London, 1982
- ACMD: AIDS and drug misuse, část 1, HMSO, London, 1988, část 2, tamtéž, 1989
- Brown B. S., Gauvey S. K., Meyers M. B., Stark S. D.: In their own words, addicts reasons for initiating and withdrawing from heroin. *International Journal of the Addiction*, roč. 6, str. 635 – 645, 1971
- Etorre E.: Women and substance use. Palgrave Macmillan, 1992
- EMCDDA: Annual report on drugs in the EU. Office for Official Publications of the European Union, Luxembourg, 2000
- Gossop G., Strang J.: Heroin Addiction and Drug Policy – The British System. Oxford University Press, New York, 1994
- Hunter G. M., Judd A.: Women injecting drug users in London: the extent and nature of their contact with drug and health services. *Drug Alcohol Review*, roč. 17, str. 267 – 276, 1998
- Janečková H., Křížová E.: Lékařské, sociologické a etické aspekty zdraví žen. Přednáška, Škola veřejného zdravotnictví Institutu pro další vzdělávání ve zdravotnictví, Praha, 2002
- Kandall S. R.: Substance and shadow – Women and addiction in the United States. Harvard University Press, 1996
- Kavanagh S.: Přednáška o drogovém poradenství pro ženy, uživatelky legálních drog. John Moores University, 2000
- Lisansky Gomberg E. S., Nirenberg T. D.: Women and substance abuse. Ablex Publishing, 1996
- Plant M. A.: AIDS, drugs and prostitution, Routledge & Kegan Paul, London, 1990
- Martin C. A., Martin W. R.: Opiate dependence in women. In: Kalant O. J. (ed.): Alcohol and drug problems in women. Plenum Press, New York, 1980
- The National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information (NCADI): DAWN (Drug Abuse Warning Network) Survey. Advance Report Number 17. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SMHSA), Office of Applied Studies, London, August 1996
- Nešpor K.: Návykové chování a závislost. Portál, Praha, 2000.
- Newcombe R.: Přednáška o ženské problematice. John Moores University, Liverpool, 2000
- Rohsenow E. J., Corbett R., Devine D.: (1988). Molested as children: a hidden contribution to substance abuse? *Journal of Substance Abuse Treatment*, roč. 5, 1988, Suppl. 1, str. 13 – 18
- Taylor A.: Needlework: the lifestyle of female drug injectors. *Journal of Drug Issues*, roč. 28, č. 1, str. 77 – 90, 1998
- The Task Force to review services for drug misusers: Report of an independent review of drug treatment services in England. Department of Health, London, 1996
- Unger R. K.: Female and Male. Harper & Row, New York, 1979
- Vobořil J.: Gender differences – ženy jako zvláštní skupina zasluhující pozornost – review anglicky psané literatury. *Adiktologie (Scan Tišnov)*, roč. II, č. 1, str. 33 – 39, 2002

Klíčová slova: léčba matek s dětmi – rizika v těhotenství – vztah matka-dítě – závislé matky

Úvod

V posledních letech se otázce rozdílu mezi drogově závislými muži a ženami věnuje stále více pozornosti. Nabízí se, zda to není způsobeno pouze snahou vyhovět proklamované potřebě věnovat se tzv. ženské otázce. Statistická data i zkušenosti z praxe však potvrzují, že rozdíly mezi problematikou drog žen a mužů jsou zásadní a mnohdy vyžadují zcela odlišný přístup.

U drogově závislých žen pak ještě výraznější potřebu zvláštní péče vyžaduje skupina žen těhotných a matek. V České republice se o této klientele hovoří ve větší míře v posledních 5. až 6. letech, což souvisí s rozšířením drog v naší společnosti, zestárnutím první drogové generace po roce 1989 a v neposlední řadě s ochotou společnosti věnovat se těmto otázkám. Lze očekávat, že s důrazem na otázky postavení žen ve společnosti budeme nacházet též větší otevřenost k řešení těchto problémových případů. Vzhledem k relativně krátkému období, ve kterém se intenzivněji věnujeme této klientele, schází v našich podmínkách více zkušenosti a dlouhodobých sledování.

Vliv užívání drog matkou na vývoj dítěte, rizika

První práce ohledně této specifické skupiny nacházíme již na začátku 60. let (první snad r. 1959). Většina prací se týká vlivu drog během těhotenství a problematikou *neonatálního abstinenčního syndromu (NAS)*. Při hledání souvislosti příčin a následků se nabízí využít dobře popsaného vlivu alkoholu na matku a dítě, kde vztah mezi chronickým užíváním alkoholu v těhotenství a poškození plodu je prokázán. V 70. letech byla po letech výzkumu tato jednotka nazvána *fetální alkoholický syndrom (FAS)* (Jones a Smith, 1973, cit. in Drobná a Huttová, 1996)¹. V současnosti se uvádí, že FAS je nejčastější příčinou mentální retardace. Alkohol jako klasický teratogen je zodpovědný za mnoho poškození a následků, a to od předčasných potratů až po vrozené vady. U alkoholu je uváděno i poměrně přesné množství čistého alkoholu jako dávka již pro organismus škodlivá (cca 60g 100 % alkoholu).

Je zřejmé, že u nealkoholových drog bude stanovení škodlivé dávky a určení přesných hranic a závažnosti

působení na dítě obtížnější. Neonatální abstinenční syndrom se objevuje nejintenzivněji u závislosti na opiátech v prvních hodinách a dnech po porodu, příznaky však mohou přetrvávat i mnohem déle. Z behaviorálních funkcí jsou popisovány poruchy pozornosti, sání, emoční napětí, špatná motorická koordinace, křeče a další.

Zvláště problematické je určení dlouhodobého vlivu užívání drog matky na dítě s ohledem na jeho další psychický vývoj, výchovné a školní problémy.

Je zajímavé, že i v zahraničí, kde se této problematice věnují déle, jsou závěry výzkumů a postoje z nich vyplývající, *velmi odlišné*. Například studie o vlivu drogové závislosti rodičů na jejich děti se v evropských zemích značně liší. Najdeme studie, které prokazují, že takovéto děti jsou předurčeni k tomu, aby měly samy také obdobné potíže nejen s drogami, ale i s učením, pamětí a zvýšenou schopností reagovat agresivně. Zároveň však jiné výzkumy dokazují, že mezi dětmi závislých rodičů a ostatními dětmi neexistují žádné rozdíly v emoční oblasti, v chování a školních schopnostech a že nelze u nich prokázat náklonnost k drogám.

Je zřejmé, že přetrvávající drogové problémy rodičů se odrážejí v nestabilitě péče a pravidlech rodinného soužití vůči dětem. Rodina se dostává do sociální izolace, celý problém popírá a vztahy mezi jednotlivými členy bývají narušeny.

Je pravděpodobné, že *narůstající počet dětí drogově závislých matek* ve společnosti zvyšuje nebezpečí, že se při neřešení rodinné situace mohou vydat podobnou cestou jako rodiče. V takovém případě by hrálo svůj vliv sociální prostředí. Děti z těchto rodin si jistě vyžádají zvýšenou pozornost a patří k rizikovým skupinám², nelze však předem předpokládat problém s drogou v jejich budoucím životě.

Nejčastější cesty do odborných zařízení

V našich podmínkách zaznamenáváme v protidrogových zařízeních nárůst těhotných žen a matek. Jak se vlastně dostávají tyto ženy do péče center?

¹ Viz též Popov, kapitola 3/1, Alkohol.

² Viz Kalina, kapitola 1/1, Úvod do drogové politiky; Bém a Kalina, kapitola 10/1, Primární prevence – základní pojmy a principy.

Jedná se o *tři různé způsoby*:

1) Evidovaná klientka kontaktního centra otěhotní, je tedy možné s ní nadále pracovat, doporučit řešení, sledovat ji apod.

2) Žena bere drogy, porodí dítě s abstinenčním syndromem a z porodnice je informován příslušný odbor, sociální pracovnice a odtud je kontaktováno příslušné protidrogové zařízení.

3) Žena, která bere drogy delší dobu, má zároveň v péči dítě nebo děti, na situaci upozorní většinou okolí (škola, sousedé, rodinní příslušníci).

1) Pro další spolupráci je nejnvhodnější, máme-li s klientkou kontakt již předtím, než očekává dítě. Při určité důvěře, kterou již docházení do centra předpokládá, můžeme usilovat o základní prenatální péči, zamezit rizikům, pomáhat řešit sociální otázky a poskytnout základní podporu, kterou tato klientka v těhotenství a po porodu potřebuje, příp. již předem řešit osud dítěte. V těchto případech je zapotřebí probírat se ženou otázky substituční léčby, případných potratů, adopce a další citlivá a osobní témata.

2) V případech, poslední dobou častých, kdy problém drogové závislosti je zveřejněn poprvé v průběhu porodu, bývá většinou umístěno dítě na základě předběžného opatření do kojeneckého ústavu. Čísla pražského kojeneckého ústavu potvrzují vzestupnou tendenci tohoto postupu (viz *Tab. 1*).

V těchto případech záleží na mnoha faktorech, a to na zájmu matky o dítě, ochotě matky podstoupit léčení, postoji kojeneckého ústavu, aktivitě a informovanosti příslušného sociálního pracovníka a dalších orgánů. Zkušenosti ukazují, že v těchto případech je spolupráce jednotlivých institucí nezbytná.

Potvrzuje se, že pokud je matka po porodu hospitalizována společně s dítětem, je *motivovanější k léčení* a projevuje *větší zájem o dítě*. Tyto ženy často ve své původní rodině neměly možnost zažít kvalitní emoční vztah se svou matkou anebo byly rodinné vztahy nějakým způsobem narušeny. O to těžší to mají později se vztahem k vlastnímu narozenému dítěti. Pokud je tato vazba přerušena již na počátku, je velice obtížné ji později vytvářet. Drogově závislá matka je ve fázi po porodu psychicky labilní, zažívá pocit selhání a viny z odloučení od dítěte, kojení bývá z důvodu drogové závislosti zastaveno, nachází se v obtížné sociální situaci a často se setkává s negativním společenským postojem okolí. Společný pobyt matky s dítětem bývá však v našich podmínkách kojeneckých ústavů často technicky či administrativně nemožný. Matka bývá od

dítěte odloučena a zpětné vytváření vazby je obtížné. Ve fázi po porodu je nutné rozhodovat rychle a odborně. Je zapotřebí provést včasnou diferenciální diagnostiku, zda se jedná o matku, kdy je léčba možná a nadějná a kdy nejeví zájem ani o dítě ani o případnou léčbu.

3) Jedná se o nejméně nadějně případy, kdy problém drog trvá dlouho, setkáváme se zde se zanedbáváním péče o dítě, což bývá podnětem k jednání příslušných státních orgánů. Na problém upozorní většinou někdo z blízkého okolí dítěte, škola, sousedé či rodinný příslušník. Rodina žije tímto způsobem již delší dobu a zásah zvenčí, byť nutný s ohledem na dítě, bývá zúčastněnými přijímán velmi obtížně.

Spolupráce odborníků jednotlivých oborů, orgánů a organizací je nutná. Řešení každého případu si vyžaduje úzkou *spolupráci odborníků* z oblasti gynekologie, pediatrie, sociální práce, psychologie, práva aj. Do těchto případů se zapojují kojenecké ústavy, soudy, odbory péče o dítě a v neposlední řadě zařízení pro léčbu drogově závislých.

Přístupy se velmi liší, a to nejen v naší společnosti. Rozdílné postoje nacházíme i v jednotlivých evropských zemích. V severských zemích je zastávána tendence k silnější komplexní podpoře drogově závislých matek s cílem, aby děti mohly být ponechány u matky, nebo aby si mohly alespoň ujasnit a upevnit vztah k nim. Tento postoj vyžaduje od společnosti mnoho podpůrných opatření. V jižních zemích s důrazem na rodinné tradice, jako např. Řecko, Španělsko, Itálie a Portugalsko, jsou vyznávány odlišné tendence. Řešení se hledá v rozšíření péče o dítě na širší rodinu a okolí. Je zřejmé, že jednotný postup nemáme a je nutno řešit individuálně každý konkrétní případ.

Specifika přístupu

Specifičnost této klientely spočívá v tom, že hledáme ideální řešení minimálně pro dvě osoby, pro matku a dítě. Vystává otázka priorit, komu vlastně pomáháme a jaký cíl sledujeme.

Terapie drogově závislých matek vyžaduje ujasnění si postoje *cíle terapie*. Co očekáváme od této pomoci? Chceme vyléčit tuto klientku z drogové závislosti nebo touto terapií zajistit dítěti vhodnou matku, nebo pomáháme matce ujasnit si vztah k dítěti a tím nalézt motivaci k léčbě? Řešením může být stanovení si *hranic pomoci*. Naším klientem (v léčbě drogové závislosti) je matka a té se snažíme pomoci. Pokud matka projevuje zájem o dítě, chce ho mít u sebe a vychovávat ho,

nacházíme zde motivaci, pomáháme jí v tom i možnostmi společného pobytu v léčebném zařízení a tím i upevněním vztahu k dítěti. Nelze zapomínat, že dítě je klientem jiných institucí, kde se řeší jeho situace a chrání jeho práva. Bez ochoty těchto institucí spolupracovat a společně řešit tuto obtížnou situaci nelze dojít k uspokojivému cíli. V situaci, kdy dochází k zanedbávání dítěte, bude postup samozřejmě radikálnější.

Zároveň nesmíme zapomínat, že tato klientka je, vedle své drogové závislosti, v *těžkém životním období*, a to je důvod, proč jí věnujeme zvýšenou péči. Tuto krizovou situaci někdy ani nedokáže vnímat, protože jí (např. těhotenství, zodpovědnost o dítě) nikdy nezažila, neví, co se vlastně od ní očekává a nedokáže ji zpracovat. Představuje pro ni *zátěž*, která by ji mohla stále k drogám vracet.

Výjimečnost by měla klientka nacházet v *snadnějším přístupu k léčbě*. Tento postoj zastává většina evropských zemí v případě léčby těhotných závislých žen, kdy je proklamován „rychlejší a nekomplikovaný přístup“ k terapii. V Belgii, Dánsku, Francii, Irsku, Rakousku, Portugalsku a Švédsku jsou zřízeny poradny pro drogově závislé ženy. V našich podmínkách pravděpodobně vystačíme zatím s vyškoleným a pod stálou supervizí pracujícím personálem stávajících center.

Specifičnost této skupiny souvisí také s tím, že ženy si častěji obstarávají peníze na svou dávku drog prostitucí a s tím dále souvisí i vysoké riziko nákazy HIV, ale i dalších nemocí. U drogově závislých žen nacházíme v anamnéze vysoké procento sexuálního zneužívání, příp. znásilnění. Spojitost mezi užíváním drog a prostitucí byla v zahraničí podnětem ke vzniku speciálních center pro drogově závislé ženy.

Pouze některé země v Evropě, a Česká republika k nim patří, nabízejí však léčbu drogové závislosti matky společně s dítětem (Terapeutická komunita SANANIM-Karlovy). Tato společná terapie matky s dítětem je jistě šťastným řešením v případě, že drogově závislá matka je této pomoci otevřená a spolupracuje. V zahraničí vznikají různé formy společného soužití matek a dětí s různou mírou zasahování a kontroly zvnějška – od specializovaných mateřských školek pro děti léčících se matek až po volné soužití v azylových domech, kde mají matky možnost odborné pomoci ve své závislosti, ale i podpory v péči o dítě a vedení domácnosti.

Při práci s drogově závislými ženami se setkáváme s *řadou předsudků* a postojů daných specifikou této kli-

entely. Jedná se např. o názor, že závislá klientka s těhotenstvím automaticky změní svůj postoj k drogám, že porodem si vytvoří silný mateřský vztah k dítěti, že pokud není motivována k léčbě, nemá žádný vztah k dítěti, že tato žena nebude schopna se starat o dítě ani v případě abstinence, že děti drogově závislých matek jsou vždy postižené a další. Tyto kategorické a zobečňující postoje nacházíme i u odborníků řady blízkých profesí. Souvisí to pravděpodobně s tím, že při práci s drogově závislou těhotnou ženou či matkou stojí v pozadí další osoby, totiž děti. Tento fakt v nás vyvolává mnoho emocí a postojů...

Závěry a výhledy

Je zřejmé, že účinná pomoc drogově závislým ženám – těhotným či matkám – vyžaduje vedle ochoty společnosti pomoc státních a na sociální pomoc zaměřených orgánů se zapojením adekvátních protidrogových zařízení. Tato zařízení se zaměřují na pomoc každé klientce z těchto hledisek:

- zajištění odborné péče o matku a novorozence před, při a po porodu
- zjištění celkové situace v rodině,
- zajištění základních sociálních potřeb
- umožnění nástupu na protidrogovou léčbu
- zajištění práv matky i dítěte

Při současném stavu drogové problematiky v naší společnosti lze očekávat další nárůst této specifické klientely, což přinese pro celou společnost mnoho dalších otázek a nutných řešení. Jedním z úkolů do budoucna bude systematické sledování generace dětí těchto matek a jejich další somatický a psychický vývoj.

A specific group of clients – drug dependent mothers and their children – can be met more and more often in the recent years. The drug centres have filed an increasing number of these women. Research conclusions from abroad and the consequent practical solutions are often different; in the CR we are at the stage of collecting a longer-term experience. Drug dependent mothers usually come to treatment by various ways, e.g. they are referred by contact centres, if they have filed there before, or they are referred by authorities,

social workers from various institutions or by obstetric clinics. Treatment of a mother with her child is already accessible, although to a limited extent, and also a residential treatment in a specialised therapeutic community can be provided if motivation exists. In each case, individually addressed collaboration of many professionals and institutions is a key issue. In the future, it will be necessary to study and solve the problems of children from these families and their further psychic and somatic development.

Key words: dependent mothers – relationship mother-child – risks in pregnancy – treatment of mothers with children

Tab. 1: Počet dětí přijatých v souvislosti s drogovou závislostí matky

1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
0	4	10	7	12	14	18

Zdroj: Pražský kojenecký ústav, 2002

Literatura

- Baller K.: Office for children of drug-addicted parents. *Acta Paediatr, Suppl* 404, str. 75 – 77, 1994
- Bentovim A.: Týraní a sexuálně zneužívání v rodinách, Grada Publishing, Praha, 1998
- Bobek I. a kol.: Ošetřování dítěte drogově závislé matky. In: *Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovateľskej starostlivosti*. IDVZP, Brno, 1997
- Drobná H., Huttová M.: Matka závislá o drog a jej novorozenec. Neonatálny abstinenční syndrom. *Alkohol. Drog. Závisl. (Bratislava)*, roč. 31, č. 3/4, str. 183 – 191, 1996
- Hanák R.: Novorozenec drogově závislé matky. *Amireport*, č. 2, str. 60 – 66, 1996
- Hinšt J., Štenc I.: Vplyv psychoaktívnych látok na ženský organizmus. *Slov. Gynecol. Porod.*, roč. 5, č. 2, s. 87 – 92, 1998
- Chovancová D., Hartmanová I., Predná E.: Vplyv perinatálnej hypoxie na v kombinácii s užívaním heroínu u matky na psychomotorický vývin dítěte. *Alkohol. Drog. Závisl./ Protialkohol. Obzor*, roč. 32, č. 2, str. 75 – 80, 1997
- Mračnová D., Jandová J., Gardiánová L.: Drogová závislost žen – závažné nebezpečenstvo pro novorodena z hladiska poporodnej adaptácie a prognózy. *Alkohol. Drog. Závisl.*, roč. 32, č. 1, str. 27 – 30, 1997
- Ostrea E. M., jr.: Infant of drug dependent mother. In: Gellis and Kaganś (eds): *Current Paediatric Therapy*, 14 th ed. Saunders, Philadelphia, 1993
- Šturová J.: Úvaha o vzťahovom poli závislosti od drog. *Pedag. Revue*, roč. 50, mimoriadne číslo, str. 15 – 20, 1998
- 2000-Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union. EBDD, Brussels, 2000

PhDr. Ilona Preslová

Psycholožka, od ukončení studia psychologie na FF UK v Praze působí v oblasti závislostí. Po studiu pracovala řadu let v Apolináři (AT oddělení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze 2), kde se věnovala také dětem závislých rodičů, poté v ambulanci pro závislosti na Pedagogické fakultě v Praze. V současné době působí jako vedoucí Denního stacionáře–psychoterapeutického centra SANANIM. Zároveň je činná v oblasti poradenství pro rodiče a pedagogické pracovníky.

Absolvovala psychoterapeutický výcvik SUR, Balintovský výcvik, řadu stáží. Hlavní oblast zájmu je rodinný kontext závislého klienta a specifika závislých žen a jejich dětí. Úzce spolupracuje s řadou institucí mající v péči děti ohrožené nestabilním rodinným zázemím. Je aktivní v oblasti terapeutické, publikační, lektorské i preventivní.

*Kontakt: DS SANANIM, Janovského 26, 170 00 Praha 7
E-Mail: preslova@sananim.cz*

Klíčová slova: alternativa k potrestání – alternativní trest – alternativní způsob trestního řízení – probační pracovník – předjednání trestu

Úvod

Kapitola je zaměřena na popis problematiky klientů, kteří se dostali do konfliktu se zákonem, popis jejich specifík a naznačení způsobů jejího řešení. Konkrétně se budeme věnovat problematice uživatelů drog, proti nimž je vedeno trestní stíhání, a těch uživatelů, kteří již byli k nějakému trestu odsouzeni. Takto definované téma nemůže samozřejmě postihnout veškeré situace, ve kterých se uživatelé drog následkem konfliktu se zákonem mohou octnout, ale může nám poskytnout alespoň vymezení základního rámce, ve kterém se budeme v této kapitole pohybovat.

Uživatelé drog, kteří se dostanou do konfliktu se zákonem, jsou cílovou skupinou jednak pro pracovníky zařízení, která se zabývají prevencí a léčbou drogových závislostí – cílovou skupinou jsou uživatelé drog – a jednak pro pracovníky Probační a mediační služby ČR – cílovou skupinou jsou osoby, které se dostaly do konfliktu se zákonem. V kapitole se budeme věnovat popisu výše uvedené problematiky z hlediska pracovníků Probační a mediační služby ČR, aniž by se tím měla snížit důležitost specifického přístupu pracovníků zařízení zabývajících se prevencí a léčbou drogových závislostí k uživatelům drog, kteří potenciálně mohou mít, nebo mají nějaký problém se zákonem.

Probační a mediační služba

Probační a mediační služba ČR (dále jen PMS) vznikla k 1. 1. 2001 a v současné době působí ve všech okresech i obvodech ČR. PMS je součástí systému české trestní justice. Vzhledem ke svému zaměření může hrát důležitou roli při řešení problematiky uživatelů drog, kteří se dostanou do konfliktu se zákonem. V PMS jsou zaměstnání probační úředníci a probační asistenti, nicméně vzhledem k tomu, že pro účely tohoto textu není rozlišení mezi uvedenými profesemi důležité, budeme dále používat zjednodušené pojmy probační pracovník, probační pracovníci.

PMS, respektive její jednotlivá střediska či probační pracovníci zatím nejsou – a v nejbližší době pravdě-

podobně ani nebudou – specializováni na práci se specifickými skupinami klientů. Z toho logicky plyne, že probační pracovníci zatím nejsou specializováni ani na práci s klienty užívajícími drogy. Tato skutečnost ale neznamená, že uživatelé drog nejsou jednou z cílových skupin klientů, na které se pracovníci PMS zaměřují¹ a se kterou se snaží pracovat. Uživatelé drog tvoří v současné době jistou část klientely probačních pracovníků. Fakt, že probační pracovníci nejsou specializováni na práci s uživateli drog, má negativní vliv na připravenost probačních pracovníků k práci s tak specifickou klientelou. Nicméně PMS se snaží vyvíjet systém dalšího vzdělávání svých zaměstnanců a dá se předpokládat, že do budoucna se připravenost probačních pracovníků pro práci s uživateli drog zlepší. V každém případě je ale potřeba zdůraznit, že řada probačních pracovníků je schopna i za těchto podmínek pracovat s uživateli drog na velmi dobré úrovni. Do budoucna se dá předpokládat specializace části PMS na práci s uživateli drog, a to zvláště vzhledem k tomu, že zákonná úprava² již v současné době umožňuje členění středisek PMS také na oddělení zaměřená na uživatele omamných a psychotropních látek.

Uživatelé drog jako klienti PMS

Klientem PMS se uživatel drog může stát de facto v kterékoli fázi trestního řízení. Konkrétně od momentu, kdy je policií obviněn ze spáchání trestného činu, do momentu, kdy vykonal uložený trest nebo byl osvědčen³.

Pachatelem trestného činu⁴ – a v té souvislosti i klientem PMS – se může stát jak experimentátor, tak pravidelný nebo problémový uživatel drog a samozřejmě také osoba drogově závislá. Je nesnadné určit v jakých fázích užívání drog se klienti dostávají častěji do konfliktu se zákonem, ale přinejmenším je možné předpokládat, že s přibývajícím frekvencí a intenzitou užívání se pravděpodobnost, že klient spáchá trestný čin a bude z jeho spáchání obviněn, zvyšuje.

¹ Srv. § 4 odst. 4 zákona č. 257/2000 Sb. o Probační a mediační službě.

² Srv. § 3 odst. 5 zákona č. 257/2000 Sb. o Probační a mediační službě.

³ Klient je osvědčen v případě, že během zkušební doby podmíněného odsouzení nemá další konflikty se zákonem (a vede tzv. řádný život).

⁴ Více o trestných činech páchaných v souvislosti se zneužíváním drog viz Sotolář, kapitola 1/6, Legislativa ČR.

S tím, v jaké fázi užívání drog se klient nachází, a samozřejmě s jeho aktuální životní situací, úzce souvisí i jeho zdravotní a sociální problémy. *Zdravotní problémy* této klientely mohou zahrnovat onemocnění různými typy žloutenky či jinými infekčními onemocněními, abscesy a zánětlivá onemocnění kůže, ale také například i příznaky syndromu odejmutí. *Sociální problémy* zahrnují více či méně problémové situace v oblasti bydlení, vztahů s rodinou a s těmi nejbližšími a samozřejmě i problémy v oblasti vzdělání a zaměstnání.

Jedním z činitelů, které ovlivňují *motivaci* klienta ke spolupráci s probačním pracovníkem (ať již je iniciovaná probačním pracovníkem, jiným sociálním pracovníkem, samotným klientem nebo někým z jeho sociálního okolí), je jeho motivace k léčbě, či v širším slova smyslu k nějaké změně. Hajný (2001) k tématu motivace uživatelů drog k léčbě uvádí: „Člověk zachycený v bludném kruhu závislosti má kolísavou motivaci. Přestože rozeznáváme určité momenty a podmínky, kdy o léčbě nelze uvažovat, je důležité včas zachytit rozhodnutí klienta jít se léčit.“ Tím, kdo toto rozhodnutí během trestního řízení může „zachytit“ a vhodně na ně reagovat, je probační pracovník. Obvinění ze spáchání trestného činu a trestní stíhání (vazební, ale i na svobodě) a někdy i výkon trestu, může – i když také nemusí – hrát roli v reálnějším náhledu klienta na svou situaci a případně i v jeho motivaci ke změně, což může být předpokladem pro rozhodnutí klienta začít se léčit.

Východiska a metody práce probačních pracovníků

Zákonná úprava předpokládá, že probační pracovníci zahajují svou činnost na pokyn orgánů činných v trestním řízení (policie, státní zastupitelství, soud), úprava také připouští některé situace, kdy podnět k zahájení činnosti může dát obviněný nebo poškozený; v těchto případech mohou orgány činné v trestním řízení rozhodnout, zda k pokračování v zahájených činnostech dají nebo nedají souhlas⁵. Zkušenosti z praxe dokazují, že je smysluplné, pokud podnět ke spolupráci může dát kromě výše jmenovaných subjektů také kurátor pro mládež, sociální kurátor, ale také pracovník nízkoprahového zařízení nebo pracovník ambulantního či pobytového léčebného zařízení, nemluvě o vytipování vhodného případu samotným probačním pracovníkem.

Probační pracovník může s uživatelem drog spolupracovat již v období, než je klientovi zaslán trestní příkaz,

nebo před vnesením rozsudku. Na základě této spolupráce může probační pracovník připravit podklady pro rozhodování soudu, které mohou ovlivnit ukládaný trest (případně i odvrátit hrozící nepodmíněný trest). *Včasnost navázání kontaktu* je tak jedním ze zásadních faktorů, které mají přímý vliv na výsledky práce probačního pracovníka s klientem – včetně uložení například alternativního trestu. V otázce včasnosti navázání kontaktu mohou hrát zásadní roli mimo jiné i pracovníci zařízení, která se zabývají prevencí a léčbou drogových závislostí. Pracovníci těchto zařízení by měli být schopni se alespoň zhruba orientovat ve fázích trestního řízení a jejich možných důsledcích, včetně toho, že by měli mít dostatečný přehled o roli probačního pracovníka v trestně právním řízení. Nejdůležitější je, aby byli schopni informace týkající se trestního stíhání, případně uloženého trestu od svých klientů cíleně zjišťovat a hlavně včas získat⁶. Podcenění důležitosti informací týkajících se trestního stíhání, respektive jeho důsledků (zvláště pokud jde o nepodmíněný trest), mohou mít na připravovaný nebo již započatý proces léčby výrazně negativní vliv.

Dalším tématem, které s včasností navázání spolupráce také úzce souvisí, je průběh výkonu a efekt uloženého trestu. Ze stávajících zkušeností probačních pracovníků jednoznačně vyplývá, že *předjednání trestu* – spolupráce probačního pracovníka s klientem v období před vnesením rozsudku – má pozitivní vliv na průběh výkonu uloženého trestu, a to u všech typů klientely. Při práci s uživateli drog platí tento vztah dvojnásobně. Soud může na základě podkladů připravených probačním pracovníkem při rozhodování o uložení vhodného trestu reagovat na individuální situaci klienta a samozřejmě i na rizika, která mu mohou hrozit. U uživatelů drog je z hlediska možného dalšího páčání trestné činnosti jednoznačným rizikem nebezpečí pokračování v užívání drog nebo – po určité době abstinence podpořené, ale i nepodpořené léčbou – recidiva. Z těchto důvodů je vhodné, když soud ve svém rozhodnutí zohlední i nezbytnost léčby. Soud může k alternativnímu trestu uložit ochranné protitoxikomanické léčení (formou ústavní nebo ambulantní) nebo přiměřenou povinnost léčit se. Předjednání nucené (soudem uložené) léčby a s tím související možnost klienta zvolit si ve spolupráci s odborníky – v období před rozhodnutím soudu – vhodnou formu léčby, případně i konkrétní léčebné zařízení, bývá řazeno mezi efektivní formy nucení k léčbě, což samozřejmě může mít na její průběh a výsledek pozitivní vliv (viz Kudrle, 2001).

⁵ Srv. § 4 odst. 7 zákona č. 257/2000 Sb. o Probační a mediační službě

⁶ Klienti často v poradenství před nástupem a při zahájení léčby otázku trestního stíhání, případně i výkonu již uloženého trestu výrazně podceňují.

Metodologicky vychází práce probačních pracovníků z metod *sociální práce*⁷, obsahuje prvky socioterapie, psychologického vedení, atd. Práce probačních pracovníků – při realizaci výkonu alternativních trestů velmi zřetelně – propojuje *prvky podpory a kontroly*. Jednou ze základních hodnot práce probačních pracovníků je respekt, a to jak ke klientovi, tak i k trestně právnímu systému a jeho jednotlivým subjektům. S tím souvisí i potřeba jasně a zřetelně pracovat s informacemi, jak vzhledem ke klientovi, tak i vzhledem k orgánům činným v trestním řízení (srv. Řezníček, 1994). Rauchfleisch (2000) doporučuje při práci s delikventními klienty navázat kontakt s dalšími „pečovateli“, přitom ale zdůrazňuje, aby kontakt nebyl navázán za „zády“ klienta.

V rámci práce s uživateli drog je vždy vhodné navázat *úzkou spolupráci* se zařízením, kam klient dochází na poradenství před nástupem nebo zařízením, kde klient již započal léčbu. Zřetelný rámec a propojení léčby s uloženým trestem mohou klientovi vyjasnit i konzultace, kterých se společně zúčastní probační pracovník, klient a jeho garant z léčebného zařízení.

Specifika práce probačních pracovníků v jednotlivých fázích trestního řízení

V podstatě jediným výraznějším rozdílem mezi prací probačního pracovníka s uživatelem drog před rozhodnutím soudu a po rozhodnutí soudu je hledisko dobrovolnosti spolupráce, přičemž ve fázi před rozhodnutím soudu je spolupráce klienta s probačním pracovníkem až na jednu výjimku⁸ vždy na bázi dobrovolnosti. *Dobrovolnost spolupráce* ve fázi před rozhodnutím soudu bývá významným činitelem pro navázání důvěrného spolupracujícího vztahu mezi probačním pracovníkem a klientem, který poté může pozitivně ovlivnit realizaci uloženého trestu.

Dalším rozdílem je tzv. místní příslušnost probačních pracovníků. Ve fázi před rozhodnutím soudu je nutné spolupracovat s probačním pracovníkem ze střediska PMS, které sídlí v obvodě nebo okrese, kde je vedeno trestní stíhání – na rozdíl od fáze po rozhodnutí soudu, tzv. vykonávacího řízení, kdy výkon alternativního trestu realizuje probační pracovník ze střediska PMS, které sídlí v obvodě nebo okrese, kde má klient trvalé bydliště nebo kde se klient aktuálně zdržuje.

Činnosti probačních pracovníků ve fázi před rozhodnutím soudu

Ve fázi před rozhodnutím soudu může probační pracovník s klientem pracovat na přípravě již zmiňovaných podkladů pro rozhodování soudu. Jedná se o tzv. zprávu soudní pomoci nebo zprávu o aktuální životní a sociální situaci klienta. Klient by měl být s probačním pracovníkem v pravidelném kontaktu, aby bylo možné připravit ucelené a kvalitní podklady pro rozhodování soudu. Podstatné je také to, jakým způsobem jsou informace uvedené ve zprávě doloženy, respektive objektivizovány (doklady, potvrzení, atd.). U uživatele drog jsou ve zprávě zásadní ty informace, které se týkají jeho drogové anamnézy, motivace k léčbě a konkrétních kroků, které již tímto směrem klient učinil. V tomto ohledu je vhodné, aby se ke zprávě připojilo podrobnější vyjádření zařízení, kam klient dochází nebo kam již nastoupil.

Práci probačního pracovníka s klientem výrazně ovlivňuje to, zda je klient stíhán *na svobodě nebo vazebně*. Při spolupráci s klientem, který je stíhán vazebně, má probační pracovník a koneckonců i klient logicky omezené možnosti. V každém případě je možné, aby klient udržoval s probačním pracovníkem pravidelný písemný kontakt. Pokud to dovolí časové možnosti probačního pracovníka, může se uskutečnit jedna nebo i více konzultací přímo ve vazební věznici.

Při práci s vazebně stíhanými uživateli drog jsou pro probační pracovníky důležitým partnerem specializovaní pracovníci kontaktních center, kteří se zaměřují na kontakt s klienty ve vazbě a ve výkonu trestu odnětí svobody. Tito pracovníci jsou schopni s klientem předjednat a zařídit léčbu. Problémem při práci s vazebně stíhanými bývá sladění termínu propuštění z vazby a nástupu do léčby. Přitom právě *první období po propuštění na svobodu* bývá pro plánovanou abstinenci a případné rozhodnutí klienta začít se léčit nejvíce rizikové. Řešením by v těchto případech mohlo být nahrazení vazby dohledem⁹, kdy by byl termín propuštění na náhradu vazby dohledem sladěn s termínem nástupu do léčby.

Probační pracovník se může u klientů, kteří jsou poprvé trestně stíháni za nezávažnou trestnou činnost a jejichž trestní věc splňuje i další zákonné podmínky, zaměřit na přípravu podkladů pro *alternativní způsoby trestního řízení*. Velmi pravděpodobně by se pak jednalo o přípravu podkladů pro podmíněné zastavení

⁷ Více o sociální práci viz Navrátil, kapitola 6/9.

⁸ Výjimkou může být pouze náhrada vazby dohledem podle § 73 odst. 1, písm. c) tr. řádu.

⁹ Viz § 73 tr. řádu.

¹⁰ Viz §§ 307, 308 tr. řádu.

trestního stíhání¹⁰. Soud (nebo státní zastupitelství) může v rámci rozhodnutí o podmíněném zastavení trestního stíhání uložit klientovi, aby během zkušební doby plnil nějakou přiměřenou povinnost (např. pokračovat v započaté léčbě, léčit se, doléčovat atd.).

Činnosti probačních pracovníků ve fázi po rozhodnutí soudu

Ve fázi po rozhodnutí soudu realizují probační pracovníci výkon alternativních trestů. Mezi *alternativní tresty*, které jsou relativně často ukládány, je možné zařadit:

- podmíněný trest odnětí svobody s uložením přiměřené povinnosti¹¹,
- podmíněný trest odnětí svobody s dohledem (s možností uložení přiměřené povinnosti)¹²,
- trest obecně prospěšných prací (s možností uložení přiměřené povinnosti)¹³.

V některých případech může soud dokonce podmíněně upustit od potrestání s dohledem (s možností uložení přiměřené povinnosti)¹⁴. V posledně jmenovaném případě se pak nejedná o alternativní trest, ale o *alternativu k potrestání*.

Při realizaci výkonu alternativních trestů nebo alternativy k potrestání má odsouzený povinnost být s probačním pracovníkem v kontaktu a dokladovat, jak plní soudem uložené povinnosti. Specifické a zákonem definované podmínky musí klient plnit v případě, kdy je mu uložen *dohled*¹⁵. Povinností klienta je být s probačním pracovníkem v pravidelném osobním kontaktu, dohled je plněn podle společně připraveného probačního programu, který vychází ze soudem uložených povinností a z aktuální životní situace klienta. Pokud probační pracovník realizuje dohled u klienta, který již započal léčbu, zohledňuje se tato skutečnost ve formě a intenzitě kontaktu probačního pracovníka s klientem, nejlépe po konzultaci s garantem klienta.

Specifickou variantou je spolupráce probačního pracovníka s klientem, který byl odsouzen k nepodmíněnému trestu odnětí svobody, kdy jsou již vyčerpány možnosti řádných odvolacích prostředků. V těchto případech je možné v rámci spolupráce s klientem začít připravovat podklady k žádosti o odklad výkonu trestu, eventuálně také k žádosti o milost prezidenta republiky. Probační pracovník se při práci s klientem zamě-

řuje také na předběžnou přípravu klientova propuštění po vykonání nepodmíněného trestu.

Závěr

Cílená práce s uživateli drog, kteří se dostali do konfliktu se zákonem, by se do budoucna měla stát nepostradatelným prvkem komplexního systému péče a léčby drogově závislých. Z informací uvedených v této kapitole vyplývá, že se oblast práce s touto specifickou klientelou začala – zhruba v posledním roce a půl – více rozvíjet. Podstatný je v tomto ohledu fakt, že aktuální úprava trestního zákona a řádu umožňuje orgánům činným v trestním řízení individuálně reagovat na konkrétní situaci klienta, který má problémy s drogami, a využít součinnosti s PMS. Státní zastupitelství a soudy pak mohou při řešení trestní věci využívat alternativní způsoby trestního řízení nebo uložit alternativní trest nebo případně i alternativu k potrestání, vedle kterých mohou klientovi uložit povinnost léčit se nebo ochranné léčení. Bohužel je nutné dodat, že v řadě případů zatím nebývají uvedené možnosti orgány činnými v trestním řízení využívány. Také fakt, že probační pracovníci zatím nejsou na práci s uživateli drog specializováni, tvoří v současné době jeden z limitů řešení této problematiky. Tento limit by ale měl být vytvořením specializovaných oddělení PMS do budoucna odstraněn.

¹¹ Viz § 59 tr. zákona.

¹² Viz § 60a zákona.

¹³ Viz §§ 45, 45a tr. zákona.

¹⁴ Viz § 26 tr. zákona.

¹⁵ Viz §§ 26a, 26b tr. zákona.

Drug users in conflicts with law are the target group of the Probation and Mediation Service. An early established co-operation of the probation officer with the client-drug user is a key factor of a successful assistance. The sooner the co-operation begins, the more it is likely that the court will regard the actual life situation of the client and his/her real steps toward the change in drug misuse (e.g. contacting a drug centre or entering the treatment). This may influence the sentence e.g. in alternative punishment. The client also can be sentenced to obligatory treatment or a court-ordered treatment.

Key words: alternative punishment – alternatives to punishment – deflection – probation officer – pre-negotiation of punishment

Literatura

- Drug Interventions in the Criminal Justice System. Guidance material. HMSO, London, 2002
- Extended annual report on the state of the drugs problem in the European Union. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 2001
- Kalina K.: Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí Inverze / SANANIM, Praha, 2000
- van Kalmthout A. M, Derks J. T. M.: Probation and Probation Services. A European Perspective. WLP, Nijmegen, 2000
- Kudrle S.: Nucení k léčbě, jeho význam, možnosti a meze. In: Sotolář A., Púry F., Šámal P., Kalina K., Kudrle S. a kol.: Trestná činnost spojená se zneužíváním drog a formy jejího řešení. Příručky Ministerstva spravedlnosti ČR, sv. 64. Institut pro další vzdělávání soudců a státních zástupců, Praha, 2001
- Pates R.: Pražské přednášky/Prague Seminar. Přeložil M. Hajný. LAXUS, Hradec Králové, 2000
- Rauchfleisch, U.: Doprovázení a terapie delikventů. Scan, Brno/Boskovice/Tišnov, 2000
- Řezníček I.: Metody sociální práce. SLON – Sociologické nakladatelství, Praha, 1994
- Sotolář A., Púry F., Šámal P.: Alternativní řešení trestních věcí v praxi. C. H. Beck, Praha, 2002
- Zákon č. 140/1961 Sb. – trestní zákon, poznámkové vydání s judikaturou
- Zákon č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním (trestní řád), poznámkové vydání s judikaturou
- Zákon č. 257/2000 Sb., o probační a mediační službě a předpisy na něj navazující

Mgr. Pavlína Müllerová

Vzdělání: Vyšší škola sociální práce (závěrečná zkouška 1995), FF UK v Praze, obor sociální práce (promoce 2002). Absolvovala kvalifikační kurs pro úředníky PMS (odborná zkouška 2000). Od roku 1995 do roku 2000 pracovala externě v oblasti primární prevence zneužívání drog. V roce 2000 pracovala v modelovém pracovišti zaměřeném na uživatele drog na Obvodním soudu pro Prahu 1 (projekt ukončen k 31. 12. 2000). Od 1. 1. 2001 zaměstnaná jako probační úřednice v jednom

z pražských středisek Probační a mediační služby ČR. Od začátku roku 2001 realizuje projekt probačního poradenství v Kontaktním centru SANANIM. Odborné zájmy: práce s uživateli drog v kontextu trestní justice, specializace probačních pracovníků na práci s uživateli drog.

*Kontakt: Středisko PMS Praha, pracoviště Praha 1, Ovocný trh 14, 112 94 Praha 1
E-mail: praha1-2@pms.justice.cz*

Klíčová slova: bezdrogové zóny – drogy ve vězení – programy ve vězení – vazba – výkon trestu

1. Úvod

1.1. Motto

„Vězeňská služba ve svém moderním pojetí není státem pověřeným trestajícím katem, který si vyřizuje se zločinci účty, jako tomu bylo v minulých stoletích, ale především složitým sociálním a speciálně pedagogickým systémem...“

K. Meclová, generální ředitelka Vězeňské služby ČR, 2000

Úvodem je nutno podotknout, že řešení drogového problému ve vězení procházelo a prochází od počátku 90. let (zvláště pak v zemích EU) rychlým vývojem, který úzce souvisí se zvýšeným úsilím o regulaci kriminality, která přímo či nepřímo souvisí s užíváním nelegálních drog. V České republice je analýza a řešení drogového problému ve vězení v počátcích, což je v ostrém kontrastu ve srovnání s poměrně dobře rozvinutými drogovými službami v české společnosti.

1.2 Zařazení do systému péče

Do systému péče o uživatele drog patří také péče o klienty, kteří se ocitají ve vězení. Dostupnost drogových služeb pro klienty ve vězení je ale nesrovnatelně nižší než ve společnosti. Některé typy služeb jsou pro klienty ve vězení zcela nedostupné (metadonová substituce, výměnný program) a jiné mají natolik omezenou kapacitu, že většina potenciálních klientů je z těchto služeb již předem diskvalifikována (dlouhodobé terapeutické programy ve specializovaných odděleních některých věznic).

Vězení je specifické sociální prostředí, v němž se dostáváme do kontaktu s lidmi na čas izolovanými od běžné společnosti, u nichž se postupně rozvíjí proces tzv. prizonizace osobnosti. S touto postupující proměnou člověka v osobnost adaptovanou na vězeňské podmínky a hůře přizpůsobitelnou na běžný život musíme počítat, má-li být péče o uživatele drog ve vězení smysluplná a úspěšná.

1.3 Proměna občana ve vězně

Pro lepší pochopení cílové skupiny je potřeba si všimnout, že na své cestě stát se vězněm prochází občan několika stádii. Nejdříve je *podezřelý* – policie vyšet-

řuje, zda byl spáchán trestný čin a kým, tedy byla-li naplněna skutková podstata trestného činu¹. Přitom může dojít k zadržení (§ 13) nebo zajištění (§ 14) podezřelého. Státní zástupce může na základě zahájení trestního stíhání vydat příkaz k dodání do vazby. Policie podezřelého vypátrá, je *zadržený* a umístěn do policejní cely, kde musí být vyslechnut, je mu sděleno obvinění, případně rozhodnutí o vazbě. Občan se tak stává *obviněným*. Státní zástupce přešetřuje spis a vznáší obžalobu. Věc *obžalovaného* se řeší před soudem, který posuzuje důvody obžaloby. Soud vynáší pravomocný rozsudek, jímž se obžalovaný stává *odsouzeným* (podle Bajcury, 1999).

2. Vazba

Výkon vazby vymezuje zákon č. 293/1993 Sb. a jeho novelizace č. 208/2000 Sb. a č. 258/2000 Sb., Řád výkonu vazby č. 109/1994 Sb., Trestní řád a vnitřní řády vazebních věznic.

Vazba slouží k zajištění osoby obviněného pro účely trestního řízení a pro výkon trestu odnětí svobody, případně k zabránění obviněnému, aby v trestní činnosti pokračoval či mařil ověřování důkazů. Z těchto důvodů hovoříme o vazbě útěkové, koluzní a předstízně².

Zásady provádění vazby jsou následující:

- Obviněný smí být podroben jen těm omezením, která jsou nutná ke splnění účely vazby.
- Je nutno respektovat princip presumpce nevinny.
- Do vazby je možno vzít pouze osobu, již bylo sděleno obvinění.
- O vzetí do vazby je nutno neodkladně informovat někoho z příbuzných.

Propuštění z vazby může nastat za těchto okolností:

- Jestliže soud přijme slib obviněného, že povede řádný život, nedopustí se trestné činnosti a splní povinnosti vyplývající z trestního řízení.
- Útěkovou a předstíznou vazbu lze také nahradit společenskou zárukou zájmového sdružení občanů nebo peněžitou zárukou (kaucí).
- Soud může rozhodnout o podmíněném zastavení trestního stíhání nebo o narovnání³.

¹ Viz zákon č. 283/1991 Sb. upravující pravomoc a činnost policie. Podkapitola 1.3 odkazuje na jednotlivé §§ tohoto zákona.

² Trestní řád – § 67, důvody vazby: aby nedošlo k: vyhýbání se trestnímu řízení (útěková), ovlivňování svědků (koluzní), pokračování v trestné činnosti (předstízná).

³ Trestní řád §§ 307 a 309.

3. Výkon trestu odnětí svobody

Výkon trestu odnětí svobody vymezuje zákon č. 169/1999 Sb. a jeho novelizace č. 359/1999 Sb., dále Řád výkonu trestu odnětí svobody č. 345/1999 Sb., Trestní řád (zákon č. 141/1961 Sb.) a vnitřní řády věznic.

Účelem výkonu trestu je zabránit odsouzenému v dalším páchání trestné činnosti a soustavně ho/ji vychovávat, aby vedl/a řádný život občana. Je nutno respektovat přirozenou důstojnost lidské osobnosti, proto nesmí být použity kruté nebo lidskou důstojnost ponižující způsoby zacházení a trestání⁴.

Jestliže dojde k uložení nepodmíněného trestu odnětí svobody a nerozhodne-li soud o odkladu nástupu, putuje odsouzený do jednoho ze čtyř typů věznic: s dohledem, s dozorem, s ostrahou, se zvýšenou ostrahou.

Při výkonu trestu odnětí svobody vyžadují určité specifické skupiny odsouzených diferencovaný přístup. Jedná se především o ženy (zvl. matky a těhotné), mladistvé, důchodce, invalidy a cizince. Psychopatické osoby, drogově závislí a odsouzení s duševní poruchou mohou ve zvláštních odděleních vykonat ochranné léčení uložené soudem.

4. Drogy ve vězení

4.1 Cesty drog do vězení

Bylo by naivní se domnívat, že vězení jsou vůči drogám neprodyšně uzavřena. Distributoři i uživatelé drog dovedou být v tomto ohledu velmi kreativní. Podrobně se tímto tématem zabývá např. britská studie „Dynamics of Drug and Alcohol Dealing, Distribution and Use in Prisons“ (Pitt a Sutcliffe, 1999). Autoři označují za hlavní cesty drog do vězení – návštěvy, poštovní zásilky, personál, návrat z práce, přehození přes zeď.

Mimo drogy, které se do vězení dostávají nelegálně, zde dochází ke zneužívání nejrůznějších těkavých látek a zvláště léků s psychotropními účinky, které jsou rovněž výhodným obchodním zbožím.

4.2 Výskyt drog a jejich uživatelů

V zemích EU se předpokládá, že 20 – 40 % uvězněných užívá drogy. Některé země uvádějí čísla ještě vyšší: Francie uvádí 32 %, Německo 20 – 30 %, Nizozemí 14 – 44 %, Británie 15 – 29 %, Švédsko 47 %, Španělsko 35 – 54 %, Portugalsko 38 – 70 %.

Dle údajů Odboru zdravotnické služby GR VS v České republice bylo v r. 2000 uživatelů drog ve vězení asi 25 %. Neustále se zvyšuje počet uživatelů opiátů (26,7 %), který dostihl dříve dominantní amfetaminy (27,8 %). Třetí nejužívanější drogou je marihuana (21,6 %), pak následují benzodiazepiny (14,7 %) a barbituráty (8,5 %). V 0,7 % se objevil kokain a to většinou u cizinců. (Aktuální informace, 2000)

5. Zahraniční modely

5.1 Diferencovanost postojů

V jednotlivých vyspělých zemích světa (zvl. Západní Evropa, Severní Amerika) můžeme najít značně odlišné postoje k řešení drogové problematiky obecně, což se pak promítá i do oblastí vězeňství. Tato skutečnost naznačuje, že řešení drogového problému ve vězeňství není ani ve vyspělých zemích světa uzavřeným tématem s jasnou koncepcí. Od počátku 90. let 20. století jsme naopak v oblasti drogových služeb ve vězení svědky vývoje celé řady nových metod řešení a otevřeně se zkouší experimenty dříve zcela nepředstavitelné.

5.2 Modely Harm Reduction⁵

Některé z těchto programů jsou spíš v rovině experimentálních a pilotních projektů (výměnný program, preskripce drog), jiné se postupně stávají stabilní součástí drogových programů ve vězení (metadonová substituce, informační materiály a programy zaměřené na vzdělávání v oblasti redukce škod). Odborníci v drogové oblasti se ovšem shodují v nutnosti zajistit ve vězení dostupnost drogových služeb ve stejné míře, jaká se nabízí uživatelům drog mimo věznic⁶.

– *Výměnný program* (spolu s preskripcí drog se jedná o nejdiskutovanější téma) – byl zaveden v některých věznicích v důsledku rozšíření HIV nákazy⁷. Na tento typ programu navazuje rovněž distribuce kondomů.

– *Preskripce drog* – v letech 1994 – 6 probíhal ve švýcarské věznici Oberschongrun projekt KOST, který spočíval v preskripci heroínu dlouhodobým uživatelům opiátů. Cílem projektu bylo stabilizovat tyto osoby mentálně a fyzicky pomocí kontrolovaného užívání heroínu. Za významné pozitivní výstupy programu se považuje celkové snížení stresu osob účastnicích se projektu a schopnost plného pracovního výkonu srovnatelného s jinými vězni. Zcela jistě tedy byl naplněn hlavní cíl programu – redukce škod těchto uživatelů opiátů.

⁴ Srov. Listina základních práv a svobod (čl. 7 odst. 2).

⁵ Většinu informací autor čerpal z publikace Report of the 3rd European Conference on Drug and HIV/AIDS Services in Prison, Amsterdam, únor 1997.

⁶ Mezinárodní konference *Vězení a drogy* v Oldenburgu (12. – 14.3. 1998)

⁷ Např. věznice v Německu (Vechta, Lingen) a ve Švýcarsku (Hindelbank)

– *Substituce (Metadon)* – První program metadonové substituce ve vězení v zemích EU byl otevřen v r. 1992 ve španělské Barceloně. Mezi lety 1995 – 1998 došlo k rapidnímu nárůstu programů metadonové substituce v zemích EU (z 20 na 35 % z celkového počtu věznic v zemích EU provozuje tyto programy). (Connections, 1998) K dalším používaným substitučním látkám patří např. naltrexon.

– *Informační materiály a tematické programy* – Sem řadíme distribuci celé řady osvětových, informačních a vzdělávacích materiálů a na ně navazujících kursů uvědomování si drogového problému (tzv. „Drug Awareness and Education Programmes“). Patří sem rovněž výbava základními informacemi, které se týkají Harm reduction, infekčních onemocnění hrožících v souvislosti s užíváním drog a možností služeb dostupných po propuštění z vězení.

5.3 Modely péče (poradenské a terapeutické)

S ohledem na určité odlišnosti v jednotlivých zemích je možno říci, že obecným trendem je úzká spolupráce s drogovými agenturami, které mají vybudovanou kvalitní síť drogových služeb mimo věznice a tam, kde je to možné, probíhá jejich přímá účast na realizaci programů ve věznicích. Mezi základní typy drogových služeb dostupných ve věznicích zemí EU patří tyto⁸:

- Individuální drogové poradenství
- Program prevence relapsu
- Vzdělávací programy (drogy, alkohol, HIV, hepatitida apod.)
- Krizová intervence
- Poradenství pro rodiny
- Akupunktura
- Speciální program před propuštěním (výstupní oddělení)
- Svěpomocné skupiny (Peer podpora)
- Motivační trénink
- Terapeutické komunity (několikatýdenní intenzivní terapeutické programy)
- Detoxifikační oddělení
- Povinné testy drogového užívání (tzv. MDT – mandatory drug test)
- Dobrovolné testovací jednotky (VTU – voluntary testing unit)⁹

6. Modely péče v České republice

6.1 Vývoj v 80. a 90. letech 20. století

Do konce r. 1986 bylo možné léčit toxikomany, jimž soud nařídil ochranné ústavní léčení ve velmi omezeném rozsahu ve věznicích v Plzni a Rýnovicích. Tato možnost však byla od 1.1.1987 zrušena, a tak v rozporu se zákonem nebylo v praxi možné ochranné léčení v průběhu výkonu trestu absolvovat. Tato skutečnost měla zcela jednoznačně velmi negativní dopad na již tak problematický institut ochranného léčení toxikomanů (Nožina, 1997).

Začátek 90. let znamenal pro český vězeňský systém období převratných změn, které ani na začátku 21. století nemůžeme považovat za ukončené. Za velký posun můžeme považovat postupné znovuzavedení nejrůznějších specialistů do vězeňského systému (psycholog, speciální pedagog) a jejich zcivilnění, např. nepoužívání uniforem (Hála, 1996).

Dalším důležitým krokem bylo znovuootevření diferencovaného oddělení pro léčbu drogových závislostí ve věznici Plzeň – Bory. V druhé polovině 90. let se rovněž podařilo otevřít specializovaná oddělení pro léčbu drogových závislostí v mužské věznici v Rýnovicích a v ženské věznici v Opavě. Tato oddělení nabízejí přednostně léčbu těm, kterým soud uložil ochranné ústavní léčení. K významným krokům zcela jistě patří také otevření psychiatrického oddělení ve vazební věznici Brno – Bohunice s možností detoxifikace uživatelů drog a následně psychiatrické péče.

V tomto období se rozvíjí aktivity některých nestátních organizací ve vězení, které od začátku 90. let vytvářely systém péče o uživatele drog ve společnosti. V Čechách je to o. s. SANANIM (Praha) a o. s. LAXUS (Hradec Králové). Na Moravě rozvíjí své aktivity Sdružení Podané ruce, které nabízí své služby ve vazebních věznicích (Brno a Břeclav) a ve věznici v Kuřimě.

6.2 Soubor protidrogových opatření ve výkonu vazby a trestu odnětí svobody na léta 2001 – 2004¹⁰

Dokument si všímá tří oblastí: redukce nabídky, primární prevence, sekundární a terciární prevence.

⁸ Jako příklad výčtu drogových služeb ve vězení jsou uvedeny ty, které autor mohl poznat v průběhu stáží ve Velké Británii. Jedná se především o služby, které provozují Cranstoun Drug Services v přibližně 20. věznicích Velké Británie, dále služby v některých věznicích ve Skotsku (Shotts) a Walesu (Bridgend, Cardiff) Podle zpráv z různých konferencí a na základě vlastní angažovanosti v pracovní skupině Vězeňství v rámci Twinning Phare projektu lze tvrdit, že i jiné země EU používají podobné modely.

⁹ Oddělení pro vězně, kteří prokazují, že jsou čisti od drog, na svou vlastní žádost si přejí být v prostředí, kde se drogy nevyskytují a jsou připraveni pokračovat v abstinenci mimo jiné i tím, že souhlasí s dobrovolnými namátkovými testy. Toto oddělení rovněž nabízí nejrůznější programy péče a větší bezpečí pro ty, kteří se drogami ve vězení cítí ohroženi. Klienti tak mají možnost prokázat, že jsou „drug free“, což je důležité pro jejich další pobyt ve výkonu trestu.

¹⁰ Tento dokument vydalo Generální ředitelství Vězeňské služby ČR jako reakci na zajištění plnění úkolů VS, jak je vytyčuje Národní strategie protidrogové politiky (2001 – 2004).

– Redukce nabídky – zajistit důsledné prohlídky všech osob pohybujících se v prostoru věznic a veškeré korespondence, využití služebních psů, zpřísnění indikace návykových léků, důsledné vstupní lékařské prohlídky, zajistit monitoring moči u 10 000 osob ročně, zavést přesnou centrální evidenci toxikomanů, usilovat o spolupráci s Národní protidrogovou centrálou.

– Primární prevence – zajistit odborné vzdělávání specialistů v drogové problematice, zajistit potřebné metodické pomůcky a publikace.

– Sekundární a terciární prevence – zabezpečit funkčnost *poraden drogové prevence* a zřídit krizová oddělení ve všech věznicích ČR, jako detoxikační centra využívat vězeňské nemocnice, aplikovat bezdrogový režim a vytvořit diferencovaný výkon trestu odnětí svobody ve vybraných věznicích.

Bezdrogové zóny vznikající na základě tohoto dokumentu ve vybraných věznicích (např. Vinařice) mají zajistit prostředí motivující k aktivní abstinenci od drog. Na tato oddělení jsou umísťováni ti, u nichž byla zjištěna drogová závislost nebo potvrzeno užívání drog. Výskyt drog je na tomto oddělení důkladně monitorován. (Aktuální informace VS – 6/2001)

6.3 Příklady z praxe: dva modely péče¹¹

6.3.1 Věznice Rýnovice¹²

Jedná se o věznici s ostrahou a zvýšenou ostrahou. Tato věznice nabízí Specializované oddělení ochranné léčby (SOUL) pro muže od 18-ti let. Kapacita oddělení je 27 mužů. Terapeutický tým tvoří psychiatr, psycholog, sociální pracovníce, speciální pedagog a dva vychovatelé.

Program je založen na komunitním systému a skupinové práci, kde se klienti učí novým sociálním rolím, přebírají zodpovědnost za sebe i za druhé, mění systém hodnot orientovaných na abstinenci. Náplní programu jsou komunity, skupinová a individuální psychoterapie, pracovní terapie, arteterapie, sportovní zátěžový program, ranní rozcvičky, přednášky, zájmové kroužky, psaní deníků a elaborátů. Během pobytu jsou prováděna kontrolní toxikologická vyšetření.

Mezi cíle programu patří:

– Vytvořit prostředí, které netoleruje přítomnost drog, ale vždy dává možnost požádat o pomoc.

– Naučit klienty společensky přijatelným způsobem řešit nejrůznější konflikty a vyrovnávat se s náročnými životními situacemi.

– Motivovat klienty k abstinenci a aktivnímu zapojení do programu.

– Pokusit se o vytvoření životní dráhy a perspektivy, zodpovědnosti k sobě samému.

– Zlepšit vzájemnou komunikaci mezi odsouzenými.

6.3.2 Věznice Kuřim

Od r. 2000 navázalo vedení věznice v Kuřimi aktivní spolupráci se Sdružením Podané ruce (dále SPR)¹³, které se svými aktivitami začalo podílet na řešení drogové problematiky v této věznici. Jedná se tedy o model vzájemné spolupráce.¹⁴

Hlavním cílem projektu je podchytit problémové uživatele drog ve vězení, reagovat na jejich aktuální sociální situaci, vytvářet kontinuální návaznosti v následné péči, a tak předcházet recidivám kriminálního chování těchto klientů nabídkou řešení jejich drogového problému, který je často příčinou jejich kriminálního chování.

Program je založen na vzájemné spolupráci mezi personálem VS (především specialisty věznice) a drogovými pracovníky SPR. Je tvořen nabídkou individuální i skupinové práce s klienty. Tyto vzdělávací, informativní i terapeutické programy, jsou zaměřené na lepší zvládnutí drogového problému v podmínkách vězení. Jedná se o externí odborné služby, které plně respektují vnitřní řád věznice, ale v péči o klienty nabízejí přesah svých služeb i v následné postpenitenciární péči.

7. Závěr

Současný stav znalostí a řešení drogové problematiky v českých věznicích není možno hodnotit jako uspokojivý. Je třeba ještě mnoho změnit a vytvořit, aby přestala nesmyslná stigmatizace toxikomanů, vytvořila se nabídka kvalitních drogových služeb, a tak se otevřely nové možnosti racionálnějšího řešení situace lidí užívajících a zneužívajících drogy, kteří se objevují ve vězení. To obnáší kvalitní analýzu současného stavu a především vydefinování těchto služeb a standardů jejich poskytování, efektivní hodnocení a vyjasnění spolupráce státního a nestátního sektoru a jejich vzájemných kompetencí a v neposlední řadě jejich financování. Vzhledem ke směřování ČR do EU můžeme

¹¹ Tyto dva modely autor uvádí, protože měl možnost je dobře poznat z vlastní praxe (a druhý z nich spoulytvářet). Mohlo by zde být jistě uvedeno více modelů péče funkčních v našich věznicích. I poznatky jiných odborníků.

¹² Čerpáno z interních materiálů SOUL a z odborné stáže v daném zařízení.

¹³ Sdružení Podané ruce je nestátní organizace, která se už od r. 1991 věnuje prevenci a léčbě drogových závislostí v Brně a na Moravě.

¹⁴ Tento model je v zahraničí vysoce efektivní a zároveň velmi flexibilní. Neexistuje země EU, kde by se s takovým modelem tvorby drogových služeb ve vězení nepočítalo.

v tomto smyslu hledět do budoucna s nadějí. Kéž bychom se poučili z chyb i zkušeností těch, kteří v jiných zemích šlapali tuto cestu před námi.

Summary Clients in Prison

The introduction points out the new nature of drug services in prison, especially in the CR, and it puts across the possibility of incorporating them into the care system. It also depicts the target group within the context of the change from a citizen to a prisoner. This is followed by a description of a remand prison and a prison in order to help us understand the environment where the target group finds itself and the context in which these services are offered. The next section of the chapter brings to the light the problem of drug occurrence and drug abuse in prison, and the services offered to the users. It also presents a brief comparison of the EU countries and the Czech Republic.

Key words: drug-free zones – drugs in prisons – imprisoning – programmes in prisons

Foreign care models are here divided into two groups – Harm Reduction based and Therapeutic/Counselling based. These care models are inter-related and influence each other, to a certain degree. Further, a historical overview of the Czech situation is brought forward through the sole existing official document of the General Management of Prison Services in the Czech Republic. This is followed by the description of two functional models of care of drug users which have developed in the Czech prisons during the last three or four years. The conclusion points out the lack of accessibility to services for prison clients and the need of development of drug prison services.

Literatura

- Aktuální informace Vězeňské služby. Bulletin GR VS ČR, Ž. 6, 2000 a Č. 6, 2001
- Bajcura L.: Práva vězně. Grada Publishing, Praha, 1999
- Connections (the Newsletter of the European Network of Drug and HIV/AIDS při Cranstoun Drug Services), články z č.5, 1998 – Rapid development of prison drug services a č. 11, 2001 – The European offenders employment forum a Some thoughts on users_ groups entering the prison
- Čírtková L., Červinka F.: Forezní psychologie. Support, Praha, 1994
- Hála J.: Teorie a praxe vězeňství I. Jihočeská univerzita, České Budějovice, 1996
- Meclová K.: Vězeňství je speciální sociální službou společnosti. Úvodník. Časopis České vězeňství, č. 1, 2000
- Nožina M.: Svět drog v Čechách. Konias Latin Press, Praha/Orlík nad Vltavou, 1997
- Soubor protidrogových opatření ve výkonu vazby a trestu odnětí svobody na léta 2001 – 2004. GR VS ČR, Praha, 2001
- ÚZ – Úplné Znění: Trestní předpisy, Přestupky, Výkon trestu a Výkon vazby, Listina základních práv a svobod
- Pitt R., Sutcliffe E.: Dynamics of Drug and Alcohol Dealing, Distribution and Use in Prisons. DHC Drug Strategy Project Team, CARAT Team, Bridgend, 1999
- Rauchfleisch U.: Doprovázení a terapie delikventů. Scan, Tišnov, 2000
- Stover H.: Assistance to Drug Users in European Union Prisons. Cranstoun Drug Services, Wimbledon, 2001
- Vágnerová M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Portál, Praha, 1999
- Dále použity interní metodické materiály Sdružení Podané ruce a materiály z odborných stáží.

Právní předpisy

Zákon č. 283/1991 Sb., o Policii České republiky – Výkon vazby: zákon č. 293/1993 Sb. a jeho novelizace č. 208/2000 Sb. a č. 258/2000 Sb.; Řád výkonu vazby č. 109/1994 Sb. – Trestní řád: zákon č. 141/1961 Sb.

Mgr. Marek Jargus

Katolický kněz, vedoucí programu Drogové služby ve vězení při Sdružení Podané ruce v Brně. Vzdělání: absolvent Cyrilometodějské teologické fakulty UP Olomouc (ukončil r.1997), v současnosti postgraduální student téže fakulty, obor Pastorační teologie, a vedoucí cvičení „Drogy jako pastorační problém“. Výcviky: dlouhodobý vzdělávací kurs „Nealkoholové závislosti“, krizová intervence, motivační trénink, umění pomáhat

(ISZ), management NNO. Stáže ve Velké Británii, zaměřené na TK a Drop in centra (Londýn, Norwich, jižní Wales) a drogové služby ve vězení (NGO Cranstoun); v ČR – věznice Rýnovice. Účast na odborných konferencích v ČR i ve Velké Británii, publikace odborných příspěvků o službách uživatelům drog ve vězení ČR. Kontakt: Vídeňská 3, 639 00 Brno, E-mail: jargus.marek@worldonline.cz

Klíčová slova: etnické minority – migranti – Romové – uprchlíci – většinová společnost

Pokud budeme uvažovat o uživatelích návykových látek v kontextech soužití minoritních etnik s většinovou společností, můžeme zaměřit pozornost zhruba ke dvěma základním cílovým skupinám – k *běžencům, uprchlíkům a dalším cizincům*, kteří legálně i nelegálně v současné době pobývají na území České republiky a k *Romům*, kteří zde žijí trvale a představují etnicky nejpočetnější a v mnoha ohledech nejvýznamnější minoritní společenství.

Běženci, uprchlíci, žadatelé o azyl a azylanté

Kromě vymezení etnického, jsou tyto cílové skupiny definovány také mnoha dalšími specifickými znaky a kritérii vyplývajícími ze sociální situace, ve které se příslušníci těchto menšin nacházejí. Nejrůznější zvyky, obyčeje, hodnoty a normy vycházející z tradic a kultur příslušných menšin mohou nacházet výraz v takových projevech chování, které se vymykají normativnímu legislativnímu i zvykovému rámci většinové společnosti.

V oblasti užívání a zneužívání návykových látek se mohou normy minoritního etnika leckdy odchylovat od norem aktuálně definovaných státem. Někteří uprchlíci žádající v České republice o humanitární nebo politický azyl pocházejí z oblastí, v nichž je významným sociálně konstruktivním a regulativním prvkem způsobů vztahování se k realitě kulturní tradice zahrnující islám. Užívání *konopných produktů* bývá u nich považováno za zcela přirozené chování a dospívající v něm často pokračují i v novém prostředí. Zde je ovšem na takové chování pohlíženo ze zcela jiného úhlu pohledu včetně možných represivních tendencí ze strany majoritních institucí sociální kontroly.

V prostředí pobytových center MV ČR jsou žadatelé o azyl vystaveni masivnímu tlaku frustrace základních jstot a často se ocitají v situaci existenční a existenciální nouze, a to bez vize pro ně přijatelného řešení vlastní budoucnosti (počet udělovaných azylů nepřesahuje jedno procento z přijatých žádostí). Nelze se tedy příliš divit tomu, že někteří lidé (a především dospívající), hledají východisko z této situace prostřednictvím cílené změny prožívání, konzumují *alkohol* a užívají veškeré *drogy*, které jsou v našem prostředí dostupné.

Žadatelé o azyl se samozřejmě dostávají do kontaktu s českým obyvatelstvem, jejich děti v průběhu několikaleté až několikaleté azylové procedury navštěvují české školy, ve velkých městech tito lidé navazují kontakty s příslušníky vlastního etnika žijícími legálně a často i nelegálně mimo pobytová centra. Někteří z nich mívají vazby na drogovou scénu, případně se sami žijí jako dealaři. Ve svých důsledcích může tato skutečnost přinášet zvýšené riziko vzniku závislosti se všemi doprovodnými jevy pro samotné uživatele, jejich bezprostřední i širší sociální okolí a zprostředkované problémy pro celou společnost.

V této souvislosti stojí za zmínku i fakt, že uprchlíci z euroasijského prostoru a některých afrických zemí mají odlišné hygienické návyky, nedostatečné informace o způsobech přenášení infekčních nemocí, může se u nich vyskytovat ve zvýšené míře TBC, hepatitidy apod. Vzhledem k tomu, že počty běženců (Statistika Poradny pro uprchlíky ČHV, 2001) v souvislosti s migrací způsobenou globálními změnami budou pravděpodobně neustále narůstat (v současné době žije v uprchlických táborech MV ČR i mimo ně přes 12 tisíc oficiálních žadatelů o azyl a každoročně jich zhruba stejný počet o azyl požádá), nelze tyto nové fenomény přehlížet, nelze s nimi nepočítat, nepředjímat je a nepřipravovat se na možné konsekvence.

Předpoklad, že příslušníci těchto minorit budou vzhledem ke své situaci motivováni sami k prosociálnějšímu způsobům chování, je iluzí. Poskytování nevyžádaných informací bývá samo o sobě neefektivní a zde je navíc situace komplikována prostorově situačním aranžmá, jazykově, sociálně i jinak.

Při respektování současných reálných možností i omezení je přesto velmi užitečné se touto cílovou skupinou zabývat a něco jí nabízet, iniciovat, hledat a vytvářet vhodné příležitosti a platformy pro vzájemný dialog a nabídku služeb, které mohou ve svých důsledcích zlepšovat kvalitu života těchto lidí a předcházet některým výše uvedeným rizikovým projevům. Děje se tak prostřednictvím právního poradenství a psychosociálních služeb poskytovaných uprchlíkům v poradnách umístěných ve velkých městech i přímo v prostředí pobytových center, kam pravidelně dojíždějí pracovníci

(soc. pracovníci, právníci, psychologové) nevládních organizací. Mimo jiné jde také o nabídku, koordinaci a realizaci aktivit, které zájemcům z řad žadatelů o azyl umožňují v pobytových centrech MV ČR lépe a smysluplněji naplnit a strukturovat volný čas, zaměřovat pozornost prosociálním způsobem a preventivně tak předcházet interpersonálním konfliktům, zbytečným nedorozuměním vyplývajícím z mezietnických odlišností a dalším sociálně problematickým projevům chování včetně zneužívání návykových látek.

Realizované aktivity nabízejí zájemcům tvůrčí účast na sportovním, uměleckém a na určitá sociální témata orientovaném dění, přičemž se zde na základě komunikace vytváří prostor vzájemné důvěry a tolerance, kdy je možné např. poskytovat i základní informace o legislačních aspektech zneužívání návykových látek, rizicích a možných důsledcích pro uživatele i jeho sociální okolí včetně reálných možností nabídky případné pomoci. V souvislosti s prevencí xenofobie a potřebou vytvoření občanské společnosti jsou některé aktivity realizovány ve spolupráci s regionálními institucemi a organizacemi za účasti českých občanů, probíhají besedy se žáky základních a středních škol, přednáškové akce pro českou veřejnost atd. To, co výrazně chybí, je připravenost profesionálů v institucích sociální pomoci i sociální kontroly poučeně a efektivně komunikovat s příslušníky této cílové skupiny. Relativně často dochází z neznalosti ke zbytečným nedorozuměním, která zvyšují už tak značnou míru napětí ve vztahu příslušníků majorit k minoritám obecně.

Romové

Nejpočetnější etnickou menšinou, žijící v České republice jsou Romové. Abychom byli schopni jejich situaci uchopit, zmapovat a pokusit se jí porozumět, vyžadovalo by to hlubší zamyšlení, v rámci něhož bychom se v rovině obecné i specifické těžko vyhnuli aspektům historickým, kulturním, společensko ekonomickým, právním, sociologickým a jistě i mnohým dalším. Vzhledem k tomu, že takové uchopení tématu je nad rámec možností tohoto textu, dotkneme se pouze některých z nich s akcentem na aspekty sociologické, psychologické, medicínské a pedagogické. Společným jmenovatelem a možná i základním problémem téměř všech ideových východisek expertních řešení tzv. „romské problematiky“ je předpoklad, že expert – příslušník majority může porozumět světu minoritních společností, ať už jsou definována etnický či jinak. Na základě tohoto objektivního porozumění potom strategicky či

systemově volí cílené intervence, prostřednictvím nichž ovlivňuje odchylku od normy.

Tuto normu ovšem konstruuje a definuje on sám, protože on je majoritou delegován jako expert. Zjednodušeně řečeno: naše řešení jsou téměř vždy mocensky orientovanou sociální kontrolou, protože my jako příslušníci majority určujeme, co je a co není pro romskou populaci vhodné, žádoucí a zdravé. Takové ovlivňování ovšem nemůže respektovat základní atributy situace sociální pomoci, tj. hledání a formulaci společného tématu, které by v daném kontextu mělo smysl pro všechny zúčastněné tak, aby na něm mohli vzít účast. Současná situace je o to komplikovanější, že romská reprezentace existuje pouze formálně, není pro většinu Romů nezpochybnitelnou autoritou (Arendtová, 1996) a je navíc vnitřně roztříštěná a tudíž z hlediska hledání a realizace konstruktivních řešení málo akceschopná. K popisu aktuální situace romského etnika a jeho soužití s většinou společnosti si můžeme s jistotou výhodou vypůjčit *bio-psycho-sociální model* konstruování reality a rozumění fenoménům, které společnost definuje jako problematické. Použijeme-li tento model k pochopení situace romského etnika včetně takových projevů chování, jako je užívání návykových látek i možností a mezi cíleného ovlivňování ve smyslu změny, všimneme si určitých významných odlišností a specifíků na úrovni všech proměnných i jejich vzájemných interakcí (viz *Obr. 1*).

Demografie

Abychom mohli říci, kolik žije v ČR Romů, musíme vědět, koho považovat za Roma a koho nikoli. Romem je především ten, kdo se k tomu hlásí. Podle tohoto kritéria by v Čechách v současné době žilo kolem 40 tisíc Romů (Zpráva/97)¹. Podle střízlivých odhadů odborníků je jich však na území České republiky kolem 300 tisíc, tj. 3 % obyvatelstva. Romů ovšem rychle přibývá, protože romské ženy začínají rodit dříve než neromské a mají větší počet dětí. Polovina romské populace je mladší než 19 let, což znamená, že mezi školními dětmi je přibližně 4 % Romů. Příslušníci romského etnika dnes žijí většinou ve velkých městech (15 tisíc v Praze, 36 tisíc v Ostravě), přičemž více než 80 % romské populace tvoří slovenští Romové, kteří k nám začali přicházet už v 50. letech minulého století a přicházejí dodnes. Zbytek původních Romů tvoří Olašští a částečně němečtí Sinti, kteří se dodnes snaží zachovávat tradiční zvyky, přestože i oni se již vzdali kočov-

¹ Podle sčítání obyvatelstva v r. 2001 se k romské národnosti přihlásilo okolo 12 tis. osob a k romštině jako jednomu z mateřských jazyků necelých 40 tis. (ČSÚ, 2002).

ného způsobu života a trpí ztrátou nebo alespoň citelným oslabením svých velkorodinných pospolitostí.

Zaměstnanost a způsob obživy

Podle dostupných informací a opatrných odhadů nepracuje asi 70 % Romů, z nichž kolem 20 – 30 % získává prostředky k obživě nelegálním způsobem, většinou krádežemi, nelegálním obchodem s drogami, prostitucí apod. 98 % nezaměstnaných nemá žádnou kvalifikaci a pokud tito Romové pracují, jedná se většinou o nekvalifikovanou manuální práci, která je ale např. pro Olachy tradičně nepřijatelná a ponižující. Většina příslušníků romské populace tedy žije ze sociálních dávek, jimiž stát přispívá zejména na péči rodičů o děti.

Zdravotní stav romské populace

Přesné statistiky nejsou k dispozici. Pediatři se většinou shodují v názoru, že romské děti jsou v mnohem horším zdravotním stavu než neromské. Romské děti se z nejrůznějších příčin rodí nějakým způsobem poškozené častěji než děti neromské (větší % smyslových a tělesných vad a poruch). Pracovní neschopnost dospělých Romů je podstatně vyšší než je tomu u příslušníků majority a počet invalidních důchodů je šestkrát vyšší, než by odpovídalo jejich zastoupení v populaci. Zvláštní kapitolu tvoří infekční nemoci, především výskyt hepatitid a vrozené syfilidy.

Dospívání, rodinný život, výchova dětí a vzdělání

Romské děti dospívají biologicky o něco dříve, mezi 16. – 20. lety vstupují do partnerství a ve 21. letech má většina romských žen první dítě. Tradiční systém velkorodin přežívá u některých skupin olašských Romů a Sintí, rodiny zde mají dosud patriarchální ráz, anti-koncepce je nepřijatelná a statut rodiny je mimo jiné poměřován počtem dětí. Nevěra mužů je tolerována, zatímco nevěra ženy je neospravedlnitelná a nepřijatelná, netolerovatelná je i homosexualita. Během posledních desetiletí tradiční romská rodina zeslábla a určitou pohromou pro ni byly i dobře míněné snahy sociálních pracovníků, kteří děti z romských rodin často odebírali pro jejich „zanedbanost“ a umísťovali je do institucí náhradní výchovy (dnes tvoří procento romských dětí ve výchovných ústavech pro děti a mládež více než 50 % všech svěřenců těchto zařízení). Výchova dětí v romských rodinách je poměrně volná a nedirektivní, vyznačuje se otevřeností, přátelskou atmosférou, malou strukturovaností a náročností na plnění školních povinností. I v romských rodinách se ovšem můžeme setkat výjimečně s fyzickým týráním dětí. Ve srovnání s neromskou rodinou je zde velmi málo témat tabuizovaných (sex, užívání návykových látek, trestná činnost apod.).

90 – 95 % romských dětí navštěvuje zvláštní školy. Učitelé si stěžují na nesoustředěnost, problémy s českým jazykem, časté absence související někdy s povinnostmi dětí starat se o mladší sourozence, problémy s kázní a autoritami, nepřiměřené reakce na nejrůznější podněty apod. Od druhé poloviny 90. let realizují některé základní školy pro romské děti tzv. přípravné (nulté) ročníky, jejichž posláním je zvýšit připravenost dětí na požadavky školy. Výchovně vzdělávací program je připravován ve spolupráci romských a neromských odborníků. Dětem má pomoci zvyknout si na školní prostředí a zdokonalit se v češtině, romským rodičům na základě více partnerských způsobů spolupráce školy s rodinou zprostředkovat lepší vztah ke škole a postoj ke vzdělání obecně, pedagogům pak umožnit poznání specifik romského prostředí a jeho vliv na výchovu a vzdělání a zprostředkovat tak napomoci k efektivnějším způsobům komunikace s dětmi i jejich rodiči.

Pro dospívající a mladé dospělé Romy jsou kromě středních škol (zatím 90 % mladých Romů je zcela nekvalifikovaných) určeny nejrůznější rekvalifikační kursy a 1. Romská sociálně právní akademie už dnes připravuje romské studenty pro výkon profese romských poradců a sociálních asistentů. Majoritní společnost spatřuje ve vzdělání romské populace cestu k postupnému zlepšování jejich situace, otevírání prostoru a rozšiřování možností pro jejich lepší uplatňování se na trhu práce a snižování nezaměstnanosti se všemi důsledky, které s tímto společenským fenoménem souvisejí. Otázkou přesto zůstává, zda hodnota vzdělání, tak, jak ji chápe majoritní společnost, se stane také hodnotou pro ty, kterým je vzdělání určeno, tj. pro Romy samotné.

Sociálně patologické jevy

Zpráva z roku 1997 uvádí, že podíl Romů na celkové kriminalitě činí 17 % (podíl v populaci je 3 %). Z toho loupeží bylo 37 %, vloupání 22 %, krádeží 24 % a mravnostních deliktů 20 %. Jaká část z této kriminality je vlastně kriminalitou drogovou není známo. Pokud se budeme zabývat mravnostními delikty, je dobré připomenout, že legislativní norma je vymezena majoritou a nebere ohled na skutečnost, že drtivá většina Romů začíná sexuálně žít pravidelně již před dovršením 15. roku života, přičemž zákonnou normu buď nezná, nepřijímá ji jako regulativ sexuálního chování nebo ji prostě nebere vážně. Zaměříme-li pozornost na různé formy závislosti, velmi rozšířený mezi Romy je *gambling* a samozřejmě užívání nejrůznějších návykových látek. Nejmladší Romové (ale nejen oni) mají stále v oblíbě čichání *toluenu*, běžně konzumují *alkohol*, kouří *mariuanu* a stále více dospívajících příslušníků

romského etnika začíná pravidelně užívat *heroin*, na kterém se stávají poměrně rychle závislí a jehož užívání je také rychleji přivede ke kriminalizaci.

Možnosti a meze našich interpretací

V úvodu této kapitoly i dalším textu bylo několikrát naznačeno, že uchopení, zmapování, prozkoumání a porozumění danému tématu je značně komplikované vzhledem k jeho vrstevnatosti, kontextuálnosti a mnoha aspektům, prostřednictvím kterých je možné toto téma nahlížet a interpretovat. Pohled experta – příslušníka majority bude vždy pohledem zvenčí a závěry, které z tohoto pozorování vyvodíme mohou být sice velmi užitečné, ale nikdy objektivní v universálním slova smyslu. Ze své neromské identity prostě nemáme šanci vystoupit a proto ani nemůžeme vidět realitu tak, jak ji vnímají, hodnotí, rozumí jí a prožívají Romové. Na druhé straně však *nehodnotící*, cíleně zaměřený pohled zvenčí umožňuje pozorováním např. určitých způsobů chování jiného než vlastního etnika dozvědět se něco o nás samotných, protože jako příslušníci majority můžeme být k mnoha našim stereotypům uvažování slepí a máme tendenci předpokládat je i u ostatních.

Podle etnologů, kulturních antropologů (Murphy, 2001) a některých sociologů se u příslušníků majority a některých minoritních etnik způsoby vztahování se k realitě výrazně odlišují. Budeme-li za majoritního jedince považovat příslušníka tzv. západní výkonově orientované sociálně stratifikované společnosti, můžeme definovat následující odlišnosti:

Pohled na realitu majoritního jedince bude objektivistický, racionální a analytický, zatímco etnický minoritní jedinec bude realitu uchopovat spíše pragmaticky, intuitivně, celostně a metaforicky.

Fenomén času a prostoru bude člen takto definované majority vnímat v rámci lineárního uspořádání kontinua časově oddělených dimenzí s důrazem na minulé a budoucí na úkor přítomnosti, bude dávat přednost přesným popisům, členění a struktuře a bude pravděpodobně oddělovat emoce od racionality. Minoritní jedinec žije více v přítomnosti, ve které je zároveň schopen velmi emocionálně zpřítomňovat zážitky minulé i předjímané budoucí.

Sebepojetí člena většinového společenství často souvisí s hodnocením jeho výkonu a úspěšnosti druhými, velkou hodnotou je individuální schopnost, nezávislost a sebestřednost, zatímco příslušník minoritního etnika bude mít spíše tendenci podřizovat se celku, splyvat

s ním a svoji individuální hodnotu spojovat v rámci vzájemné závislosti s tímto celkem.

Výchova v naší většinové společnosti ctí kázeň a řád, snaží se v nikdy nekončícím procesu vzdělávání neustále zpřesňovat významy, důsledně odděluje realitu a fantazii, vytváří na jedince tlak na přebírání odpovědnosti, plánování budoucnosti a mnoho témat z nej-různějších důvodů mlčí a tabuizuje. Příslušník minoritního etnika bude v rámci své komunity vychováván v mnohoznačnosti splyvání vnitřní a vnější reality, místo ke zpřesňování významů bude veden k emocionálnímu a intimnímu spojení s ostatními, o mnohých tématech se bude dozvídat přirozeným a neplánovaným způsobem.

Východiska k řešení

Uvažovat o romských experimentátorech a uživatelích návykových látek tak, jak jsme běžně zvyklí v rámci primární, sekundární a terciální prevence uvažovat o cíleném ovlivňování neromské populace dospívajících je proto přinejmenším zavádějící. Situace, způsoby vztahování se k realitě a životní příběhy příslušníků romského etnika jsou v mnohých aspektech odlišné od sociálního bytí příslušníků majority. Nejsou lepší ani horší, jsou prostě jiné. Chceme-li se pokoušet jejich situaci řešit, měli bychom se ji naučit chápat především jako situaci naší, společně sdílenou a řešitelnou v dlouhodobé perspektivě pouze v konstruktivním dialogu se všemi zúčastněnými, tzn. především s Romy samotnými.

Situace je zatím taková, že v některých regionech (Ostrava, některé městské části Prahy, Ústí nad Labem) je *promořenost heroinem* tak velká, že to dělá starosti samotným Romům, kteří iniciují spolupráci s odbornými pracovišti v regionu (Zpráva/97). Pokud se na těchto aktivitách budou podílet sami Romové, budou mít jistě větší šanci, než když se o to bude nějakou intervencí pokoušet stát. Dosud Romové vyhledávali odborná pracoviště zabývající se drogovou problematikou jen zcela výjimečně a pokud začali spolupracovat, často tuto spolupráci předčasně ukončili.

Vzhledem k tomu, že pravděpodobně bude existovat jistý rozdíl v motivacích k užívání, měly by existovat i alternativní způsoby primární, sekundární a terciální prevence, jejichž nositeli by byli příslušníci romského etnika. To se vůbec nevylučuje se strategickými intervencemi státu, pokud bude toto dlouhodobé řešení situace romského etnika vycházet z jednotné (a zároveň dostatečně flexibilní) koncepce, bude orientované na proces a bude zahrnovat mezirezortní spolupráci,

v rámci níž se odborníci, vytvářející koncepční strategie i realizátoři konkrétních preventivních aktivit budou inspirovat a zohledňovat při své práci naznačená specifika romského etnika. Romům můžeme nabízet, můžeme iniciovat a podněcovat, ale zda a jak našich inspirací využijí, je třeba nechat na nich samotných.

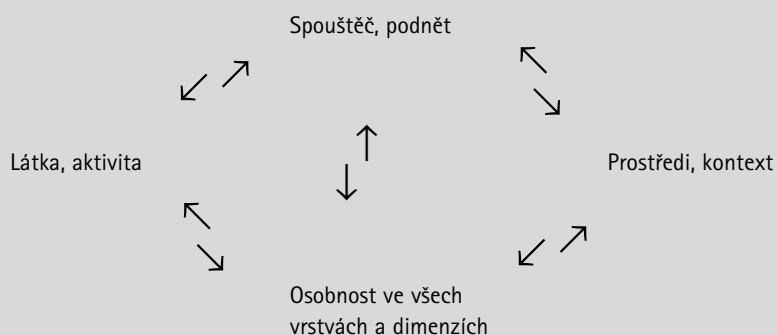
Summary Ethnic Minorities

The chapter brings an overview of drug use and drug related problems in the ethnical minorities within a majority society. Two major target groups are the focus: migrants (refugees), and the Rome ethnic. An increasing number of refugees from the South-East and East Europe, as well as from Asia, forms some risk, which should be foreseen, prevented and solved. The most important ethnic minority living in the CR are the Romes who in many aspects differs from the majority society. In solving the Rome problems, it is ne-

cessary to regard all cultural, sociological, psychological and other factors and differences. Measures based only on expert opinion of majority members are not effective and often maintain only the level of social control. In the primary, secondary and tertiary prevention of drug abuse we have to accept that differences exist in motivation to abuse and, consequently, alternatives in prevention should exist, based on the members of Rome ethnic themselves.

Key words: ethnic minorities – majority society – migrants – refugees – Roma ethnic

Obr. 1: Faktory ovlivňující naše způsoby vztahování se k realitě



Literatura

- Arendtová H.: O násilí. Oikumene, Praha, 1996
- Balcar K.: Úvod do studia psychologie osobnosti. Státní pedagogické nakladatelství, Praha, 1983
- Český statistický úřad: Výsledky sčítání obyvatelstva ČR v r. 2001. ČSÚ, Praha, 2002. Internetové stránky: <http://www.czso.cz>
- Heller J., Pecinová O.: Závislost známá neznámá. Grada Publishing, Praha, 1996
- Keller J.: Úvod do sociologie. SLON – Sociologické nakladatelství, Praha, 2001
- Murphy R.: Úvod do kulturní a sociální antropologie. SLON – Sociologické nakladatelství, Praha, 2001
- Murphy R.: Umlčené tělo. SLON – Sociologické nakladatelství, Praha, 2001
- Praško J., Možný P.: Kognitivně behaviorální terapie. Triton, Praha, 1999
- Presl J.: Drogová závislost. Maxdorf Jesenius, Praha, 1996
- Říčan P.: S Romy žít budeme – jde o to jak. Portál, Praha, 1998
- Schlieppe A., Schweitzer J.: Systemická terapie a poradenství. Cesta, Brno, 2001
- Statistika Poradny pro uprchlíky ČHS. Český Hesinský výbor, Praha, 2001
- Szasz T.: Ceremoniální chemie. Votobia, Olomouc, 1996
- Šišková T.: Výchova k toleranci a proti rasismu. Portál, Praha, 1999
- Úlehla I.: Umění pomáhat. Renaissance, Písek, 1996
- Van der Laan G.: Otázky legitimity sociální práce. Albert, Ostrava, 1998
- Vágnerová M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Portál, Praha, 1999
- Vizínová D., Preiss M.: Psychické trauma a jeho terapie. Portál, Praha, 1999
- Zpráva/97: Zpráva připravená kolektivem autorů, předložená ministrem P. Bratinkou vládě ČR, projednaná dne 29. 10. 1997. Internetové stránky: <http://www.vlada.cz/rada/rnr/cinnost/romove/>

PaedDr. Václav Schmidt

Speciální pedagog – etoped a psychoterapeut, rodinný terapeut ve středisku pro mládež Cesta Řevnice, Sádecká 169, externí psychoterapeut Poradny pro uprchlíky Českého Helsinského výboru. Externě učí na FF UK v Praze základy psychoterapie, lektor vzdělávacích a výcvikových programů MŠMT, supervizor PMS

MSČR. Absolvované výcviky: psychoterapeutický výcvik SUR, výcvik v systemicky orientované rodinné terapii (ISZ), krátký výcvik v gestalt terapii a logoterapii.
*Kontakt: Pod Vilami 13, Praha 4, 140 00.
E-mail: vaclav.schmidt@centrum.cz*

Klíčová slova: fáze gamblingu – finance – gambling – léčba gamblingu – rodinní příslušníci

Úvod

Hra byla vždy nahlížena lidstvem jako věc navýsost příjemná a dobrovolná, která nesměřuje k dosažení vnějšího cíle, v dětství však přece jen často jako nácvik některé činnosti, kterou je potřeba zvládnout v dospělosti. Zatímco Friedrich Schiller viděl ve hře ideální formu svobodné lidské činnosti, Herbert Spencer vyslovil myšlenku, že hra je jakousi činností z přemíry nadbytečné energie, kterou potřebuje jedinec vydat a přitom se odreaguje, včetně své přirozené soutěživosti. Jean Piaget považuje hru jako přechodnou formu činností dítěte, fází ve vývoji intelektu mezi diferenciací asimilace a akomodace. U dětí zvláště v nízkém věku můžeme pozorovat, jak je jejich hra ventilem osobních vnitřních konfliktů a je možné se domnívat, že nějakým způsobem toto unikání z reality do prostoru „jakoby“ může podporovat rozvoj vášně pro hru i v dospělém věku.

Gambling se velmi omezuje a pravděpodobně dostává jinou podobu ve formě zvýšeného rizikového chování, jestliže společnost nenabízí značné možnosti hraní či sázení (situace v České republice před r. 1989) Toto dokazuje i např. fakt, že státy USA s přísnějšími zákony omezující hraní mají ve srovnání s jinými státy USA o 70 % nižší výskyt chorobného hráčství. U mládeže se můžeme setkat s vývojem nepřirozeného vztahu již k herním přístrojům (hra na hracích přístrojích vyžaduje čas, zájem a nemalé množství financí) či ke hrám na počítači, které postupně připravují jedince o možnost rozvoje v jiných životních oblastech, jako je vývoj identity, nalezení místa ve společnosti, úroveň vzdělání, zvládnutí práce, kterou chce jedinec vykonávat, sociální dovednosti či partnerské vztahy.

Obecná informace o tom, že tzv. výherní přístroje vlastně obsahují pouze 60 – 80 % možnosti výhry toho, co hráči do přístroje vloží, je v zásadě účinná do té doby, než se v jedinci při zkušenosti s hraním rozvine psychologický proces vášně, který omezuje kvalitu racionálního uvažování.

V České republice, kde se gambling ve velkém začal rozvíjet od r. 1989, jsme mohli pozorovat, jak se pohled

na hazardní hraní měnil a spolu s tím se měnila i klientela závislých. Zpočátku v porevoluční atmosféře vystupňované touhy rychle zbohatnout do gamblingu upadaly spíše vyšší střední vrstvy s dobrým rodinným a vzdělanostním zázemím. Jak negativní zkušenost s následky gamblingu vstupovala do povědomí lidí, nastal posun závislé klientely směrem k mladším jedincům a nižším vrstvám. Mládež, pro kterou je v současné době hazardní hraní stále ještě symbolem zkrácené cesty k vyšší ekonomické úrovni nebo naopak výrazem životní nudy, ztráty smyslu až apatie, stále častěji zaplňují ústavní protigamblerké programy. V nich pozorujeme dále častý výskyt gamblingu jako součásti hospodského životního stylu v kombinaci s pitím piva, které rozpouští veškerá předešlá předsevzetí nehrát. Horší kombinací vzhledem k prognóze vyléčení je gambling s braním drog, neboť obě činnosti velmi rychle vyčerpávají finanční možnosti a fyzickou i psychickou schopnost takto komplikovanou životní dráhu ustát a poté vydržet frustrace v léčbě do zdárného vyléčení. Novou oblastí gamblingu, která se objevila v r. 1995, je hraní a sázení pomocí internetu. Lze se obávat ještě dalších zrychlených možností hazardně hrát, což pravděpodobně přitáhne další klientelu.

Diagnostika gamblingu

V současnosti se patologické hráčství odlišuje v MSK-10 od nadměrného hráčství nebo sázkařství u manie a u sociopatických osob. V České republice se diagnóza patologického hráčství oficiálně používá od r. 1994.¹

Dle DSM-IV má patologické hráčství následující faktory:

A. Trvající a opakující se maladaptivní chování ve vztahu k hazardní hře (alespoň 5 následujících indikátorů):

- zaměstnává se hazardním hraním
- zvyšuje vklad do hry
- opakovaně a neúspěšně zkouší změnu (omezit, přestat)
- je neklidný a podrážděný při odbourávání hraní
- hraje, aby unikl od problémů a svých nálad
- po ztrátě se vrací ke hře, aby získat prohrané zpět

¹ Patologický gambling podle MKN-10 (kód F63.0) je definován jako porucha sestávající se z častých a opakovaných epizod hráčství, které dominují individuálnímu životu na úkor sociálních, pracovních, hmotných a rodinných hodnot a závazků. Základní diagnostickou charakteristikou je neustále opakované hráčství, které pokračuje a často se zvyšuje navzdory negativním sociálním důsledkům, jako je zchudnutí, poškozené rodinné vztahy a rozpad osobního života. Viz též Nešpor, kapitola 4/2, Diagnostika a diagnostická kritéria poruch vyvolaných návykovými látkami.

- lže
- dopouští se ilegálních činů, nejčastěji podvodů, krádeží a zpronevěř
- ohroží či ztratí kvůli hazardní hře důležité interpersonální vztahy, vzdělání, kariéru, zaměstnání
- spoléhá na finanční pomoc druhých

B. Hazardní hraní nelze vysvětlit manickou epizodou. V průběhu vývoje tohoto procesu můžeme mluvit nejprve o nutkavosti, které člověk podléhá jen potud, pokud není v rozporu s jeho postojem. V dalších fázích patologického rozvoje jde již o obsesivní chování, kdy jedinec má pocit, že myšlenky jsou jeho egu cizí (MSK-10). Při práci s gamblery můžeme často pozorovat vlastnosti ve srovnání s jinými závislostmi specifické: určitá hravost jedince, která trvá celý jeho život, dále jeho celoživotní zvýšená pozornost financím a ochota podstupovat pro ně ve svém životě nová dobrodružství a rizika (Frouzová, 1997).

Při diagnostice gamblingu je možné aplikovat screeningové otázky týkající se jiných drog: zdali jedinec hraje častěji a déle a jestli do hraní obecně nebo při jedné hře dává procesu víc energie a financí než považuje za vhodné; nakonec, zda má on nebo někdo z jeho okolí pocit, že s jeho chováním se děje něco podivného a že by hraní měl přinejmenším omezit (Frouzová, 1997a). Obecně používaný dotazník pochází z organizace Gamblers Anonymous (Nešpor, 1996).

Jedince hrající na tzv. výherních automatech můžeme poznat podle určitých specifických stížností; obvykle trpí bolestmi hlavy a očí, často je bolí i nohy a záda od dlouhého stání u přístrojů, a prsty od hraní. Od celonočního kouření mají kašel. Trpí poruchami spánku, strachem z věřitelů a obavou z budoucích proher. Často u nich zaznamenáváme pozdní příchody domů (k ránu) a do práce, z které po několika hodinách opět odcházejí, jakmile se naskytne nějaká příležitost. Pod nejrůznějšími záminkami žádají o půjčky peněz, z kterých vytvářejí pak mnoho dluhů s komplikovaným systémem kombinací jejich splácení (Frouzová, 1997).

Patogeneze gamblingu

Chování gamblera je nahlíženo a interpretováno různě, záleží na úhlu pohledu. Psychoanalytici zdůrazňují určité prvky sadomasochistického chování se sebetrestáním z prožitku viny a všímají si slasti, která provází ambivalentní pocity či úzkost. Galdson v r. 1985 popsal v prožitku hráčů jejich zvláště intenzivní vztah

k „štěstě“, která je pro ně jakýmsi symbolem velké matky. Daseinsanalytici poukazují na pocit vnitřní prázdnoty gamblerů, jakýsi „běh naprázdno“, který pravděpodobně vyvolává pseudosociální chování a působí jako obrana proti mezilidským vztahům. Teorie učení nahlíží gambling jako učení se při repetitivní stimulaci s občasnou slastí, která doprovází stav vzrušení. Sociologové nabízejí myšlenku rizika „výkonu a konzumu“ současného charakteru lidského chování, které se může proměnit až do kompulsivního usilování o to být lepší než ostatní a může být provázeno pojetím života jakožto jedné velké štvance. Z podobného myšlení pochází další sociologická úvaha o úzkosti jedince z prostředí, které vnímá jako hostilní a snaží se vyvolávat při hraní situaci, v které se může cvičit, jak hostilitu prostředí zvládnout. Některé jiné úvahy věnují pozornost koincenci s některými jinými poruchami, například s depresí či existencí vysokého stupně iracionality v myšlení těchto lidí: magického myšlení, omnipotentních pocitů a víry v nadpřirozené síly. Schumacher v r. 1981 poukázal na určitý fenomén v chování gamblerů, který nazval honbou za fetišem. Toto vše vedlo nakonec k hledání určitých typů gamblingu, které mohou odpovídat některému výše uvedenému pohledu. Hokan např. rozeznává formu neurotickou, impulsivní, praktickou, symptomovou a formu vázanou na subkulturu. Protože gambling je velmi často provázen depresí, převládá jeden čas názor, že by tito jedinci měli být medikováni lithiem. Jiní odborníci si depresi vykládají nedostatkem endorfinu v mozku nebo nižší aktivitou serotoninového systému v mozku.²

Custer (cit in Nešpor, 1996) popsal u rozvíjejícího se gamblingu tři fáze:

1) *Fáze výher* – při ní jedinec hraje spíše příležitostně, a slast, kterou mu jednání přináší, jej vede k tomu, že hraje více a častěji a má stále častější fantazie o použití výhry, o které nepochybuje.

2) *Fáze ztrát* – jedinec hraje stále častěji sám, skrývá svou hráčskou vášeň tak, jak ztrácí nad svým jednáním kontrolu. V myšlenkách se zabývá většinou už jen hazardem a není schopen již přestat. Před rodinou i v zaměstnání již stále více lže, dostává se do dluhů a z toho všeho neklidný, předrážděný. Protože není schopen se svěřit, cítí se velmi osamocený.

3) *Fáze zoufalství* – jedinec zvyšuje sázky a čas, který hrou tráví. Cítí občas pocity viny, zvláště proto, že již dělá ilegální činy a ničí svou pověst, vinu se však snaží házet na jiné. Dostává se do stavů paniky, kdy hrozí sebevražedné chování, často však se v těch chvílích přeče

² Český odborník na gambling Karel Nešpor však trefně k těmto úvahám poznamenává, že v posledních desetiletích se gambling nezvýšil ani tak pravděpodobně změnou našich mozků, ale zvýšenou dostupností možností gamblingu. Na druhé straně je také možné uvažovat nejenom o jakémsi nedostatku mozkové funkce, ale docela obvykle o stavech slasti či jiného žádoucího pocitu, kterých jedinec tímto způsobem dosahuje, jako např. při adrenalinových sportech.

jen obrací na své přátele a rodinné členy s úzkostným voláním o pomoc, obvykle chce peníze na zaplacení dluhů. Allen Ginsberg popsal tuto fázi jako vědomí toho, že vyhrát nelze, uhrát nerozhodný výsledek nelze a navíc že nelze ani přestat hrát (Nešpor, op.cit.).

Léčebné postupy³

V České republice probíhá protigamblerská léčba ambulantní či ústavní formou. Na začátku 90. let jsme v ústavní léčbě sledovali faktory ovlivňující nástup a průběh léčby (Frouzová). Mezi nejčastější motivační pobídky k nástupu léčby byly hrozby věřitelů, hrozba zaměstnavatele, že s dotyčným bez léčby rozváže pracovní poměr a hrozba partnera, že se bez léčby s ním rozvede. Při zkoumání důvodů, proč došlo k přerušení léčby, vystupovala u pacienta výrazně nízká frustrační tolerance a duální diagnóza. Efektivitu léčby jsme katanesticky sledovali jak u ústavní, tak u ambulantní léčby. Prvním nejdůležitějším faktorem byla spolupráce partnera/rky se schopností konfrontace s realitou plnění našich doporučení a jeho/její klidná důvěra ve vy-léčení. Druhým nejdůležitějším faktorem byla přítomnost gamblersova náhledu na patologičnost svého chování a prožívání.

Model „4 I“

Léčbu lze koncepčně rozdělit do 4 fází nazvaných dle strategických terapeutických cílů – „4 I“ : inventura, informace, iniciativa, idea (Frouzová, 1997).

1) *Inventura* – Po základním zklidnění, kterého je často třeba a po zastavení hraní je třeba zjistit pacientovu objektivní i subjektivní životní situaci – hlavně v práci, rodině, financích a ve svém zdraví (někdy však tato fáze předchází zastavení hraní, je spíše motivačním procesem, po kterém teprve pak dochází k aplikaci postupů, které jedinci pomohou přestat s hraním). Je třeba, aby jedinec pracoval na plném zvědomění svého hráčského problému a aby jasně zformuloval naléhavost změny, o které by měla být udělána smlouva týkající se procesu údravy. V této smlouvě by mělo být jasné pacientovo rozhodnutí pracovat na změně a jeho motivace k ní.

2) *Informace* – V této fázi by měl nemocný získat všechny informace, které potřebuje pro svoji změnu. Problémem je ale jeho negativismus, který znemožňuje adekvátní zpracování informací a je třeba aplikovat celý léčebný systém, aby nemocný dokázal tyto informace aplikovat ve své údravě. Pomáhá nácvik uvolnění a zvládnání svých psychických stavů jako stresu, upadání do transových stavů vášně, zlosti či deprese.

3) *Iniciativa* – Pacient již pochopil základní procesy onemocnění. Je si vědom toho, že jde o jeho vlastní problém a že je třeba jeho spolupráce a hlavně iniciativy, aby byl schopen se z problému dostat.

Hlavním programem této fáze je prevence relapsu, který je zaměřen na zvýšení jeho sebekontroly v této oblasti do té míry, že nebude docházet k recidivě. Učíme pacienta řešit efektivněji problémy a pracovat na zkvalitnění svého myšlení a jeho obratu k myšlení pozitivnímu.

Důležitý je nácvik sociálních dovedností, v kterých má pacient obvykle některé typické deficity (komunikace, asertivita, zvládnání krizí v partnerském vztahu) z minulosti nebo které nově potřebuje (nácvik odmítání nabídek na hraní, zvládnání výčitek druhých na jeho chování v minulosti apod.)

4) *Idea* – Pacient, v této fázi spíše již klient (neboť se týká spíše doléčování), se zabývá zkvalitňováním svého nového životního stylu. Vytváří a reflektuje svou identitu. Snaží se porozumět jejímu vývoji a zabývá se možnostmi ovlivnění svého osudu, případně jeho kvalitního naplnění. Pracuje na sebepojetí v rámci rozvoje své profesionální dráhy a svých zájmů. Učí se vytvářet a udržovat intimitu v partnerském vztahu, která spolu s důvěrou obvykle při závislosti bere za své. Učí se svou nově nabytou dovednost komunikovat se svými pocity uplatňovat ve vztahu s blízkými.

Základní části léčby

Celkově léčba gamblingu obsahuje 4 základní části a žádná z nich nemůže při efektivní léčbě chybět: 1) přerušení hraní, 2) změna při zacházení se svými financemi, 3) prevence relapsu a 4) úprava svého životního stylu (Frouzová, 1997):

1) *Přerušení hraní* – stačí někdy omezení dostupnosti (omezení hospitalizací či vyvezením ho na místo, kde nemůže hrát, omezení finančního zdroje), je však vždy lepší, můžeme-li začít s tímto omezením tak jako u jiných závislostí za plného souhlasu pacienta. Již v této fázi bychom v psychoterapii měli pacienta vést k uvědomění si souvislosti mezi svým hraním a nepříznivými životními okolnostmi. Jinou možností je farmakologický způsob zvládnání bažení (Nešpor, op.cit.), např. fluvoxamin (Fevarin) a některé další látky ze skupiny SSRI, je možný používat i naltrexon.

2) *Změna při zacházení se svými financemi* – protože *finanční situace* pacienta a jeho rodiny je obvykle ne-

³ První léčba gamblingu začala v r. 1969 v Ohio, teprve však v r. 1985 začal být publikován první odborný časopis „Journal of Gambling Behavior“. Američti odborníci dělí proces údravy do třech základních fází, tj. fáze kritičnosti, znovuvytváření a růstu.

jakutnějším problémem, je třeba otevřeně informovat zúčastněné o pacientově finanční situaci a naplánovat si rozpočet. Vzhledem k jeho dluhům a časté neschopnosti se svými financemi samostatně konstruktivně nakládat se doporučují v začátku léčby následující kroky (Nešpor, op.cit.):

- zkontaktujte věřitele, požádejte o moratorium na platby, nic neplatte.
- pověřte někoho k převzetí financí
- neproplacené šeky předejte tomu, kdo se stará o vaše finance
- zfekněte se dispozičního práva vkladních knížek, šekových knížek, kreditních karet
- majetek svěřte někomu jinému
- udělejte s druhým plán splácení vašeho dluhu, spolu s adekvátní informací o vašem problému (nebuďte arogantní, sebelitující)
- V případě potřeby napište dopis věřitelům, v kterém je informujete o svém problému, své finanční situaci a o průběhu splácení dluhu.

3) *Prevence relapsu* – používáme obdobných strategií jako u drogově závislých⁴. Nejdůležitějšími strategiemi zvládnání bažení je zpočátku zařadit nedostupnost předmětu bažení a zvládat negativní duševní stavy a silné emoce. Dlouhodobější strategie se opírá o programové, vědomé lpění na pocitu zlepšování a zvýrazňování negativních průvodních jevů gamblingu. V bezpečném terapeutickém rámci stav bažení vyvoláváme s přerušováním podmíněného reflexu tím, že přerušujeme automatismy s tímto stavem spojené. Jednoznačně přínosnou strategií u všech závislostí je úsilí dodržovat denní režim tak, aby docházelo co nejméně ke stavům nečekané únavy a vyčerpání, či naopak nečekaného přílivu energie (např. se doporučuje pít alkohol pouze v malých dávkách v bezpečných prostorách, kde není v té chvíli přístup k hraní, nebo nepít alkohol vůbec), v kterých by nejspíše gambler stav svého bažení nezvládl.

4) *Úprava životního stylu* – pracujeme na tom, aby pacient pochopil, jak obrovská je síla automatismu, a že mu velmi pomůže, když celková změna jeho života k lepšímu i s přehodnocením životních priorit může zásadně přispět k úspěchu léčby. K úpravě životního stylu se vyplácí na základě zkušeností Anonymních Gamblerů přidávat péči o duchovní stav pacienta. Vedeme jej k uvědomění si svých životních hodnot a pomáháme mu zabývat se smyslností svého života a podoby jeho naplnění. Otevíráme spolu s ním vědomí náležitosti k něčemu většímu a jeho vztah k k těmto si-

lám. Vytváříme prostor pro introspekci vývoje své víry a vztahu s lidmi podobně zaměřenými. Vedle transů při hraní přinášíme do diskusí zkušenosti s jinými, pro něho pravděpodobně přínosnějšími změnami stavy vědomí. Nejvhodnější formou léčby se zatím jeví kombinace individuální a skupinové psychoterapie.

Programy pro bližní gamblerů

Bližní gamblera jsou často iniciátoři prvního kontaktu, při které si často jen uvědomují, že se s jejich partnerem něco děje. Protože jejich nejistota způsobuje odkládání návštěvy odborníka a přitom včasná intervence je velmi důležitá, vyvinuli jsme anketu „podivného chování“, která pomáhá odlišit gamblerství od nevěry a workaholismu (Frouzová 1997a – viz *Příloha*).

Velmi častá *chyba u bližních gamblerů* je podcenění hloubky a rozsáhlosti problému. Obvykle se spokojí s jednou konzultací u odborníka, rychle najdou peníze na splácení gamblerových dluhů, vymámi z něho slib nehraní a žijí nějaký čas v popření pokračujícího gamblingu. Pravidelně a opakovaně vykupují zastavené věci z bytu, které opět dají na stejné místo. Z praxe není výjimkou, že v několika dnech jsou schopni své chování zopakovat u stejného předmětu dokonce i třikrát, protože mají pocit, že když nechají tyto věci v bytě volně ležet, že se gambler na nich nacvičí je nebrat. Teprve po opakujícím se neúspěchu a hlavně po vyčerpání všech svých finančních rezerv (sledujeme-li pokračování vysávání finančních zdrojů v přibuzenstvu a u známých, můžeme mluvit o symptomu jakéhosi „vysavače“, který trvá dokud jsou ve společenství nějaké finanční možnosti) přichází k odborníkovi s představou delší terapeutické intervence. Po počátečním zlepšení však opět přerušují léčbu a přebírají kontrolu nad procesem sami dle svého uvážení. Někdy ji dokonce naivně delegují na gamblera s představou, že mu jejich důvěra pomůže k nehraní. Doporučení, která se týká převzetí vedení finančního managementu rodiny, ženy často ignorují, neboť při obecně převládající nadvládě mužů ve společnosti jim přijde nemožné takto svého partnera ponižovat a i ony samy se takovému počinání brání proto, že si pak přestávají svého partnera vážit. Další chybou, která plyne často ze strachu z ostudy, je snaha, aby se informace o problému co nejméně šířila a za tím účelem podlehnou lhaní podobně jako sám gambler. Je proto velmi důležité hned v prvním kontaktu blízkému zdůraznit, jak významným faktorem v gamblerství lhaní je a upozornit jej na důležitost začít s postupným odbouráváním lhaní v rodině obecně.

⁴ Viz Kuda, kapitola 7/5, Relaps a prevence relapsu.

U dospívajících gamblerů rodiče často reagují nedůslednou výchovou (nejkřiklavějším příkladem je pokračování v dávání kapesného, které vždy dotýčný vloží do hry), při které dochází k rozkolu mezi rodiči. To způsobuje, že dospívajícímu se daří úspěšně manipulovat rodinnými členy velmi dlouho, než oni sami pochopí podstatu problému a objeví se u odborníka. I pak musíme počítat díky rozkolu mezi rodiči s určitými sabotážemi terapeutického procesu v rámci vyřizování si partnerských problémů. Často je právě tento rozkol příčinou ukončení léčby, neboť paradoxně pak problém gamblerské dítěte je něčím, co ještě drží rodinu pohromadě.

Sex se v partnerství s gamblerem v první fázi velmi horší, neboť obvykle je symptomem interpersonálních konfliktů a na určitou dobu se zcela vytrácí. Tak, jak s postupující nemocí se partner od gamblera odděluje existenčně (např. zrušení společného vlastnictví) i emočně, sex začíná paradoxně fungovat bezproblémově, neboť plní biologickou funkci dvou gamblerství osamělých lidí. Při léčbě je proto třeba si být vědom těchto fází a toho, že klienti jsou obvykle velmi nejednotní ve svém chování a funkce sexu a počítat s tím, že při uzdravném procesu dochází právě v této oblasti nejčastěji ke zcela neuvědomovaným sabotážím terapie.

Závěr

Jedním z faktorů gamblingu je snížená schopnost zvládat svůj život z hlediska financí. V tomto ohledu se životy těchto lidí podobají kompulsivním dlužníkům či kompulsivním nakupujícím. Zaměříme-li pozornost u gamblingu na kompulsivitu jako takovou, můžeme mluvit nejspíše o jakémsi boomu takového chování v posledních desetiletích a hledat, co je společným jmenovatelem. Při velkém zobecnění můžeme popsat toto chování jako neúměrný růst jednoho programu na úkor druhých do té míry, že je schopen vyřadit životně důležité programy a tak nakonec zničit celý organismus včetně sebe samého. Na úrovni tělesné v posledních desetiletích zaznamenáváme neustálý růst podobného chování rakovinové buňky. Je otázkou, zda se na úrovni naší civilizace neblížíme potřebě objevu určitého obecně formulovaného algoritmu jakési harmonie, jehož porušení je možné včas zaznamenat a adekvátněji intervenovat, bez potřeby léčby.

Summary

Gamblers and Gambling

Pathological gambling is defined as a disorder which consists of frequent, repeated episodes of gambling that dominate the individual life to the detriment of the social, occupational, material and family values and commitments. The author presents an overview on characteristics of this disorder, diagnostic criteria by DSM-IV and ICD-10, and a consideration of factors and background. As typical phases of the gambling development the following are described: the gain phase, the loss phase, and the despair phase. Further, on the

basis of her own professional experience, the author summarises the therapeutic approaches and phases of treatment: 1) quitting the gambling, 2) change of personal financial management, 3) relapse prevention, 4) lifestyle change. Many approaches are similar to the approaches to drug addicts. Finally, the author pays her attention to the gambler family members, she presents the characteristics of their problems and the principles of supportive treatment.

Key words: family members – financial management – gambling – phases of gambling – treatment of gambling

Literatura

- American Psychiatric Association: DSM-IV – Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition). APA, Washington, 1994.
- Beattie M.: Codependent no more. Harper/Hazelden Foundation. Harper and Row, New York, 1987
- Carnes P. Out of the shadows. CompCare, 1983
- Frouzová M.: Gambling a jeho léčba. Přednáška na AT konferenci, Jemnice, 1997
- Frouzová M.: Dotazníky týkající se závislosti. Bulletin Skálova institutu, Skálův institut, Praha, 1997
- Hodgson R., Miller P.: Self-watching. Addiction, habits, compulsions: Chat to do about them. Facto on Fille Publ., New York, 1982
- Miller W. R., Zweben A., DiClemente C. C., Ryherik R. G.: Motivation enhancement therapy manual. NIA-AAA, Maryland, 1992
- Nešpor K.: Jak překonat problém s hazardní hrou. Sportpropag, Praha 1996
- Schaefer A. W.: Escape form intimacy. Harper and Row, New York, 1989
- Yoder B.: The Recovery Resource Book. Fireside, Simon and Schuster Building, New York, 1990

1. Chodí domů velmi pozdě nebo k ránu a vede formální dialog, je-li k tomu přinucen.
2. Uzavírá se v pokoji, sleduje nenáročné TV programy.
3. Má hypochondrické projevy, tlačí rodinu do péče o něho.
4. Jezdí na služební cesty přes víkend.
5. Chodí domů velmi pozdě a neustále mluví o práci.
6. Je-li doma, snaží se o intenzivní program pro rodinu či děti.
7. Sex doznává změn, značné výkyvy.
8. Je nervózní, když je s rodinou někde bez přístupu na telefon či internet.
9. Přestává platit běžné měsíční platby a nepravidelně přispívá na domácnost.
10. Sex se vytrácí, málo dbá na svůj vzhled.
11. Chodí domů k ránu, není opilý, přitom jeho nálada velmi kolísá.
12. Má megalomanské sny (zahraniční dovolená, dům apod.), aniž by tomu odpovídaly jeho finanční možnosti.
13. Opakovaně se objevují nevysvětlitelné ztráty, krádeže či náhodná přepadení (v den výplaty).
14. Slibuje více, ale plní sliby daleko méně než kdy předtím.
15. Napadá slovně, vyčítá, vyvolává konflikty, přehodnocuje dosavadní rodinné události.
16. Sex se vytrácí, hodně si stěžuje na příliš mnoho práce, věnuje pozornost svému vzhledu.
17. Duchem nepřítomný, apatický.
18. Nervózní, na běžné problémy v rodině reaguje křikem, nutí ostatní, aby se o věci starali a poskytuje na ně finance.
19. Je lakomý, přitom peníze má.
20. Má stavy několikahodinových depresí, pláče, ale popírá svůj stav.

Číslo vět odpovídající spíše:

- nevěře: 1, 4, 6, 15, 16, 19
- workaholismu: 3, 5, 7, 8, 18
- gamblersství: 2, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 20

Frouzová M.: Dotazníky týkající se závislosti. Bulletin Skálava institutu, Skálův institut, Praha, 1997