

Basic Characteristics of Substance-addicted Patients' Primary Families in Comparison with a Control Group



KUKLOVÁ, M.

Červený Dvůr Psychiatric Hospital, Czech Republic

Citation: Kuklová, M. (2012). Srovnání základních charakteristik původních rodin pacientů závislých na návykových látkách s kontrolní skupinou. *Adiktologie*, (12)4, 312–322.

OBJECTIVES: *This retrospective investigation compared the characteristics of the primary families of patients diagnosed with drug or alcohol addiction and the primary families of people who do not suffer from this condition. The research focused on six specific family-related areas: family completeness and material resources, the quality of emotional relationships, parenting styles and methods, CAN syndrome, lifestyle and interest in the child, and the rate of substance addiction among other members of the families under study. **METHODS AND RESULTS:** Quantitative research comparing a group of addicted clients with a group of people without an addiction. The group of addicted clients comprised 101 members and the group of people without an addiction had 56 members. The research was performed by means of a questionnaire investigation. The level of significant difference was 5%. The results confirmed the hypothesis that the primary family has an important influence on the development of a child and the dysfunctioning*

*of the family may be one of the risk factors for the development of substance addiction. The research identified several key areas in which the group of addicted patients and the group of people without an addiction showed dramatic differences and may thus be considered significant. They included: incompleteness of families and the absence of male role models, being raised by the mother only, poorer quality of emotional relationships, higher rates of physical, psychological, and sexual violence in families, a higher rate of occurrence of substance addiction among the next of kin, and the more frequent use of corporal punishment. **DISCUSSION:** The dysfunctioning of the primary family may be one of the risk factors for substance addiction, although there are many other areas that have an impact on this process (such as peer groups, society, genetic factors, lifestyle, the vulnerability and temperament of each personality, the availability of both legal and illegal drugs, and individual protective factors).*

KEY WORDS: SUBSTANCE ADDICTION – PRIMARY FAMILY – QUANTITATIVE RESEARCH – QUESTIONNAIRE INVESTIGATION – COMPARISON OF STUDY AND CONTROL GROUPS

Submitted: 10 / JULY / 2011

Accepted: 5 / NOVEMBER / 2012

Address for correspondence: Marie Kuklová, MD / kuklova.dr@seznam.cz / Červený Dvůr Psychiatric Hospital, Červený Dvůr 1, 381 01 Český Krumlov, Czech Republic

Srovnání základních charakteristik původních rodin pacientů závislých na návykových látkách s kontrolní skupinou



KUKLOVÁ, M.

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr

Citace: Kuklová, M. (2012). Srovnání základních charakteristik původních rodin pacientů závislých na návykových látkách s kontrolní skupinou. *Adiktologie*, (12)4, 312–322.

VÝCHODISKA: Výzkumné retrospektivní šetření se zabývalo srovnáním charakteristik původních rodin pacientů s diagnostikovaným syndromem závislosti na návykových látkách, eventuálně syndromem patologického hráčství, s původními rodinami kontrolní skupiny respondentů, u kterých se syndrom závislosti v dospělém věku nevyskytuje. Výzkum zahrnoval šest základních oblastí týkajících se rodiny: úplnost rodiny a její ekonomické zajištění, kvalitu citových vztahů, styl výchovy a prostředky k ní používané, výskyt psychického nebo fyzického týrání včetně sexuálního zneužívání v rodinách, zájem o dítě a životní styl a konečně výskyt závislosti u ostatních členů rodiny. **METODY A VÝSLEDKY:** Výzkum byl proveden anonymním dotazníkovým šetřením a vyhodnocen kvantitativně. Srovnání bylo provedeno mezi kontrolní a výzkumnou skupinou, přičemž za významný byl považován rozdíl 5 % a vyšší. Výzkumná skupina sestávala ze 101 a kontrolní skupina z 56 respondentů. Výsledky výzkumu potvrdily základní hypotézu, že původní rodina má zásadní vliv na vývoj dítěte a její dysfunkce může být jedním z rizikových faktorů pro vznik a rozvoj závislosti na návykových látkách.

Výzkum odhalil několik základních oblastí, ve kterých se obě skupiny významně lišily a které by tedy mohly být pokládány za významné: primární rodiny u závislých byly oproti kontrolní skupině významně častěji neúplné, většinou s chyběním mužského vzoru a výraznou dominancí matky. V rodinách se též významně častěji vyskytovala závislost u rodičů, prarodičů a blízkých příbuzných. Citové vztahy v těchto rodinách byly významně častěji chladné s vyšší frekvencí fyzických trestů ve výchově a chyběním vyjádření něžných citů fyzickou formou. Současně se v těchto rodinách významně častěji vyskytovaly různé formy psychického a fyzického násilí, včetně sexuálního zneužívání. **DISKUSE:** Dysfunkce původní rodiny může být jedním z rizikových faktorů vzniku a rozvoje závislosti na návykových látkách, nicméně existují další významné oblasti, které tento proces ovlivňují, jako například: vrstevnické skupiny, genetické faktory, psychická vulnerabilita a temperament jedince, dostupnost návykových látek, platná legislativa, životní styl, protektivní faktory jedince.

KLÍČOVÁ SLOVA: PRIMÁRNÍ RODINA – SYNDROM ZÁVISLOSTI – KVANTITATIVNÍ VÝZKUM – DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ – SROVNÁNÍ ZKOUMANÉ A KONTROLNÍ SKUPINY

Došlo do redakce: 10 / ČERVENEC / 2011

Přijato k tisku: 5 / LISTOPAD / 2012

Korespondenční adresa: MUDr. Marie Kuklová / kuklova.dr@seznam.cz / Psychiatrická léčebna Červený Dvůr, Červený Dvůr 1, 381 01 Český Krumlov

● 1 VÝCHODISKA

Rodina je definována jako základní buňka společnosti, která má ústřední vliv na člověka. V současné době se jedná především o nukleární typ rodiny tvořený párem rodičů a dětmi (Sobotková, 2001). Původní, tedy orientační rodina poskytuje dítěti nejen základní sociální zkušenost, ale současně na základě její kvality formuje jeho vztah k sobě samému, tedy jeho sebehodnotu. Z původní rodiny si dítě do života odnáší přesvědčení o dobré či zlé povaze světa a pocit základní důvěry či nedůvěry k sobě, světu a ostatním lidem. Na základě zkušeností z rodiny orientační buduje člověk v dospělosti rodinu vlastní, tzv. prokreační (Vágnerová, 2004).

Z hlediska pozdějšího vývoje syndromu závislosti na návykových látkách se považuje za významné několik oblastí ve fungování rodiny. První z nich je úplnost, či neúplnost rodiny a z toho vyplývající přítomnost, či chybění kvalitních rodičovských vzorů, ať se již jedná o matku jako nositelku emočního zázemí v rodině, nebo otce jako tradičního nositele racionality, řádu a pravidel v rodině (Vymětal, 1994). Pokud se dotkneme vzorů patologických, v našem případě tedy rodičů trpících závislostí na návykových látkách, tak za silnější identifikační vzor patologického chování pro dítě se pokládá závislá matka, oproti tomu závislý otec je případem výrazně častějším (Doelen et al., 2007). Vzhledem k časté výchově pouze matkou se dítě často ve výchově setkává pouze s reakcemi milující matky, aniž by zažilo korektivní působení otce. To může následně vést k nedostatečnému kontaktu dítěte s realitou.

Další významnou oblastí jsou citové vztahy v rodině. Pokud rodina naplňuje dobře svoje bazální funkce a poskytuje kvalitní citové zázemí pro dítě, stává se dobrým základem pro vývoj osobnosti jedince a vytváří stabilní platformu pro jeho další fungování v životě a vztazích včetně zvládání stresové zátěže. Naopak rodina dysfunkční se může negativně ve vývoji dítěte v různé míře projevit. Pokud se dítě necítí v rodině dostatečně bezpečné, nemá k dispozici dostatečně pevnou citovou vazbu k matce nebo jiné zástupné osobě, necítí se cenné a láskyhodné pro ostatní členy rodiny, není dostatečně oceňováno a akceptováno, dochází u něj k narušení pocitu sebelásky, sebeúcty a má obvykle potíže s přijetím sebe sama i ostatních. Takový jedinec považuje svět spíše za nebezpečné místo a ostatními lidmi se cítí spíše ohrožen, což značně komplikuje jeho pozdější zařazení do společnosti. Jako kompenzace pocitu ohrožení se může objevit například agresivita, sklon k užívání psychoaktivních látek nebo jiné sociálně patologické jevy. Pokud i v pozdějším věku převládá ve výchově spíše kritický přístup než podpora, dochází u dítěte k dalšímu deformování pocitu sebedůvěry, jeho častějšímu selhávání v náročných situacích a tím k další stresové zátěži.

V případech fyzického či psychického týrání dítěte včetně sexuálního zneužívání v rodině (CAN syndrom) dochází k těžkému poškození vývoje osobnosti dítěte, a to především

v emoční oblasti. Dítě je těžce traumatizováno a jeho vývoj je významně ohrožen. Následkem je často citová deprivace dítěte, jeho větší psychická vulnerabilita, nedostatečná sebedůvěra a sebeúcta, problémy v navazování blízkých vztahů, hostilita, agresivita a vyšší výskyt sociálně patologických jevů včetně zneužívání psychoaktivních látek jako cesty vyrovnávání se s traumatem. Častá je též psychiatrická komorbidita (poruchy osobnosti, panická porucha, post-traumatická stresová porucha aj.) včetně suicidiálního jednání u takto postižených dětí. Dle americké studie (Meade et al., 2009) zabývající se vlivem fyzického a sexuálního zneužívání dětí na jejich pozdější rizikové chování (sexuální promiskuita, HIV, návykové látky) není však zážitek nějaké formy zneužívání v dětství přímým prediktivním faktorem pro pozdější častější zneužívání návykových látek. Spíše se zdá, že zneužití v dětství je významným rizikovým faktorem pro další traumatizaci sexuálním nebo fyzickým násilím v dospělosti. To se posléze stává příčinou zneužívání návykových látek a dalšího rizikového chování (prostituce, promiskuita, pohlavní infekce apod.) u postižených jedinců.

Podobně hodnotí situaci i Kudrle (2003), který dává počátek zneužívání návykových látek do souvislosti s obdobím puberty a dospívání, kdy se oslabuje integrativní funkce ega a do vědomí prostupují dosud potlačené či disociované traumatické zážitky z minulosti. Dospívající náhle zažívá pocit ztráty kontroly nad svým prožíváním a hledá způsob, jak bolestné prožitky z minulosti potlačit ještě důrazněji, tehdy přicházejí psychoaktivní látky se svojí schopností otupit přirozené emoce a nastolit alespoň dočasně pocit pseudokontroly nad situací a prožíváním. Později však dochází k opětné traumatizaci závislého jedince životem se závislostí (násilí, problematické intimní vztahy, kriminalita, i.v. aplikace drog apod.) a tím k potvrzení původního přesvědčení jedince o negativní povaze světa. Kruh traumatu, závislosti a retraumatizace životem se závislostí se tím uzavírá.

Další oblastí důležitou pro vývoj dítěte v rodině je způsob výchovy a volba výchovných prostředků. Je důležité se zmínit, že v současné době se za optimální přístup k výchově v rodině považuje styl demokratický, který ctí individualitu dítěte při současném zachování autority rodiče. Styl autoritativní oproti tomu zdůrazňuje poslušnost autoritě a styl liberální naopak svobodu rozhodování dítěte bez ohledu na jeho reálné kompetence, minimální požadavky na něj kladené a nedostatečnou zpětnou kontrolu.

Výchovné prostředky by vždy měly být voleny adekvátně k věku dítěte. Od převažující výchovy odměnou a trestem v nižším věku dítěte přes kontinuální výchovu napodobováním vzorů až po ve vyšším věku převažující výchovu vysvětlením. Co se týče výchovných prostředků, je třeba se zmínit o používání fyzických trestů. Oproti všeobecně rozšířenému názoru, že fyzické tresty zvyšují frustrační kapacitu dítěte

do budoucnosti, opak je pravdou. Časté a kruté tělesné tresty naopak vedou k odchýlnému vývoji osobnosti dítěte, který se manifestuje především oslabením zábran a nedostatečným vývojem vyšších altruistických citů. V praxi mají ti to jedinci problémy s nedostatkem vůle, agresivitou, impulzivitou a snahou o rychlé uspokojení potřeb, což je činí náchylnější nejen ke zneužívání psychoaktivních látek, ale i k dalším sociálně patologickým jevům (Hort, Hrdlička, Kocourková, 2000).

V rodinách závislých se též často setkáváme s nejasně vymezenými nebo chaotickými mezigeneračními hranicemi. Prarodiče často nepřiměřeně zasahují do běhu mladé rodiny. Extrémním případem narušení mezigenerační hranice je sexuální zneužívání dítěte.

Mezi další problémy v rodinách ohrožených závislostí patří nedostatečné nebo naopak excesivní vyjadřování vzteku. Od vzteku jako „zakázané emoce“ ohrožující rodinu rozpadem až po brachiální násilí v rodinách. Často se v rodinách vyskytuje závislost dítěte jako takzvaný žádoucí prvek, který odvádí pozornost například od dlouhodobě neřešených problémů mezi partnery nebo prostě jen oddaluje nebezpečí osamostatnění se dítěte (Hajný, 2003). V těchto rodinách je též častý výskyt syndromu závislosti u dalších členů rodiny, kteří se stávají patologickými identifikačními vzory pro dítě. Dle výzkumu zabývajícího se zneužíváním alkoholu v adolescenci a časně dospělosti (Doelen et al., 2007) má větší prediktivní hodnotu z hlediska negativního ovlivnění vývoje dítěte alkoholismus matky než otce, ale je méně častý. Studie též říká, že genetické faktory ovlivňují spíše časnější start užívání alkoholu, později se oslabují a vzrůstá vliv faktorů prostředí, a to především vrstevnické skupiny.

Mezi protektivní faktory z hlediska rizika vzniku závislosti můžeme naopak zařadit dostatečnou a věkově přiměřenou pozornost rodičů, kvalitní citové vazby v rodině, rozvíjení kvalitních zájmů dítěte, pravidelnou sportovní aktivitu, bezpečné prostředí pro trávení volného času. Důležité je též přiměřené zatížení dítěte, jeho oceňování a podpora při respektování jeho reálných možností. Rodiče by měli v rodině fungovat též jako vzor pro chování k návykovým látkám, ale i například pro chování společenské včetně výběru kvalitních přátel a kvalitního trávení volného času. Dítě napodobuje jak způsob chování a komunikace mezi partnery, tak způsob zvládání konfliktů a problémových situací. Výrazný je též význam vrstevnické skupiny, se kterou se dítě identifikuje, její hodnoty, životní styl jejích členů a postoj k návykovým látkám (Nešpor, 2001).

● 2 CÍLE VÝZKUMU A ZÁKLADNÍ HYPOTÉZA

Výzkum byl zaměřen na srovnání charakteristik původních rodin pacientů se závislostí na návykových látkách s kontrolní skupinou rodin, kde syndrom závislosti u dětí v těchto rodinách vychovávaných nevznikl.

Cílem výzkumu bylo srovnat jednotlivé znaky původních rodin respondentů ve výzkumném a kontrolním vzorku a identifikovat oblasti významné pro vznik a rozvoj závislosti na návykových látkách a eventuálně i faktory v této oblasti protektivní.

Základní hypotéza: Původní rodina významně ovlivňuje svými různými aspekty pravděpodobnost vzniku a rozvoje závislosti u dětí v ní vychovávaných.

Mezi specificky zkoumané oblasti v rodině patřily: (specifické hypotézy pro jednotlivé oblasti):

- 1/ **Úplnost rodiny:** Závislí klienti častěji vyrůstali v neúplných rodinách.
- 2/ **Materiální zabezpečení:** Závislí klienti vyrůstali v horších materiálních podmínkách.
- 3/ **Kvalita citových vztahů v rodině:** Citové vztahy v rodinách závislých klientů byly méně kvalitní.
- 4/ **Styl výchovy včetně převládajících výchovných prostředků:** V rodinách závislých klientů převládal autoritativní styl výchovy, byly častěji užívány fyzické tresty, převládala kritika a byl kladen nadměrný význam školnímu prospěchu.
- 5/ **Výskyt týrání a zneužívání v dětství:** V rodinách závislých klientů se častěji vyskytovalo fyzické, psychické a sexuální násilí.
- 6/ **Životní styl včetně zájmu rodičů o dítě:** Rodiče závislých klientů se nevěnovali svým dětem dostatečně.
- 7/ **Výskyt závislosti u členů rodiny:** V rodinách závislých klientů se častěji vyskytovali závislí rodiče a příbuzní.

● 3 METODIKA

Jednalo se o výzkumné šetření ex post facto provedené dotazníkovou metodou ve výzkumné a kontrolní skupině (popisně explanační typ výzkumu) v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr v lednu 2010 u všech aktuálně hospitalizovaných dospělých pacientů s diagnostikovaným syndromem závislosti na návykové látce nebo jejich kombinaci (alkohol, opiáty, psychostimulancia, BZD, syndrom patologického hráčství). Počet respondentů ve výzkumné skupině byl 101. Kontrolní skupina byla vytvořena z dospělých pacientů aktuálně hospitalizovaných v nemocnici v Českém Krumlově na třech různých odděleních (interní, chirurgie, oddělení následné péče). Počet respondentů v kontrolní skupině byl 56.

Nezávisle proměnná: přítomnost nebo nepřítomnost syndromu závislosti u jedince.

Závisle proměnné: úplnost rodiny, kvalita citových vztahů, styl výchovy, přítomnost nebo nepřítomnost týrání a zneužívání dítěte, materiální zabezpečení, zájem rodičů o dítě, životní styl.

Srovnání probíhalo především mezi kontrolní a zkoumanou skupinou a mezi pohlavími. Za významný rozdíl byla považována hodnota 5 %. (Vztahy jednotlivých závislých proměnných s věkovými skupinami a hlavními typy závis-

Tabulka 1 / Table 1

Základní charakteristika výzkumné skupiny (M. Kuklová)

Basic characteristics of the study group (M. Kuklová)

Výzkumná skupina		n	%
Pohlaví respondentů	Muži	73	72 %
	Ženy	28	28 %
Věk	18–30	54	54 %
	31–45	36	36 %
	46–59	11	10 %
	60 a více	0	0 %
Typ závislosti	Alkohol	28	28 %
	Stimulancia	33	32 %
	Opiáty	8	8 %
	BZD	6	6 %
	Směšená	26	26 %
Celkem		101	100 %

losti vzhledem k omezeným počtům respondentů v jednotlivých skupinách vyhodnocovány nebyly.)

Výběr vzorku byl úplný a byl proveden s důrazem na co největší variabilitu nezávislé proměnné (přítomnost či nepřítomnost závislosti u dítěte v rodině vychovávaného). Jednalo se tedy spíše o výběr účelový než reprezentativní. Nicméně základní variabilita skupin, co se týče věku a pohlaví, zůstala zachována. Byli osloveni všichni aktuálně hospitalizovaní pacienti v PL Červený Dvůr i pacienti výše uvedených oddělení Nemocnice Český Krumlov.

Dotazník: Výzkumné šetření bylo realizováno dotazníkovou metodou. Jednalo se o nově vytvořený dotazník čítající 23 otázek opatřený průvodním dopisem ohledně autora, účelu a cíle výzkumného šetření. Obsahoval též instrukce ohledně způsobu vyplnění. Dotazník byl distribuován osobně s možností klást jakékoli dotazy v rámci snahy o zvýšení motivace respondentů k jeho pravdivému vyplnění a tím zvýšení validity a reliability výzkumu. Dotazník byl anonymní, sestavený z uzavřených otázek, ať již kategoriálních, nebo škálových. Otevřené otázky sloužily pouze k doplnění neuvedených variant odpovědí. Před realizací výzkumu byla provedena pilotní studie čítající 10 pacientů a dotazník byl ve sporných částech přepracován (srozumitelnost a jednoznačnost otázek i odpovědí, komplexnost pokrytí dané oblasti výzkumnými otázkami, dostatečný počet variant odpovědí u kategoriálních otázek a dostatečná šíře možnosti odpovědí u otázek škálových). V dotazníku pro kontrolní skupinu byla uvedena otázka vylučující aktuální abusus návykových látek, na základě které byly během hodnocení dva dotazníky z kontrolní skupiny vyřazeny. (Formulace vyrazující dotazníkové otázky pro kontrolní skupinu: *Máte aktuálně problémy s nadměrným pitím alkoholu, užíváním uklidňujících léků / Diazepam, Neurol, Le-*

xaurin atp. /, nebo nelegálních drog / marihuana, pervitin, heroin,...)? Ano / Ne.)

Návratnost dotazníků ve výzkumném vzorku byla 94 %, v kontrolním vzorku 75 %.

● 3 / 1 Základní charakteristika zkoumaného vzorku

Muži a ženy starší 18 let (N 101) s diagnostikovaným syndromem závislosti na návykové látce (opioidy, pervitin, alkohol, BZD, polymorfni závislost), eventuálně se základní diagnózou syndromu patologického hráčství, aktuálně v době administrace a sběru dotazníků hospitalizovaní v PL Červený Dvůr. Pohlavní rozložení: 72 % mužů (N 73), 28 % žen (N 28). Věkové složení: 90 % respondentů výzkumné skupiny ve věkové skupině 18–45 let. (Tabulka 1.)

● 3 / 2 Základní charakteristika kontrolního vzorku

Všichni muži a ženy starší 18 let (N 56) bez aktuálních problémů s návykovými látkami hospitalizovaní v době administrace a sběru dotazníků na třech různých odděleních (interní, chirurgie, oddělení následné péče) Nemocnice Český Krumlov. Věkové rozložení: 64 % respondentů kontrolní skupiny bylo starších 46 let. Co se týče pohlaví, bylo ve skupině 46 % mužů (N 26) a 54 % žen (N 30). (Tabulka 2.)

Analýza dat: Výzkum byl vyhodnocován kvantitativně. Získané údaje byly zpracovány metodami základní popisné statistiky. Vyhodnoceny byly odděleně pro oba zkoumané vzorky a poté bylo provedeno jejich srovnání, přičemž za významný rozdíl byla považována hodnota 5 %. Uvnitř jednotlivých vzorků bylo následně u několika otázek provedeno srovnání obou pohlaví. U některých otázek byly zvlášť

Tabulka 2 / Table 2

Základní charakteristika kontrolní skupiny (M. Kuklová)
Basic characteristics of the control group (M. Kuklová)

Kontrolní skupina		n	%
Pohlaví respondentů	Muži	26	46 %
	Ženy	30	54 %
Věk	18–30	10	18 %
	31–45	10	18 %
	46–59	15	27 %
	60 a více	21	37 %
Celkem		56	100 %

porovnávány ženy kontrolní a zkoumané skupiny nebo muži zkoumané a kontrolní skupiny.

Etická komise proběhla v prosinci 2009 v PL Červený Dvůr. V Nemocnici Český Krumlov byl dotazník posouzen před jeho administrací právníčkou nemocnice.

● 4 VÝSLEDKY

Vzhledem k rozsahu výzkumného šetření budou uvedena pouze nejvýznamnější fakta v jednotlivých zkoumaných oblastech.

Co se týče úplnosti rodiny, bylo zjištěno, že v úplné rodině vyrůstalo v období dětství a puberty 63 % (N 64) závislých klientů a klientek. V kontrolní skupině (KS) se jednalo o 92 % (N 52) respondentů. Zajímavý byl i fakt, že zatímco 20 % (N 20) závislých pacientů bylo vychováváno pouze matkou, v kontrolní skupině se jednalo pouze o 4 % (N 2) respondentů. Ještě výraznější byl rozdíl při srovnání skupin žen, kdy žádná žena z kontrolní skupiny nebyla vychovávána pouze matkou a ve skupině výzkumné se jednalo o 39 % (N 11) závislých žen. (Tabulka 3, tabulka 4.)

Tabulka 3 / Table 3

Úplnost rodiny – výzkumná skupina (M. Kuklová)
Family completeness – study group (M. Kuklová)

Výzkumná skupina	n	%
Úplná rodina	64	63 %
S matkou	20	20 %
S otcem	5	5 %
Střídavá péče	3	3 %
Jinak	9	9 %
Celkem	101	100 %

Legenda: úplná rodina – klient vyrůstal v době dětství a dospívání v úplné rodině. S matkou/S otcem: vyrůstal pouze s matkou nebo otcem. Střídavá péče rodičů, Jinak – výchova prarodiči, dětský domov, adopce apod.

Legend: Complete family – as a child and adolescent, the client grew up in a complete family. With mother/with father: the client grew up with his/her mother or father only. Alternating child care, Other – child in the care of his/her grandparents, children's home, adoption, etc.

V otázce materiálního zabezpečení rodiny se obě skupiny příliš nelišily. 98 % (N 93) závislých klientů a 93 % (N 52) respondentů kontrolní skupiny považovalo materiální úroveň v rodině za dobrou až velmi dobrou. Dokonce větší procento závislých pacientů (80 % oproti 57 % v kontrolní skupině) považovalo materiální úroveň v původní rodině za velmi dobrou. Tento fakt může souviset jak s věkovým složením skupin, tak se zkresleným zpětným hodnocením závislých klientů na základě prožitků materiálního nedostatku během závislosti.

Co se týče dominance rodičů v rodině, je znatelný vzestup dominance otce v kontrolní skupině na 40 % (N 22) oproti 30 % (N 30) u závislých klientů a adekvátní pokles dominance matky v kontrolní skupině o 8 %. Zajímavé je opět srovnání skupin žen, kdy u závislých klientek je dominance matky uváděna 2x častěji (46 %) než u žen kontrolní skupiny (23 %).

Vnější zásah do nukleární rodiny především ze strany rodičů matky uvádí o 6 % více závislých klientů než respondentů kontrolní skupiny. U závislých žen je tento rozdíl oproti kontrolní skupině žen 28 %.

V oblasti kvality citových vztahů hodnotí 16 % (N 16) závislých klientů vztahy v původní rodině jako chladné až

Tabulka 4 / Table 4

Úplnost rodiny – kontrolní skupina (M. Kuklová)
Family completeness – control group (M. Kuklová)

Kontrolní skupina	n	%
Úplná rodina	52	92 %
S matkou	2	4 %
Jinak	2	4 %
Celkem	56	100 %

Legenda: úplná rodina – klient vyrůstal v době dětství a dospívání v úplné rodině. S matkou: vyrůstal pouze s matkou. Jinak – výchova prarodiči, dětský domov, adopce apod.

Legend: Complete family – as a child and adolescent, the client grew up in a complete family. With mother: the client grew up with his/her mother only. Other – child in the care of his/her grandparents, children's home, adoption, etc.

velmi chladné oproti pouze 4 % (N 2) respondentů v kontrolní skupině, kde nebyla kategorie velmi chladné vztahy vůbec uvedena. Při srovnání žen je rozdíl 18 %. Vřelé až velmi vřelé vztahy uvedlo 47 % závislých klientů (N 46) a 57 % (N 31) respondentů kontrolní skupiny.

Co se týče spokojenosti s vyjadřováním něžných citů fyzickou formou (pohlazení, pochování, mazlení, apod.), byla shledána výraznější spokojenost s jeho mírou v kontrolní skupině (73 %, N 40) oproti pouze 56 % (N 55) spokojených závislých klientů. Oproti závislým klientům, kdy 16 % (N 16) z nich nebyly něžné city touto formou vyjadřovány vůbec, v kontrolní skupině se jednalo pouze o 5 % (N 3) respondentů.

Nejvýznamnější citovou vazbu k matce udává 44 % (N 43) závislých klientů oproti 30 % (N 17) v kontrolní skupině. Stejnou citovou vazbu k oběma rodičům udává 38 % (N 37) závislých klientů. V kontrolní skupině vidíme nárůst na 61 % (N 34). Ve skupině závislých žen dominuje nejvýznamnější vazba k matce (48 %) oproti ženám v KS (30 %). Pokles ve frekvenci nejvýznamnější citové vazby k matce je při srovnání skupin mužů 12 % v KS. Současně vidíme nárůst o 28 % ve frekvenci odpovědi stejná citová vazba k oběma rodičům.

V oblasti stylu výchovy v rodině v obou skupinách dominuje styl demokratický (pozn: v dotazníku byl každý výchovný styl podrobně popsán a vysvětlen). Ve výzkumné skupině je uveden v 46 % (N 46) a ve skupině kontrolní v 54 % (N 27) odpovědi. Rozdíl byl zaznamenán ve výskytu stylu liberálního, který se u závislých vyskytuje ve 13 % (N 13) a v kontrolní skupině pouze v 6 % (N 3) odpovědi.

Co se týče používání fyzických trestů v rodinách, časté fyzické tresty byly uvedeny v 22 % (N 20) odpovědi závislých klientů a pouze v 7 % (N 4) u kontrolní skupiny. Závislé ženy uvádí časté fyzické tresty v 32 % (N 9) odpovědi oproti 10 % (N 3) žen kontrolní skupiny. U skupiny závislých mužů je nárůst častých fyzických trestů 14 % oproti mužům kontrolní skupiny.

Co se týče důslednosti rodičů ve výchově, 60 % (N 61) závislých klientů a 64 % (N 36) respondentů kontrolní skupiny si myslí, že jejich rodiče byli ve výchově dostatečně důslední.

V oblasti zastoupení kritiky a pochvaly ve výchově si nadpoloviční většina všech respondentů myslí, že kritika a pochvala byla v jejich výchově přítomna vyváženě. Ve výzkumné skupině se jedná o 58 % (N 58) klientů a v kontrolní skupině o 73 % (N 41) klientů. V kontrolní skupině zaznamenáváme jak pokles frekvence výchovy s převažující kritikou (o 11 %), tak pokles frekvence výchovy s převažující pochvalou (o 4 %).

Většina všech respondentů si též myslí, že v jejich výchově byl kladen školnímu prospěchu přiměřený význam. U závislých klientů se jedná o 63 % (N 63), v kontrolní skupině o 77 % (N 42). Malý význam dle odpovědi byl kladen

školnímu prospěchu ve 14 % (N 14) u závislých klientů oproti pouhým 5 % (N 3) v kontrolní skupině. Velmi vysoký význam, kdy byl školní prospěch pokládán za hlavní měřítko úspěchu dítěte, uvedlo 23 % (N 23) závislých klientů a 18 % (N 10) respondentů kontrolní skupiny.

Ve výzkumné skupině 33 % (N 33) závislých klientů uvedlo zkušenost s násilím nebo fyzickým týráním v rodině. Z toho v 15 % (N 15) se jednalo o násilí přímo vůči klientovi a v 18 % (N 18) případů se jednalo o násilí vůči jinému členu rodiny, nejčastěji matce, sourozenci nebo oběma. V 81 % z uvedených případů násilí vůči klientovi byl agresorem otec a ve zbývajících 19 % případů oba rodiče. V kontrolní skupině uvedlo zkušenost s násilím nebo týráním v rodině 13 % (N 7) respondentů.

Časté projevy psychického týrání v rodině (definováno jako opakované vystavení ponižování, zastrašování, odmítání, omezování osobní svobody ze strany dospělé osoby event. opakované vystavení závažným konfliktům nebo násilí v rodině) uvedlo 21 % (N 21) závislých klientů oproti 4 % (N 2) respondentů v kontrolní skupině. Ve skupině závislých žen byla frekvence častých projevů psychického týrání 32 % (N 9) oproti 3 % (N 1) u žen kontrolní skupiny.

Zkušenost se sexuálním zneužíváním v dětství uvedlo 7 % (N 7) závislých klientů, přičemž v 5 % (N 5) se jednalo o zkušenost vlastní a ve 2 % (N 2) byl klient svědkem tohoto chování u sourozence. U závislých žen stoupla frekvence na 11 % (N 3), kdy 7 % (N 2) žen uvedlo vlastní zkušenost a 4 % (N 1) zkušenost u sourozence. V kontrolní skupině se nevyskytla žádná kladná odpověď na tuto otázku.

V oblasti věnované zájmu o dítě a životnímu stylu bylo spokojeno s mírou času, který s nimi trávili rodiče aktivně v dětství 55 % (N 56) závislých klientů a 62 % (N 35) respondentů kontrolní skupiny. Kladnou odpověď na otázku, zda se rodiče zajímali o to, jak a s kým trávili svůj volný čas, uvedlo 78 % (N 79) závislých klientů a 82 % (N 45) respondentů kontrolní skupiny. Co se týče pravidelného sportování, 51 % (N 51) závislých klientů (ve skupině závislých mužů dokonce 56 %) uvedlo, že byli rodiči vedeni k pravidelnému sportování. V kontrolní skupině se jednalo pouze o 31 % (N 17) kladných odpovědi (ve skupině mužů kontrolní skupiny 32 %). K aktivnímu trávení volného času pěstováním zálib a koníčků bylo rodiči vedeno 63 % (N 64) závislých klientů a 62 % (N 36) respondentů kontrolní skupiny.

Poslední zkoumanou oblastí byl výskyt závislosti v rodině. V kontrolní skupině se vyskytovala závislost u ostatních členů rodiny v 22 % a to ve 13 % u otce a v 9 % pouze v širší rodině. Ve skupině zkoumané se vyskytovala závislost u příbuzných v 69 %, a to nejčastěji u otce v 21 %, u otce i matky v 7 %, pouze u matky ve 4 %, u prarodičů v 9 %, pouze v širší rodině u 13 % a v 15 % případů bylo zastoupeno více kategorií (až 4 z výše uvedených). (*Tabulka 5, graf 1, tabulka 6, graf 2.*)

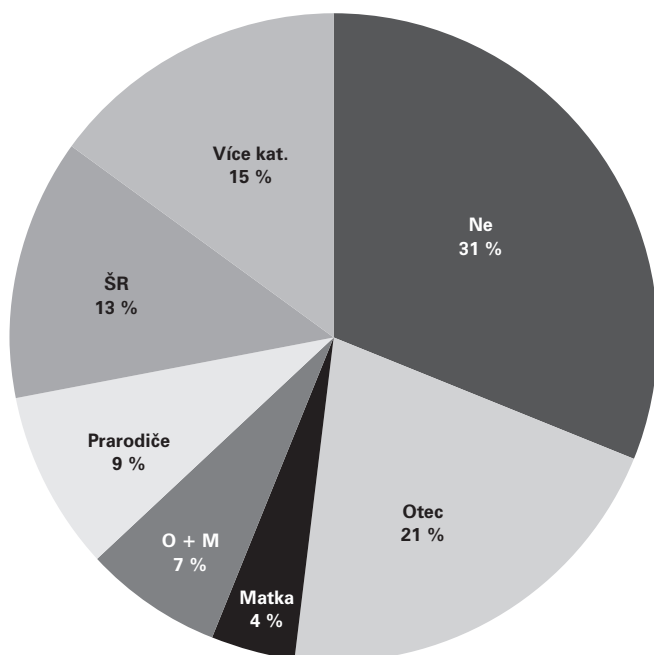
Tabulka 5 / Table 5

Závislost v rodině – výzkumná skupina (M. Kuklová)
Addiction in the family – study group (M. Kuklová)

Výzkumná skupina	n	%
Otec	21	21 %
Matka	4	4 %
Oba rodiče	7	7 %
Prarodiče	9	9 %
Pouze širší rodina	13	13 %
Více kategorií	15	15 %
Nevyskytuje se	32	31 %
Celkem	101	100 %

Legenda: Otec/Matka/Oba rodiče/Prarodiče: závislost se vyskytovala pouze u otce, pouze u matky, u obou rodičů, pouze u prarodičů. Pouze širší rodina: závislost u jiných členů rodiny než výše zmíněných. Více kategorií: závislost se vyskytovala u více z výše uvedených kategorií současně.

Legend: Father/Mother/Both parents/Grandparents: addicted father only, addicted mother only, both parents, grandparents only. Broader family only: addiction in other members of the family than those mentioned above. Multiple categories: addiction experienced in more than one of the above categories.

**Graf 1 / Graph 1**

Závislost v rodině

Procentuální zastoupení jednotlivých kategorií ve skupině závislých

Addiction in the family: study group (M. Kuklová)

Percentage share of different categories

Legenda: Otec/Matka/Oba rodiče/Prarodiče: závislost se vyskytovala pouze u otce, pouze u matky, u obou rodičů, pouze u prarodičů. Pouze širší rodina: závislost u jiných členů rodiny než výše zmíněných. Více kategorií: závislost se vyskytovala u více z výše uvedených kategorií současně.

Legend: Father/Mother/Both parents/Grandparents: addicted father only, addicted mother only, both parents, grandparents only. Broader family only: addiction in other members of the family than those mentioned above. Multiple categories: addiction experienced in more than one of the above categories.

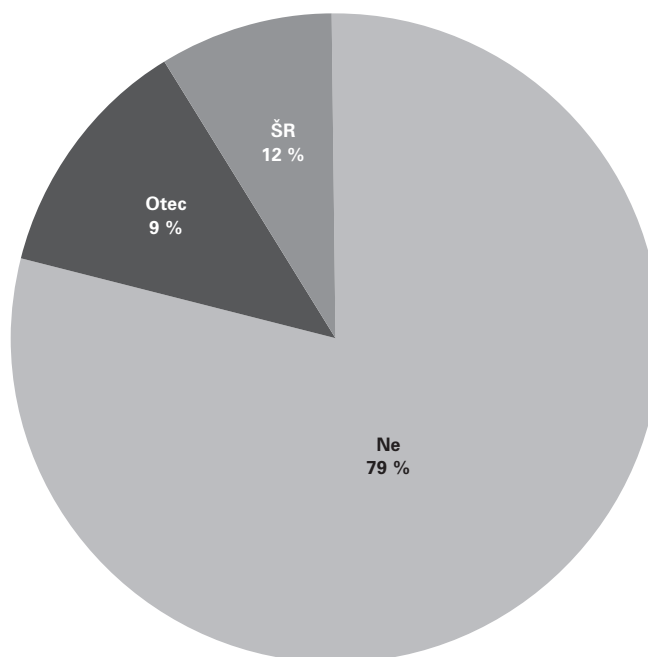
Tabulka 6 / Table 6

Závislost v rodině – kontrolní skupina (M. Kuklová)
Addiction in the family – control group (M. Kuklová)

Kontrolní skupina	n	%
Otec	7	13 %
Pouze širší rodina	5	9 %
Nevyskytuje se	44	78 %
Celkem	56	100 %

Legenda: Otec: závislost pouze u otce. Pouze širší rodina: závislost u příbuzných kromě rodičů a prarodičů.

Legend: Father: addicted father only. Broader family only: addiction in relatives, with the exception of parents and grandparents.

**Graf 2 / Graph 2**

Závislost v rodině: kontrolní skupina

Procentuální zastoupení jednotlivých kategorií v kontrolní skupině

Addiction in the family: control group (M. Kuklová)

Percentage share of different categories

Legenda: Otec/Matka/Oba rodiče/Prarodiče: závislost se vyskytovala pouze u otce, pouze u matky, u obou rodičů, pouze u prarodičů. Pouze širší rodina: závislost u jiných členů rodiny než výše zmíněných. Více kategorií: závislost se vyskytovala u více z výše uvedených kategorií současně.

Legend: Father: addicted father only. Broader family only: addiction in relatives, with the exception of parents and grandparents.

5 DISKUSE

Vzhledem k tomu, že v českých podmínkách v posledních deseti letech nebylo publikováno výzkumné šetření podobné problematiky, budu se v diskusi soustřeďovat spíše na potvrzení, či vyvrácení teoretických předpokladů jak z praxe, tak z odborné literatury a na srovnání se dvěma vybranými zahraničními šetřeními problematikou se tématu dotýkajícími.

Jak vyplývá z výše uvedených výsledků šetření, ve většině oblastí, které byly teoreticky pokládány za důležité pro riziko vzniku a rozvoje syndromu závislosti, výzkum opravdu shledal mezi výzkumnou a kontrolní skupinou významnou diferencí. Některé specifické hypotézy však potvrzeny nebyly.

V oblasti úplnosti rodiny a kvality rodičovských vzorů výzkum potvrdil hypotézu, že významně více závislých klientů vyrůstalo v neúplných rodinách, tudíž s chyběním kvalitních rodičovských vzorů důležitých pro optimální vývoj dětí a jejich výchovu (Langmeier, Krejčířová, 2006; Sobotková, 2001). Vzhledem k tomu, že orientační rodina představuje pro dítě jeho prvotní obraz světa, na jehož základě si buduje základní sebepřijetí a vztahy k ostatním lidem a světu vůbec, může být nepřítomnost v našem případě především kvalitního mužského vzoru, jako nositele řádu a racionality v rodině (Vymětal, 2000), komplikující. Dítě vychovávané v takové rodině může mít v dalším životě problémy především v oblasti racionálního vyrovnávání se s realitou života včetně řešení problémů a respektování pravidel. Co se týče patologických vzorů v rodině, byl potvrzen předpoklad, že častějším případem v rodinách závislých klientů je závislý otec (Doelen et al., 2007). Výzkum též potvrdil předpoklad, že závislá matka, ač se vyskytuje mnohem méně často, je pro dítě daleko silnějším identifikačním vzorem (Doelen et al., 2007). V kontrolní skupině se závislost matky nevyskytla vůbec a většina respondentů byla vychovávána v úplné rodině.

Výzkum potvrdil předpoklad Hajného (2003) ohledně nejasně daných mezigeneračních hranic v rodinách závislých a zasahování prarodičů do rozhodování nukleární rodiny. Dle výsledků výzkumného šetření se zasahování prarodičů do nukleární rodiny u závislých klientů vyskytovalo významně častěji a jednalo se především o zasahování ze strany rodičů matky.

Naopak v oblasti materiálního zabezpečení rodiny výzkum nepotvrdil hypotézu, že více závislých klientů bude pocházet z horších materiálních poměrů. Naopak, závislí klienti častěji než v kontrolní skupině považovali materiální zabezpečení své rodiny za dobré až velmi dobré. Nicméně vzhledem k tomu, že výzkumná skupina byla věkově výrazně mladší než skupina kontrolní, mohlo tedy dojít ke zkreslení hodnocení vzhledem k materiálním možnostem doby, kdy respondenti obou skupin vyrůstali. Současně mohli též závislí klienti vzhledem k drogové kariéře spojené často s materiální nouzí zpětně zabezpečení původních rodin nadhodnotit.

V oblasti kvality citových vztahů v rodině výzkum též potvrdil teoretický předpoklad méně kvalitních vztahů v rodinách závislých klientů (Hajný, 2003), kde byl zjištěn významně vyšší podíl chladných citových vztahů bez dostatečného vyjadřování kladných citů fyzickou formou. S tím souvisí i předpokládaný (Hajný, 2003; Hort et al., 2000) vyšší

počet závislých klientů udávajících výskyt fyzického násilí, psychického týrání a sexuálního zneužívání v rodinách. Sexuální zneužívání bylo identifikováno pouze v rodinách závislých klientů, v kontrolní skupině uvedeno nebylo. A i když se pravděpodobně nejedná o přímý prediktivní faktor pozdější závislosti u těchto dětí (Meade et al., 2009), s určitostí se jedná o významný zásah do vývoje dítěte a psychické trauma (Kudrle, 2003), které může následně vést k problematickým osobním vztahům včetně dalšího násilí a zneužívání a následně pak k řešení traumatu nebo na něj navazujících problémů mimo jiné i psychoaktivními látkami.

Co se týče výchovy, nebyla potvrzena hypotéza, že v rodinách závislých se bude vyskytovat více autoritativní styl výchovy. Naopak se dle výsledků výzkumu zdá problematické častější uplatňování liberálního stylu výchovy, bez přiměřených požadavků na dítě a adekvátní kontroly vychovatelů, který byl významně častěji zachycen v rodinách závislých klientů. Ve výchově závislých klientů se opravdu častěji vyskytovaly fyzické tresty, které, dle teorie (Hort, Hrdlička, Malá, 2000) na základě snížené frustrační kapacity takto vychovávaných dětí, později mohou vést ke snaze o rychlé uspokojování potřeb včetně zneužívání psychoaktivních látek. Nebyla též potvrzena hypotéza, že by v rodinách závislých klientů byl kladen nadměrně vysoký důraz na školní prospěch. Naopak ve skupině závislých klientů se významně častěji kladl školnímu prospěchu význam malý. Nepotvrdilo se též, že by ve výchově závislých klientů významně převládala kritika.

V části zkoumající životní styl rodin a trávení volného času se též nepotvrdila hypotéza, že by rodiče závislých klientů s nimi trávili málo času, věnovali jim malou pozornost a nezajímali se o to, jak tráví volný čas. Též se nepotvrdilo, že by závislí klienti nebyli rodiči vedeni ke kvalitnímu trávení volného času. To pravděpodobně neznamená, že by uvedené oblasti nebyly v prevenci vzniku a vývoje závislosti důležité (Nešpor, 2001). Naopak je třeba zdůraznit velmi individuální hledisko v oblasti hodnocení těchto oblastí závislými klienty i respondenty kontrolní skupiny včetně možné velmi rozdílné představy ohledně kvality životního stylu a volnočasových aktivit. Je třeba též dodat, že rizikový může být i opačný přístup, a to přetěžování dětí řízenými aktivitami, nedostatek volného času a odpočinku.

V oblasti sportu překvapivě významně vyšší procento (o 20 %) závislých klientů pravidelně sportovalo oproti stavu v kontrolní skupině. Rizikovým faktorem pro vznik závislosti pravděpodobně nebude sportování samotné, nýbrž například jeho nucené přerušování a chybění endogenních látek při něm v mozku působících a následná snaha o jejich exogenní dodání. Dále přichází v úvahu snaha zařadit se znovu do vrstevnické skupiny a její nevhodný výběr, eventuálně příliš jednostranné a výkonové zaměření dítěte na sport bez alternativních zájmů po jeho přerušování, eventuálně prostá snaha dítěte si odpočinout.

Výzkum dále potvrdil hypotézu, že se v rodinách závislých klientů bude významně častěji závislost vyskytovat u příbuzných (Hajný, 2003; Praško, 2007). Zajímavé, co z výzkumu vyplynulo, je, že zatímco se v kontrolní skupině závislost vyskytovala pouze u otce, prarodičů nebo vzdálenějších příbuzných, v rodinách závislých klientů byla poměrně často nalezena i závislost matky jako nejsilnějšího identifikačního vzoru pro dítě (Doelen et al., 2007), závislost obou rodičů, rodičů i prarodičů zároveň nebo téměř všech příbuzných. Kromě nepopíratelného vlivu genetiky zde hraje pravděpodobně významnou roli učení nápodobou, bohužel v tomto případě podle patologického vzoru.

Zásadně nepopíratelný je fakt, že i když dysfunkce původní rodiny může (ať už v jakémkoli směru) být jedním z rizikových faktorů vzniku a rozvoje závislosti na návykových látkách, existuje několik dalších významných oblastí, které významně ovlivňují tento proces. Mezi ty zásadní patří například vliv vrstevnické skupiny, genetické faktory, psychická vulnerabilita a temperament jedince, dostupnost návykových látek ve společnosti, platná legislativa, životní styl a přítomnost protektivních faktorů jedince.

Závěrem je třeba dodat, že výsledky šetření mohly být negativně ovlivněny jak nerovnoměrností obou zkoumaných skupin, co se týče věku i pohlaví (viz *tabulka 1* a *tabulka 2*), kdy složení pohlaví ve výzkumné skupině spíše odpovídalo poměru, jak klienti přicházejí do léčby (tedy přibližně 2/3 mužů a 1/3 žen) než poměrům populačním, které naopak spíše zrcadlil vzorek kontrolní (tedy zhruba 1/2 mužů a 1/2 žen). Co se týče věkového složení, byl zkoumaný vzorek výrazně věkově mladší než vzorek kontrolní, což mohlo hrát významnou roli zvláště u určitých otázek. V potaz je třeba vzít též subjektivní hodnocení respondentů obou skupin v dotazovaných oblastech. Fáze léčby a celkový počet léčeb u jednotlivých klientů zjišťován nebyl.

● 6 ZÁVĚR

Na základě provedeného šetření lze konstatovat, že základní výzkumná hypotéza o důležitosti původní rodiny na vzniku a vývoji závislosti na návykových látkách byla potvrzena.

Ze závěrů výzkumu vyvstalo několik významných oblastí, které pravděpodobně hrají podle významných rozdílů mezi výzkumnou skupinou závislých klientů na návykových látkách a kontrolní skupinou roli zásadnější.

Rodiny závislých jsou významně častěji neúplné s chyběním kvalitních rodičovských vzorů, a to především kvalitního mužského vzoru jako nositele řádu a racionality v rodině, což je zásadní pro následné vyrovnávání se s realitou života a řešení problémů. Matka jako často jediný vychovatel v rodině má dominantní postavení při rozhodování a dítě k ní má nejsilnější citovou vazbu. Vztahy v těchto rodinách jsou často narušené a spíše chladné než vřelé. Často úplně chybí vyjadřování kladných emocí fyzickou formou, jako je pochování, pohlazení apod. Ve výchově se častěji vyskytují

fyzické tresty jako výchovný prostředek. Významně častěji se zde také objevuje fyzické, psychické a sexuální násilí. Podstatně častěji se v těchto rodinách setkáváme se závislostí u příbuzných, a to nejen u otce a v širší rodině, ale též u matky jako nejsilnějšího identifikačního vzoru pro dítě, prarodičů a u více příbuzných najednou. Častěji zde též zjišťujeme zasahování prarodičů do běhu nukleární rodiny, liberální výchovný styl s nízkými nároky na dítě a nedostatečnou kontrolou povinností a příliš malý význam kladený školnímu prospěchu dítěte.

V kontrolní skupině se jednalo většinou o rodiny úplné s vyrovnanějším vlivem otce a matky na výchovu a chod v rodině. Ve vyšším procentu byl zastoupen demokratický styl výchovy s vyrovnaným zastoupením kritiky a pochvaly, s významně nižším podílem fyzických trestů a násilí všeho druhu v rodině. Převažovaly vřelé rodinné vztahy. Závislost ostatních členů rodiny se vyskytovala ve výrazně nižším procentu, a to pouze u otce nebo v širší rodině. Závislost matky se nevyskytla v kontrolní skupině vůbec.

Závěrem je nutno dodat, že vliv rodiny je pouze jedním z mnoha faktorů, které se na vzniku a rozvoji závislosti na návykových látkách mohou podílet. Na druhou stranu, pokud je rodina dobře funkční a kvalitní, jedná se o jeden z nejvýznamnějších protektivních faktorů z hlediska lidské psychiky obecně.

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala primáři MUDr. Jiřímu Dvořáčkovi, řediteli Psychiatrické léčebny Červený Dvůr, a Ing. Josefu Kučerovi, předsedovi představenstva Nemocnice Český Krumlov, za umožnění výzkumného šetření v uvedených zařízeních. Současně bych chtěla poděkovat pacientům obou zařízení za spolupráci při vyplňování dotazníků a všem, kteří jakoukoli formou k přípravě a realizaci výzkumu přispěli.

LITERATURA / REFERENCES

- Doelen, E., Scholte, R., Gonneke, W. et al. (2007). Drinking by parents, siblings, and friends as predictors of regular alcohol use in adolescents and young adults: A longitudinal family study. *Alcohol and Alcoholism*, 42(4), 362–369.
- Hajný, M. (2003). Rodinné faktory vzniku a rozvoje závislosti. In Kalina K. et al. (Ed.). *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup 1* (pp. 140–144). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Hort, V., Hrdlička M. & Kocourková, J. (2000). *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál.
- Höschl, C., Libiger, J. & Švestka, J. (2002). *Psychiatrie*. Praha: Tigis.
- Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Kudrle, S. (2003). Trauma a závislost. In K. Kalina et al. (Ed.), *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup 1* (pp. 130–134). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Langmeier, J., Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.
- Meade, Ch., Kershaw, T., Hansen, N. et al. (2009). Long-term correlates study of childhood abuse among adults with severe mental illness: Adult victimization, substance abuse and HIV sexual risk behavior. *AIDS and Behavior*, 13(2), 207–216.
- Nešpor, K. (2001). *Vaše děti a návykové látky*. Praha: Portál.
- Praško, J., Možný, P. & Šlepecký, M. (2007). *Kognitivně-behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton.
- Raboch, J., Zvolský, P. et al. (2001). *Psychiatrie*. Praha: Galén.
- Smolík, P. (2002). *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf.
- Sobotková, I. (2001). *Psychologie rodiny*. Praha: Portál.
- Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Vymětal, J. (1994). *Základy lékařské psychologie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek.

Pokračování ze strany 311.

● NESPRAVEDLIVÉ AUTORSTVÍ

Autorství vědecké práce se vztahuje nejen k sepsání rukopisu, ale rovněž k původu projektu díla, jakémukoli provádění pokusů nebo jiného výzkumu s tím souvisejícího a také s důležitými činnostmi, které k němu vedly.

Podle Pravidel etické praxe (Ethical Practice Guidelines) společnosti ISAJE a jiných kodexů (Committee on Publication Ethics, 2001) se všechny osoby označené za autory na prezentovaném díle podílejí významnou měrou a jsou připraveni veřejně nést odpovědnost za jeho obsah (poměrně s uznáním, které si osobují na seznamu autorů). Úvodník (Editor, 1982, p. 613) v *Annals of Internal Medicine* definuje příslušné termíny následovně:

Odpovědnost se rozumí schopnost a ochota obhajovat obsah díla, je-li čtenáři zpochybněn. *Veřejně* znamená, že autoři jsou ochotni tuto odpovědnost prezentovat v otištěné obhajobě, jako je např. podepsaný dopis šéfredaktorovi (soukromá obhajoba v soukromé korespondenci by se k vědecké veřejnosti nedostala).

Obsahem se rozumí nejen soubory dat, ale rovněž konceptní rámec, do něhož jsou zasazena – odůvodnění studie nebo klinických pozorování, základ pro projekt studie, metody sběru platných dat, analýza a výklad dat a logika, kterou se dospělo k závěrům.

Existuje mnoho způsobů, jak rozhodování o autorství ovlivnit nečestnými a neetickými praktikami. Především se může stát, že se některým osobám, které významným způsobem do článku přispěly, nedostane dostatečného uznání, případně není oceněn vůbec. K takové situaci může dojít,

je-li článek napsán bez vědomosti či souhlasu někoho, kdo se na práci významným způsobem podílel v dřívějších fázích. Rovněž k tomu může dojít tehdy, když rozhodování o řazení příspěvků neprobíhá čestně s plným souhlasem spoluautorů, tj. když je zásadní přispěvatel zařazen až za osoby, které se na práci podílely marginálně, aby se posílilo ego či podpořila kariéra drobného přispěvatele. Jiný případ neodpovídajícího osobování uznání nastává, když není uveden spoluautor, např. redaktor specializující se na vědu, protože výzkumná skupina by se mohla cítit zahanbena, že pojednání napsal někdo jiný, např. zmíněný redaktor najatý farmaceutickou společností, aby se urychlilo publikování příznivých výsledků výzkumu. Takový autor bývá označován za „mlčícího“ („ghost authorship“), protože jeho identita zůstává čtenářům článků skryta.

Druhý okruh problémů s autorstvím souvisí s tím, že některé osoby jsou uváděny jako spoluautoři i přes to, že se ani na práci ani na výzkumu významnějším způsobem nepodílely. Běžným příkladem je uvádění vedoucího katedry nebo ředitele výzkumného střediska, často na konci seznamu autorů, což je zvyk označovaný jako nezasloužené, čestné nebo darované autorství. S ohledem na tuto praxi je třeba se opět ptát, jaké je etické klima ve výzkumném prostředí, jestliže dovoluje, aby k takovému chování docházelo. Řádně vypracovaná a zavedená etická pravidla mohou od takových přestupků odrazovat.

Mezi těmito dvěma extrémy je řada souvisejících prohrěšků, jako je např. nevyjádření dostatečného uznání určité osobě za její příspěvek tím, že bude uvedena na nevhodném místě na seznamu autorů nebo tendence označovat na základě osobních či politických „protiplnění“ za spoluautora