

**PSYCHOSOCIÁLNÍ SOUVISLOSTI MEZI ZÁVISLOSTÍ
NA DROGÁCH A SUICIDÁLNÍMI TENDENCEMI
U MATEK A TĚHOTNÝCH ŽEN**

**PSYCHOSOCIAL CONNECTIONS BETWEEN
DRUG ADDICTION AND SUICIDAL TENDENCIES
IN MOTHERS AND PREGNANT WOMEN**

Helena ZÁŠKODNÁ – Blanka ŽIŽKOVÁ

Katedra psychologie a aplikovaných sociálních věd
Filozofická fakulta, Ostravská Univerzita v Ostravě
Reální 5, 701 03, Ostrava, ČR
zaskodna@seznam.cz
SŠVS Praha
blaziz@seznam.cz

Abstrakt

Studie předkládá dílčí výsledky výzkumu zaměřeného na těhotné ženy a matky závislé na drogách. Klade si za cíl identifikovat některé individuální a sociální charakteristiky, které v souhře umožňují zvládat životní zátěž. Poukazuje na některá důležitá rizika a ochranné faktory, které působí napříč vícenásobných domén vlivu. Negativní vlivy zjištěné výzkumem tvoří dysfunkční klíčové mezilidské vztahy, nestálé partnerské a rodinné zázemí, bytové problémy a emoční poruchy.

Klíčová slova: suicidální tendence, návykové látky, matky s abúzem drog, těhotné ženy, závislost na drogách.

Abstract

The study presents the interim results of research carried out on drug-dependent pregnant women and mothers. The aim of the study is to identify individual and social characteristics which, in combination, enable individuals to cope with life stress. The authors highlight several important risks and protective factors which are effective across multiple influence domains. Negative effects revealed by the study include dysfunctional key interpersonal relationships, unstable partnerships and family environment, housing problems and emotional disorders.

Keywords: suicidal tendencies, addictive substances, drug abuse in mothers, pregnant women, drug addiction.

ÚVOD

V odborné literatuře se suicidium vymezuje jako způsob autodestruktivního jednání, který zřetelně vyjadřuje úmysl jedince dobrovolně ukončit vlastní život a cílevědomou snahu zvolit k tomuto účelu prostředky, u nichž je možno předpokládat, že k zániku života povedou (Baštecká a kol., 2003; Kalina a kol., 2003). Jde o vědomé ukončení života, ať už jsou příčiny jakékoliv. Dokonaných suicidií v České republice se uvádí zhruba deset až dvacet na 100 000

obyvatel ročně, suicidálních pokusů zhruba patnáctkrát více. Většina z nich je spojena s afektivní poruchou, psychotickou poruchou nebo s primárním či komorbidním abúzem alkoholu a návykových látek (Češková, Kučerová, 2006).

POJETÍ SUICIDÁLNÍHO JEDNÁNÍ, VAZBY NA ZNEUŽÍVÁNÍ DROG

Analýze a popisu suicidálního chování věnuje pozornost řada vědních oborů, zvláště medicína, psychologie a sociologie.

Medicínský (psychiatrický a neurologický) přístup směřuje především k hledání patologických příčin suicidií ve sféře duševních onemocnění, zejména v poruchách nálady, ale také v abúzu drog. Psychologie usiluje o vysvětlení suicidálního jednání vnitřními konflikty jedince, v jeho nefunkčních interpersonálních vztazích nebo v poruchách osobnostního vývoje. Sociologický přístup hledá široce působící rizikové sociální faktory, k nimž patří ztráta tradičních vazeb, migrace, sociální nezakotvenost, sociální otřesy a v neposlední řadě také ekonomické krize a nezaměstnanost.

Vznikající konsensus neurobiologické a psychologické perspektivy konverguje k názoru, že lze identifikovat dvě obecné kategorie rizik pro suicidium: (a) dysregulovaná kontrola impulzů a (b) sklon k prožitkům intenzivní psychické bolesti (například smutku a beznaděje ze sociální izolace), často v souvislosti s duševními poruchami, zejména s poruchami afektivními. Každá z těchto kategorií rizik má alespoň do určité míry v základu specifické genetické a neurobiologické faktory spjaté pravděpodobně se serotoninergním systémem (Bertolote, Fleischmann, 2002).

Zmíněné rizikové faktory, spolu se sníženou tolerancí vůči zátěži ústí do dysfunkční strategie zvládání zátěže, do takových forem copingových strategií, mezi nimiž je abúzus psychoaktivních látek na předním místě (Carver, Scheier, Weintraub, 1989 in Paulík, 2006). Abúzus v pojetí uvedených autorů představuje snahu uniknout z obtížné situace a vyhnout se nutnosti jejího řešení pomocí drog. Je třeba připomenout, že u závislých osob se vyskytují různé problémy jako například partnerské neshody, finanční potíže či ztráta zaměstnání. Někdy je těžké určit, který z těchto faktorů byl primární, protože návykové látky mohou být jak příčinou, tak následkem různých potíží (Kalina a kol., 2003). Příkladem může být užívání halucinogenů, které vyvolává, mimo jiné, depresivní stavy s rizikem sebevražděného chování.

Motivace sebevražděného jednání bývá často dávana do souvislostí se dvěma hlavními motivy: a) sebevražda představuje cíl, člověk chce zemřít; b) sebevražděné jednání znamená prostředek dosažení jiných cílů. V tomto případě člověk zemřít nechce, ale používá demonstrovanou sebevraždu jako prostředek k manipulaci s jinými lidmi, k jejich potrestání, pomstě apod.

Podle příčin suicidálního jednání spojených se vztahem jedince a společnosti, tedy sociálních faktorů, které mohou zvyšovat riziko sebevražděného jednání, lze podle M. Vágnerové (2004) rozlišit i následující typy sebevražd:

- *egoistická sebevražda*: vyplývá z nedostatku sociálních vazeb, těmto lidem chybí sociální podpora;
- *altruistická sebevražda*: je odezvou na sociální požadavky, které jedinec nemůže splnit. Znamená v zásadě výraz sociální konformity. Jedinec pocituje osobní selhání v těchto situacích, které neunes;
- *anomická sebevražda*: představuje reakci na náhlou změnu mezilidského vztahu nebo společenské pozice, která narušila sociální rovnováhu jedince.

Frekvence a motivace suicidálního jednání je výrazně závislá na *pohlaví*. Muži vykazují zhruba třikrát častěji dokonané sebevraždy, zatímco ženy se větší míře o sebevraždu pokusí,

ale pokus nekončí smrtí. Tento fakt bývá vysvětlován jednak tím, že muži používají aktivnější, destruktivnější metody (oběšení, pád z výšky, střelná zbraň), zatímco ženy sahají spíše k méně radikálním formám, například předávkování léky na spaní, podřezání žil. V poslední době však v některých zemích například v USA výrazně stoupl počet žen vlastnicích zbraně a v důsledku toho se nejčastějším prostředkem sebevraždy staly právě střelné zbraně. Mění se tedy i úmrtnost žen (Atkinson, 1997).

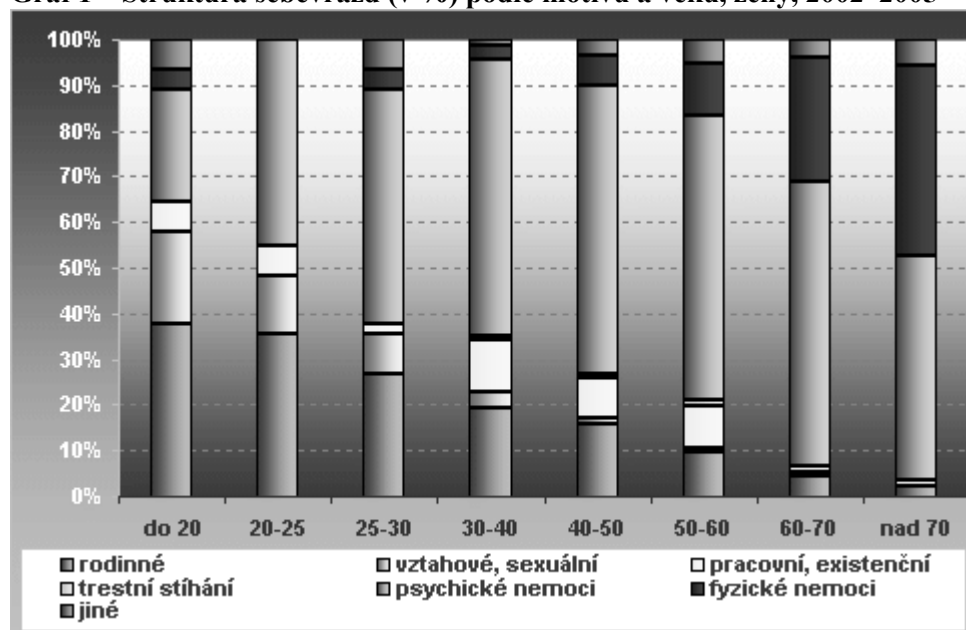
Početnější sebevražedné pokusy žen pravděpodobně souvisí s vyšším výskytem deprese u tohoto pohlaví a ve vyšším stupni motivace afiliace u žen. Ženy ve srovnání s muži spíše očekávají od svého sociálního okolí pomoc, snaží se své okolí zainteresovat na řešení tíživé osobní situace a sebevražedné jednání tím získává instrumentální charakter. U mužů převažují problémy seberealizace, nezaměstnanost, ztráta společenského statusu.

A. A. Leenaars (2004) v této souvislosti uvádí, že sebevražednost žen je ve větší míře ovlivněna biologicky a sociálně podmíněnými rolemi. Tendence reagovat sebevražedným jednáním u žen v rané dospělosti klesá. Příčinou může být specifčnost ženské role spojená s mateřstvím, která představuje jakousi ochranu. Dítě se stává hodnotou a smyslem života. Role matky přináší zodpovědnost za jinou lidskou bytost a na druhé straně nabízí určitou životní náplň a osobní zhodnocení. Manželství, respektive jakýkoliv uspokojivý osobní vztah působí pozitivně na muže i ženy. Podobně stabilizující vliv mají děti, jejich existence snižuje riziko sebevraždy. Rozdíl v sociokulturním pojetí ženské a mužské role se projeví i ve způsobu vyrovnávání se se zátěžemi. Ženy reagují emotivněji, spíše hledají pomoc.

Výsledky analýz pravděpodobné motivace suicidálního jednání žen zveřejňuje v posledních letech Policie České republiky. Jedna z analýz provedená Odborem systémového řízení a informatiky Policejního prezidia České republiky uvádí diferencovanou strukturu sebevražd podle motivů v závislosti na věkových kategoriích žen (graf 1).

Téměř ve všech věkových skupinách (vyjma nejnížší) je dominujícím motivem sebevraždy duševní onemocnění. V nejnížší věkové skupině jsou nejpočetnější *rodinné a vztahové* či *sexuální problémy*, které zapříčiňují zhruba 60 % sebevražd, s rostoucím věkem jejich podíl plynule klesá. Pracovní a existenční problémy se nejvýrazněji podílí (11 %) na sebevraždách žen ve věku 30–40 let (Koutek, Kocourková, 2003).

Graf 1 – Struktura sebevražd (v %) podle motivu a věku, ženy, 2002–2005



Zdroj: Lukeš, M.: ANALÝZA: *Motivace sebevražedného jednání*. [online], [cit. 2009-03-13]. Dostupné z: <http://www.help24.cz/index.php?page=clanky&view=analiza-motivace-sebevrazedneho-jednani>.

Pro období adolescence je typické, že dospívající rozvíjí svou vlastní identitu, hledá její uspokojivý obsah. Aby toho dosáhl, musí se osamostatnit, odpoutat z dřívějších vazeb, případně na určitou dobu potlačit význam dosud jednoznačně platných hodnot. V této době se může dostat do situace, kdy se cítí bezradný, neschopný najít přijatelný smysl vlastní existence, bývá nespokojen se svými mezilidskými vztahy. V tomto období city převládají nad rozumem a vzhledem k celkové labilitě adolescenta se projevuje tendence ke zkratkovému jednání. Četnost sebevražedných pokusů i dokonaných sebevražd je podle J. Koutka a J. Kocourkové (2003) nejvyšší mezi 15. a 19. rokem. V tomto období jde zřejmě o celkovou zátěž v podobě nejistoty, ekonomické nesamostatnosti, nedostatkem sociální opory a psychické a citové lability.

V období mladé dospělosti se mění postoj k suicidálnímu jednání, ubývá impulzivních a zkratkových pokusů. Stabilizující význam má fungující partnerství i rodičovská role.

Vztah suicidálního jednání a abúzu drog je zcela prokazatelný. Podle údajů Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti bylo v roce 2008 zaznamenáno 209 úmrtí za přítomnosti drog (Mravčík a kol., 2009)

Užívání návykových látek se klade do souvislosti se sebevraždou z dvojího důvodu: abúzus návykových látek jednak představuje sám o sobě rizikový faktor a na druhé straně také tvoří akcelerator sebevražedného jednání. Problémy s užíváním návykových látek přispívají k výskytu sebevražedného chování rozličnými způsoby. Například v případě nadužívání alkoholu se riziko zvyšuje, pokud dotyčná osoba začala s konzumací už v adolescenci nebo pokud pije alkohol dlouhodobě. Osoby s abúzem návykových látek jsou často vystaveny ještě dalším rizikovým faktorům. Kromě toho, že jsou ohroženy emočními poruchami (úzkostí, depresí), jejich problematický životní styl ohrožuje zdraví tělesné (úrazy v intoxikaci, somatické komplikace abúzu). Spojení duševní nemoci a užívání návykových látek výrazně zvyšuje pravděpodobnost suicidia. Častěji také čelí vážným sociálním nebo finančním nesnázím, které znamenají životní zátěž.

Společným znakem závislosti na drogách a sebevražedného chování je to, že obojí je jistý způsob destruktivního jednání, více či méně vědomého sebepoškozování. K. Evans (2003) v této souvislosti uvádí, že společným znakem závislosti a sebevraždy je jistý únik od skutečnosti, která je pro jedince v daném okamžiku těžko snesitelná. Impulz ke zneužívání drog představuje nejednou přání rozptýlit úzkost, nepokoj a nudu, uniknout do provizorního štěstí.

CÍL VÝZKUMU, CHARAKTERISTIKA SOUBORU, METODY

Cíl výzkumu spočíval v postizení souvislostí mezi suicidálními tendencemi, abúzem drog a dalšími proměnnými u specifického souboru žen - matek a těhotných užívajících návykové látky.

Popis souboru

Výzkumu se zúčastnilo celkem 56 žen matek s pestrá drogovou kariérou, které byly buď aktivními uživatelkami drog nebo právě absolvovaly odvykací léčbu. Šlo o náhodný výběr klientek níže popsaných zařízení.

Nejčastější drogou, se kterou měly respondentky zkušenosti se ve vzájemném souběhu a různých kombinacích objevoval pervitin v 91 % a heroin v 73,3 %. Nejčastější trojkombinací byl pervitin, marihuana a heroin (26,7 %). Dále se objevují další kombinace, jako jsou například kombinace pervitinu, marihuany a extáze, pervitinu, lysohlávek a marihuany, pervitinu, marihuany a hypnotik.

Zvláštností na tomto přehledu je bezesporu fakt, že žádná z žen nevedla zkušenost s alkoholem, ačkoliv na dotaz týkající se pití alkoholu, všechny pití alkoholu přiznaly.

Soubor matek byl rozdělen na dva podsoubory tak, že první podsoubor (28 žen) tvořily matky, u kterých byly námi použitým dotazníkem zjištěny suicidální tendence (dále jen soubor M-). Příklad otázky: „Zabila bych se, kdybych to uměla“ nebo „V minulosti jsem se už pokoušela zabít.“ Druhý soubor (28 žen) tvořily matky bez suicidálních tendencí (dále jen M+).

Věk respondentek obou podsouborů se pohyboval v rozmezí od 19 do 40 let. Pokud jde o dosažené vzdělání pak se oba podsoubory žen od sebe výrazně neodlišovaly. Početně převažovaly ženy se základním vzděláním a vyučené na středním odborném učilišti. Část žen dosáhla středoškolského vzdělání, žádná z žen nevedla vysokoškolské vzdělání.

Soubory M+ a M- byly sestaveny z klientek těchto zařízení:

- Centrum pro rodinu, o.p.s., Praha, Drop-in o.p.s.;
- Denní stacionář Sananim, o.s.;
- Doléčovací centrum pro matky s dětmi Sananim, o.s.;
- Koňakov – Resocializační zařízení pro ženy a matky s dětmi ohrožené závislostí;
- Kontaktní centrum Háječek, o.s., České Budějovice;
- Kontaktní centrum Prachatice Prevent, o.s.;
- Jihočeský Streetwork Prevent, o.s.;
- Jihočeské substituční centrum Prevent, o.s.;
- Centrum následné péče Prevent, o.s.

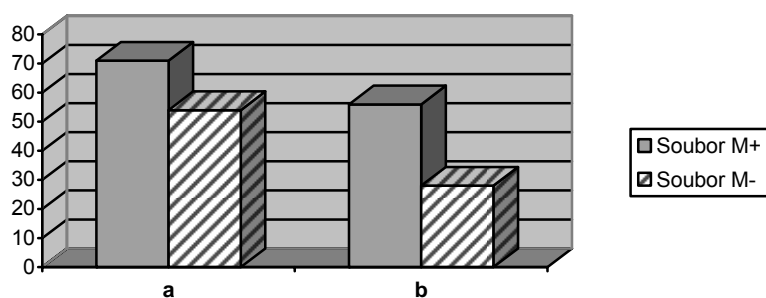
Použitá metoda

Pro řešení dané problematiky byl použit dotazník vlastní konstrukce, sestavený z padesáti osmi uzavřených otázek, na něž dotazované odpovídaly výběrem jedné z možných variant odpovědí. Z rozsáhlého množství získaných výsledků byla pro účely této studie použita pouze část výsledků (11 otázek), které se vztahují k jednomu z aspektů výzkumu, tj. k některým souvislostem mezi suicidálními tendencemi a abúzem drog. Zbývající výsledky jsou předmětem dalších prací (Žižková, 2009).

VÝSLEDKY

Mezi mnoha faktory, které pozitivně ovlivňují kvalitu života, bezesporu patří spokojený partnerský vztah. Jako jeden z řady salutoprotektivních mechanismů představuje hráz vzniku a rozvoje sociální patologie. Následující graf (graf 1) ilustruje odlišnosti obou sledovaných podsouborů v životní dovednosti vytvořit a stabilizovat intersexuální vztah.

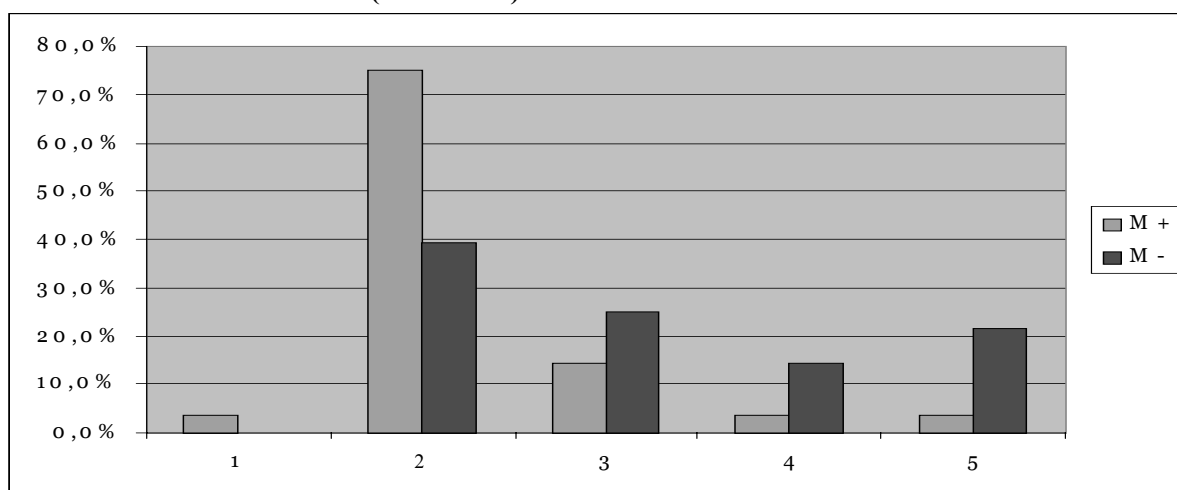
Graf 2 – Stálý a uspokojivý partnerský vztah u matek bez suicidálních tendencí (soubor M+) a se suicidálními tendencemi (soubor M-) v %.



Legenda ke grafu 2: Odpověď na otázku: a) „Máte v současné době stálý partnerský vztah?“; b) „Považujete svůj partnerský vztah za uspokojivý?“

Rozložení údajů (graf 2) svědčí o příznivější sociální adjustaci žen bez suicidálních tendencí ve srovnání s ženami, které suicidální tendence vykazují. Ze souboru M+ má 71 % žen stálého partnera, zatímco v souboru M- činí toto procento zhruba polovinu, tj. 54 %. Komplementárně méně žen ze souboru M+ uvedlo absenci tohoto významného životního vztahu ve srovnání s ženami souboru M- a nižší míru uspokojení, plynoucí z existujícího vztahu (28 % ku 56 %).

Graf 3 – Charakter vztahu matek bez suicidálních tendencí (soubor M+) a se suicidálními tendencemi (soubor M-) k rodičům v %

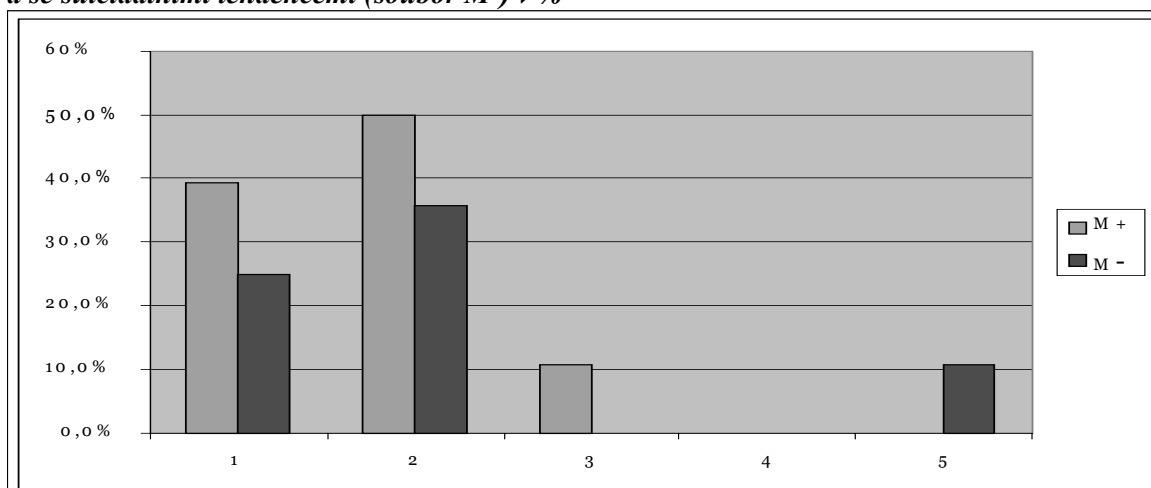


Legenda ke grafu 3: 1. k rodičům mám dobrý vztah, žijeme ve společné domácnosti; 2. výborný vztah, stýkáme se; 3. vcelku dobrý vztah, občas se setkáme; 4. méně dobrý vztah, setkáváme se výjimečně; 5. nestýkáme se vůbec.

Zjištěné údaje naznačují jednoznačně pozitivnější, funkční rodinné vztahy v podsouboru M+. 75 % žen tohoto podsouboru popisuje svůj vztah k rodičům jako výborný, zatímco v podsouboru M- odpovídá toto procento pouze 39 % (graf 3).

Na opačném pólu, tj. problematické vztahy s rodiči uvádějí většinou ženy podsouboru M-, přesněji 25 % žen popisuje vztah méně dobrý, ale občas se se svými rodiči setkají, 14,3 % hodnotí vztah jako méně dobrý, své rodiče kontaktují výjimečně, avšak celých 21,4 % žen uvádí absenci vztahu s rodiči, nestýkají se s nimi.

Graf 4 – Rodinné zázemí matek bez suicidálních tendencí (soubor M+) a se suicidálními tendencemi (soubor M-) v %

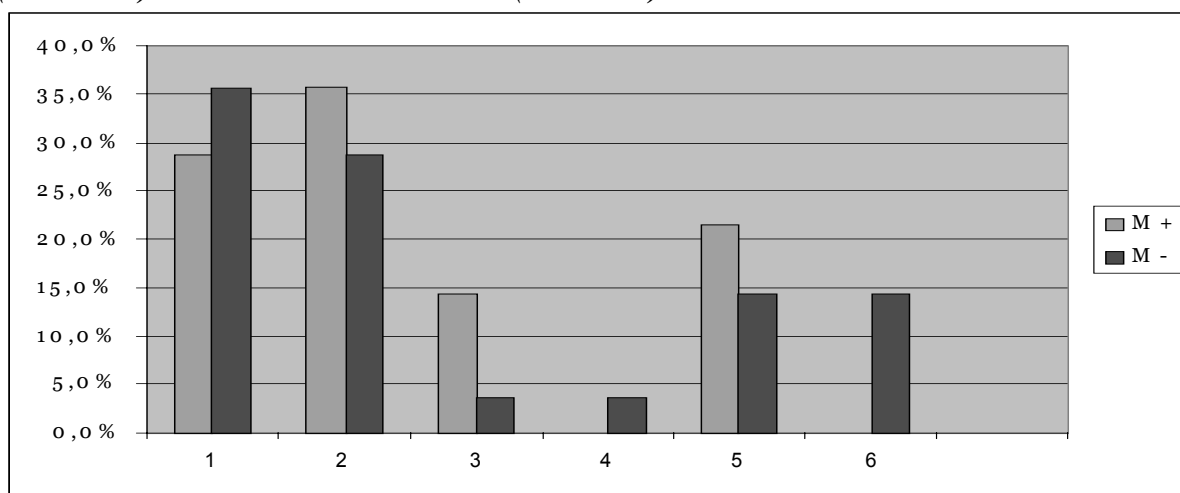


Legenda ke grafu 4: 1. výborné rodinné zázemí matek; 2. uspokojivé; 3. méně dobré; 4. problematické; 5. nesnesitelné rodinné zázemí matek.

Osobní situaci dokresluje údaje v grafu 4, které svědčí o pozitivnějším rodinném zázemí žen v podsouboru M+. 50 % z nich popisuje rodinné zázemí jako uspokojivé, 39,3 % jako výborné a 10,7 % ho hodnotí jako méně dobré.

Oproti tomu v podsouboru M- je zřetelné negativní prožívání rodinného prostředí. Ženy uvádějí ve 28,6 %, že vnímají své prostředí jako problematické a v 10,7 % jako nesnesitelné

Graf 5 – Bytové podmínky matek bez suicidálních tendencí (soubor M+) a se suicidálními tendencemi (soubor M-) v %



Legenda ke grafu 5: 1. bydlím u příbuzných; 2. bydlím samostatně v pronajatém bytě; 3. bydlím v azylovém domě; 4. přespávám u známých; 5. bydlím v doléčovacím centru; 6. nemám kde bydlet.

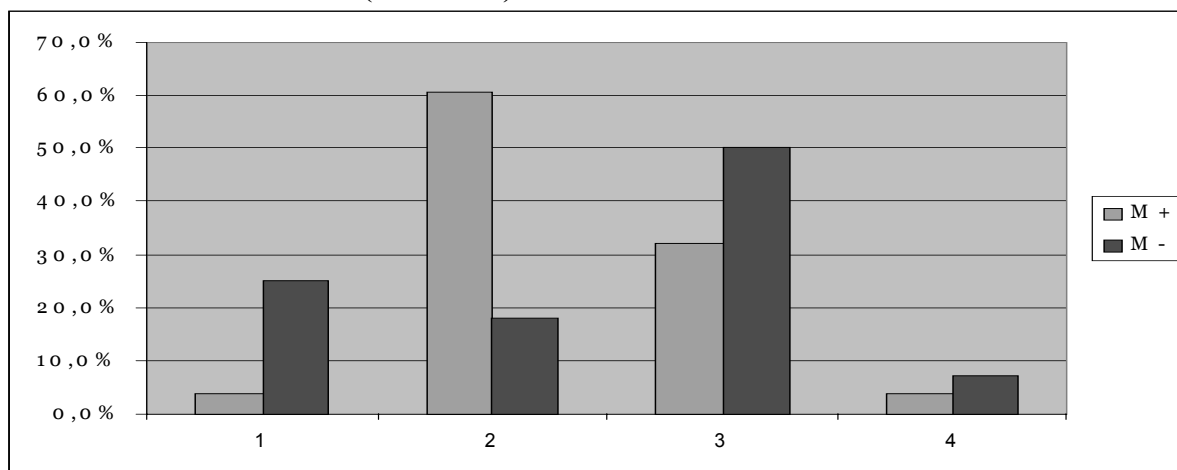
Uspokojivější bytovou situaci uvádějí ženy souboru M+ častěji než ženy M-. Konkrétně, 35,7 % z nich žije samostatně v pronajatém bytě, 28,6 % bydlí s příbuznými, 21,4 % se nachází v doléčovacím centru a 14,3 % žije v azylovém domě. Žádná z těchto matek (M+) neuvádí, že nemá kde bydlet nebo že přespává u známých

Soubor M- uvádí zajištěné bydlení, které představuje významný ukazatel psychosociální adjustovanosti, méně. Vlastním samostatným bydlením disponuje 28,5 % žen, nejvíce žen (35,7 %) žije u příbuzných. 14,3 % je ubytováno v doléčovacím centru, 3,6 % v azylovém domě.

Bytové zázemí zbývajících žen souboru M- je velmi problematické, 14,3 % z nich nemá kde bydlet a 3,6 % přespává u známých.

Výzkum zachytil ne zcela okrajově se vyskytující *rodinnou sociální patologii typu pohlavního zneužití* respondentek. V souboru M+ uvedlo osobní zkušenost s pohlavním zneužitím 10,7 % žen, avšak u souboru M- se tato forma rodinné deviace objevila u 21,4 % žen. Násilníkem byl nejčastěji strýc či partner matky.

Graf 6 – Délka abúzu u matek bez suicidálních tendencí (soubor M+) a se suicidálními tendencemi (soubor M-) v %



Legenda ke grafu 6: 1. drogy beru v délce od 1 do 4 let; 2. beru drogy od 5 do 8 let; 3. beru drogy od 9 do 12 let; 4. beru drogy 13 a více let.

Z údajů v grafu 7 je zřejmé, že většina žen trpí abúzem drog řadu let. Těžiště délky trvání abúzu u žen bez suicidálních tendencí (M+) leží v délce od 5 do 8 let (60,7 %), zatímco u žen se suicidálními tendencemi (M-) se toto těžiště posunuje do pásma od 9 do 12. let (50 %).

Výraznou diferenci mezi oběma sledovanými soubory jsme zaznamenali i v *aktuálním abúzu a ve schopnosti abstinovat*. Matky bez suicidálních tendencí (soubor M+) ve srovnání s matkami se suicidálními tendencemi (soubor M-) jsou schopny více abstinovat. V době tohoto výzkumu užívaly drogy ženy souboru M+ pouze v 10,7 %, oproti ženám M-, kde návykové látky užívalo 39,3 % z nich.

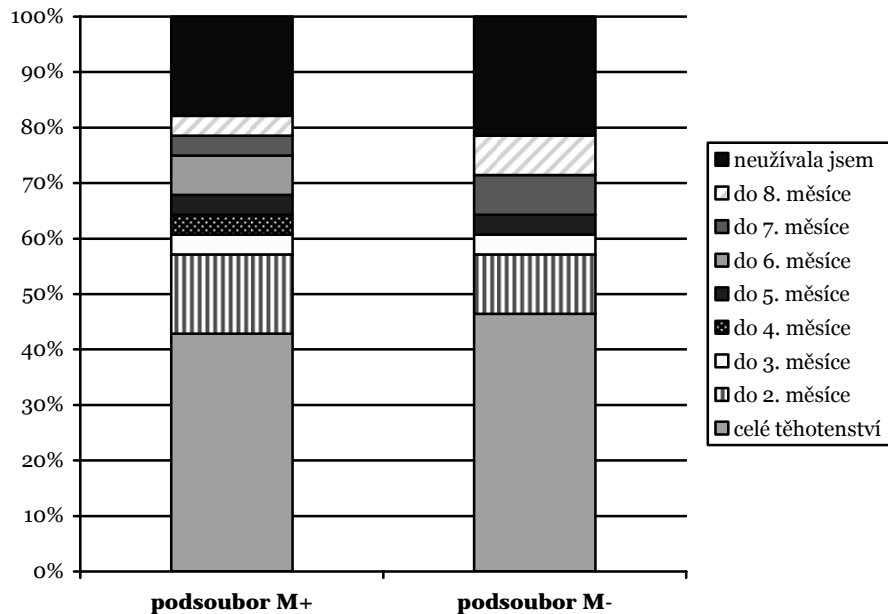
Upřesňující otázky navíc ukázaly diference i v typu užívané drogy; ženy souboru M+ nejvíce uváděly méně nebezpečné kouření marihuany, zatímco ženy souboru M- přiznaly užívání „tvrdé drogy“ – pervitinu a až na druhém místě kouření marihuany. V obou souborech bylo běžné pití alkoholu, ženy souboru M- uváděly větší množství vypitého alkoholu.

Výzkum dále zjišťoval účast matek v *substitučním léčebném programu*. Substituční léčba, jejíž součástí tvoří nejen péče o tělesné, ale i duševní zdraví, včetně poskytování psychoterapeutické podpory, edukace sociálních dovedností a kompetencí k zajištění větší životní samostatnosti a posilování rozvoje seberealizace, představuje silný salutoprotektivní faktor. V podsouboru M+ je výrazně větší počet respondentek, které mají zájem o léčbu v substitučním programu (75 %), oproti ženám z podsouboru M-, ve kterém substituční léčbu podstoupilo třikrát méně dotázaných (25 %).

Zdaleka ne všechny matky obou podsouborů mají ve *své péči vlastní dítě*, přesto je patrný nápadný rozdíl mezi ženami podsouboru M+ a M-. Zatímco ženy z podsouboru M+ mají

většinou dítě ve vlastní péči v 71,4 %, v případě druhého podsouboru M- je to necelá polovina, pouze ve 42,9 %.

Graf 7 – Délka abúzu v průběhu těhotenství u matek bez suicidálních tendencí (soubor M+) a se suicidálními tendencemi (soubor M-) v %

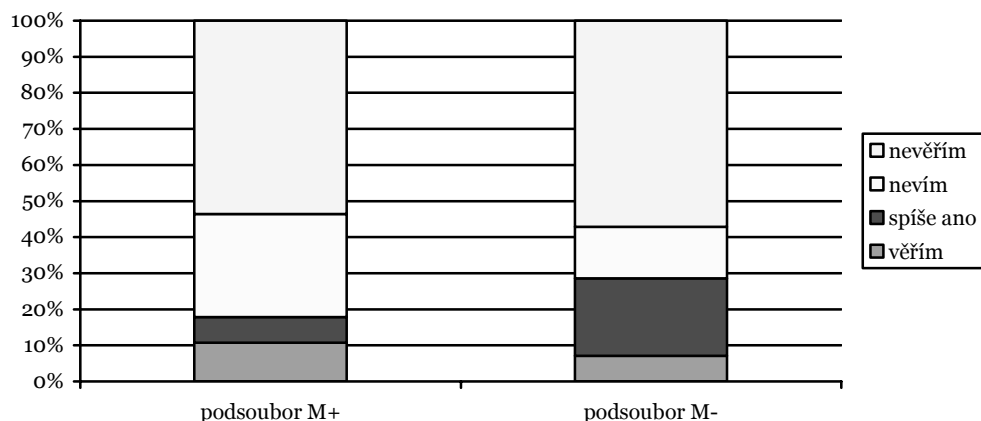


Legenda ke grafu 7: Odpověď na otázku: „ Pokud jste v průběhu těhotenství užívala drogy, jak dlouho to trvalo?“

Mezi matkami obou podsouborů nejsou zásadní diference v abúzu v průběhu těhotenství. Téměř polovině žen obou podsouborů M+ a M- nezabránilo těhotenství v užívání drog a jen přibližně 20 % žen drogy v těhotenství neužívaly. Závislé ženy neprojevily velký zájem o další osud vlastního dítěte, o jeho zdravý vývoj a bezpečí. Ať už je to jejich mimořádná lehkomyšlnost nebo emoční deficit, asociální rysy, případně nedostatek empatie, nejde zřejmě o faktor, které by příliš diferencovaly tendenci k suicidiu u závislých matek (graf 7).

Podobně je tomu u spirituální dimenze osobnosti, víry v Boha (graf 8); více deklarované odmítnutí víry v Boha je v podsouboru M+ pouze nepatrně nižší (53,4 %) než u žen podsouboru M- (57,1 %)

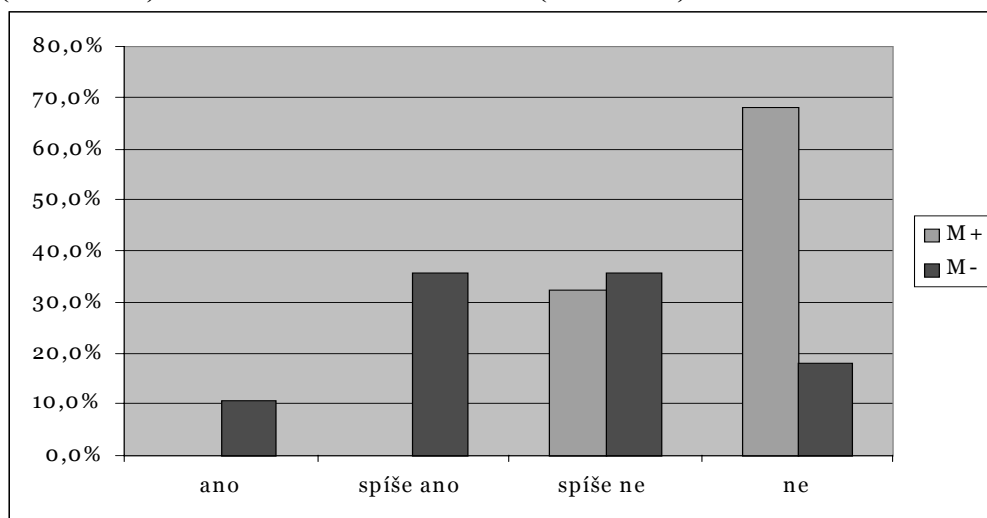
Graf 8 – Víra v Boha u matek bez suicidálních tendencí (soubor M+) a se suicidálními tendencemi (soubor M-) v %



Legenda ke grafu 8: Odpověď na otázku: „Věříte v Boha?“

Víra v Boha nepředstavuje proměnnou, která by se u matek závislých na drogách promítala do suicidálních tendencí a zásadním způsobem je ovlivňovala (graf 8).

Graf 9 – Spokojenost s vlastním životem u matek bez suicidálních tendencí (soubor M+) a se suicidálními tendencemi (soubor M-) v %

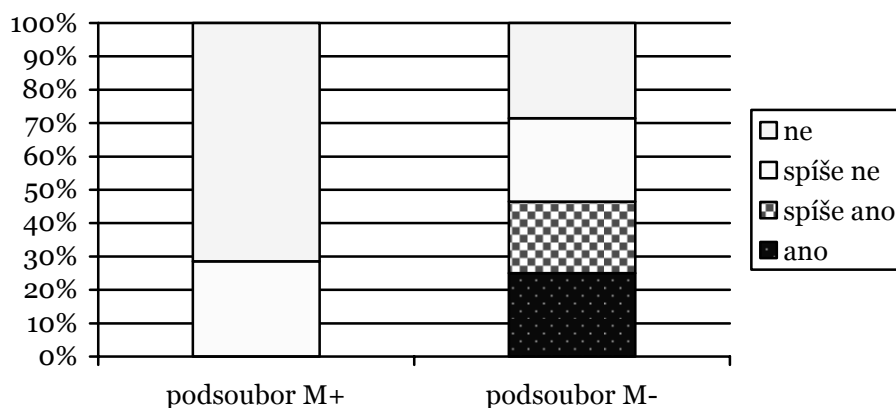


Legenda ke grafu 9: Reakce na položku: „Když hodnotím svůj život, tak si připadám nepotřebná, neužitečná“

U podskuporu M+ je patrné mnohem kladnější hodnocení vlastního života. Žádná z žen tohoto podskuporu nevedla pocity vlastní nepotřebnosti a neužitečnosti; 32,1 % žen se přiklonilo k variantě mírného nesouhlasu, jednoznačný nesouhlas zvolilo 67,8 % žen (graf 9).

Oproti tomu u souboru M- se vyskytuje průkazně negativnější hodnocení vlastního života. V kategorii frustrovaných, nespokojených se životem se ocitla téměř polovina žen (spíše ano 35,7; ano 10,8 %): o něco větší procento žen (53,5 %) uvádí větší či menší spokojenost se životem (35,7 % je spíše spokojených, 17,8 % spokojených).

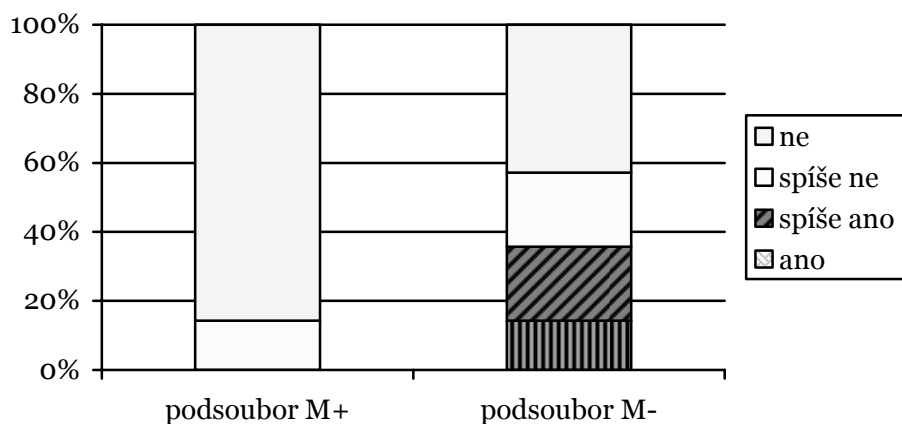
Graf 10 – Negativní emoce matek bez suicidálních tendencí (soubor M+) a se suicidálními tendencemi (soubor M-) v %



Legenda ke grafu 10: Reakce na položku: „Jsem smutná a nešťastná, že to sotva snáším, mám pocit, že jsem na dně“.

Matky podskupiny M+ vyjadřují mnohem méně negativní emoční stavy ve srovnání s matkami M-, v jejichž odpovědích je u téměř v 50 % obsažen úplný nebo částečný souhlas s tím, že prožívají smutek, neštěstí a další záporné pocity. Negativní emoce a prožitky u sebe odmítá jen menší část žen M - (28,6 %) (graf 10).

Graf 11 – Ztráta životního smyslu u matek bez suicidálních tendencí (soubor M+) a se suicidálními tendencemi (soubor M-) v %



Legenda ke grafu 11: Reakce na položku: „Mám pocit, že život nemá smysl“.

Diference ve spektru odpovědí u obou souborů jsou velmi nápadné. Zatímco ženy souboru M+ neuvádějí spirituální prožitky ztráty životního smyslu nebo jen okrajově připouštějí tyto problémy (14,3 %), pak v souboru M- je situace zcela odlišná. Pocity životní prázdnoty vykazují více než třetina žen (14,3 a 21,4 %)

DISKUSE

Výzkum potvrdil v literatuře uváděné rizikové faktory abúzu drog i suicidálního jednání, kterými jsou dysfunkční mezilidské vztahy, především ty základní jako jsou vztahy rodinné (například Vobořil, 2003; Zášková, Pavlica, 2006). Problematičnost partnerských a ro-

dinných vztahů se ještě prohlubuje u závislých matek se suicidálními tendencemi. V této souvislosti je třeba připomenout, že evoluce člověka se realizovala v sociálních podmínkách, ve kterých kooperace s jinými lidmi představovala jednu z hlavních podmínek přežití. V situaci ohrožení hledáme u jiných nejen pomoc, ale také oporu, nedostatek sociální podpory je i po vyloučení dalších vlivů významným zdrojem některých poruch chování. S. B. Cohen a T. A. Wills (1985) uvádějí čtyři typy sociální opory, a to emoční, informační, kamarádkou a materiální. Informační opora spočívá v poskytnutí rady, která má pomoci řešit situaci, kamarádká – souvisí s umožněním být ve společnosti, ať už jde o volný čas, rekreační nebo další aktivity. Materiální opora spočívá v poskytnutí materiálních, finančních prostředků, úsluh nebo praktické pomoci. Emocionální opora spočívá ve vyjádření pocitu, že osoba přijímající podporu je kladně hodnocena a vážena, milována a patří k nám.

Sociální opora může ovlivnit hodnocení stresorů, případně přispět k adaptivní reakci na stresory, tj. působení se může projevit v procesu hodnocení nebo v podpoře adaptivního chování. Někdy je pozitivní účinek sociální opory chápán jako nezávislý na stresu. Dobré vztahy k lidem, projevovaná přízeň apod. vytvářejí situaci sociální pohody, která může působit přímo na zdraví bez ohledu na to, zda jedinec stres prožívá nebo ne. Někdy sociální opora může působit i negativně a to zvláště tehdy není-li požadována, vede-li k ohrožení sebedůvěry a sebeúcty, podporuje-li nebo zdůrazňuje-li pocity bezmoci a společensky nepříznivě hodnoceného stavu, tedy je-li v rozporu s potřebami jedince.

Výzkum také ukázal na nedostatečné sociální dovednosti a kompetence závislých matek v praktických otázkách života, jen část z nich si například dokázala vytvořit bytové zázemí, aby se mohla starat o dítě.

Mezi rizikové faktory působící při vzniku závislosti na návykových látkách či při suicidiu můžeme zahrnout také některé osobnostní rysy zjištěné u respondentek tohoto výzkumu, například zvýšenou úzkostnost, pocit beznaděje a ztráty životního smyslu. Nalezení smyslu své existence se obecně považuje za významný protektivní faktor duševního i tělesného zdraví. Na tento důležitý fakt upozorňoval například V. E. Frankl (1999), který svoji metodu léčby neuróz (logoterapii) opírá o hledání a nalézání smyslu života.

ZÁVĚR

Výsledky prokázaly mimořádnou důležitost sociálního prostředí pro suicidální chování u matek s abúzem drog. Sociální prostředí, které je respondentkám nejbližší, je také zdrojem celé řady faktorů ovlivňujících příznivě i nepříznivě jejich duševní zdraví. Jsou to například konflikty v rodině, projevy sociální patologie rodinného soužití, absence uspokojivých dlouhodobých partnerských vztahů apod. Vztahy k nejbližším jsou závislými matkami viděny jako nepřátelské, nesolidární a nedůvěryhodné. A právě tyto sociální zátěže, které neumí zpracovat a řešit, mohou znamenat jeden z klíčových zdrojů různých poruch především (ale nejen) duševního zdraví.

Výzkum také poukázal na fakt, že drogová závislost a sebevražedné chování jsou navzájem propojené „únikové“ fenomény. Závislost na návykových látkách i suicidální jednání mohou mít společné příčiny, obecně lze však říci, že lidé jak závislí, tak s uskutečněným pokusem o sebevraždu, nezvládli zátěž spojenou s jejich existencí v některé (nebo více) z oblastí biologické, psychologické, sociální či spirituální. Touto zátěží se myslí jak nadměrné nároky na jejich fungování, tak i nedostatek požadavků, podnětů nebo málo nároků.

LITERATURA

- ATKINSON, R., L.: *Psychologie*. Praha: Victoria Publishing, 1997.
- BAŠTECKÁ, B. a kol.: *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál, 2003. s. 171–171.
- BERTOLOTE, J. M., FLEISCHMANN, A.: Suicide and psychiatric diagnosis: A worldwide perspective. *World Psychiatry*, 2002. Vol. 1, č.2, s. 181–185.
- CARVER, C. S., SCHEIER, M. F., WEINTRAUB, J. K.: *Assessing coping strategies: A theoretically based approach*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1989. Vol. 56, č. 2, s. 267–283. In K. Paulík : *Determinace lidského zvládnání zátěže*. Acta Facultatis Philosophicae Universitatis Ostraviensis. Ostrava: FF OU 2006.
- COHEN, S., WILLS, T. A.: Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 1985, vol. 98, str.310–57.
- ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H.: *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál, 2006.
- EVANS, K.: *Válka bez konce aneb Krátký smutný příběh o dlouhé válce proti drogám*. Praha: Volvox Globator, 2003.
- FRANKL, V. E.: *Teorie a terapie neuróz*. Praha: Grada, 1999.
- KALINA, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR/NMS 2003.
- KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J.: *Sebevražedné chování*. Praha: Portál, 2003.
- LEENAARS, A. A.: *Psychotherapy with Suicidal People: A Person-Centered Approach*. LTD, Chichester : John Wiley & Sons, 2004.
- LUKEŠ, M.: *Analýza: Motivace sebevražedného jednání*. [online], [cit. 2009-03-13]. Dostupné z: <http://www.help24.cz/index.php?page=clanky&view=analýza-motivace-sebevražedného-jednání>.
- MRAVČÍK, V. a kol.: *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2008*. Praha: Úřad vlády ČR. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti 2009.
- PAULÍK, K.: *Determinace lidského zvládnání zátěže*. Acta Facultatis Philosophicae Universitatis Ostraviensis. Ostrava: FF OU 2006. str. 6–32.
- VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004.
- VOBOŘIL, J.: Gender – ženy jako specifická skupina. In K. Kalina a kol: *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR/NMS 2003.
- ZÁŠKODNÁ, H., PAVLICA, K.: Souvislosti mezi závislostí na drogách a suicidálním jednáním. In *Místo sociální psychiatrie v moderní psychiatrické péči. Sborník příspěvků z konference konané ve dnech . 1.–2. 12, 2006*. Poděbrady.
- ŽÍŽKOVÁ, B.: *Sociodemografické a osobnostní charakteristiky žen a matek závislých na návykových látkách*. Disertační práce (Ph.D.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta, 2009.