

PRAŽSKÁ VYSOKÁ ŠKOLA PSYCHOSOCIÁLNÍCH STUDIÍ



**Drogová závislost z pohledu vývojového modelu v rodinné terapii
psychosomatických poruch - Sociální dělohy**

Bc. Miriam Anna Opletalová

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Zdeněk Čermák

Studijní obor: Psychologie

Praha 2023

PRAGUE COLLEGE OF PSYCHOSOCIAL STUDIES



**Drug addiction based on the developmental concept in family therapy for
psychosomatic disorders - The Social uterus**

Bc. Miriam Anna Opletalová

Thesis

Thesis work supervisor: PhDr. Mgr. Zdeněk Čermák

Prague 2023

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne

.....

Abstrakt

Drogová závislost je v dnešní době často diskutovaným tématem. Tato práce se snaží na závislostní formu chování pohlédnout pomocí vývojového modelu sociální dělohy. A to tak, že bude zkoumat společné znaky v rodinách a prostředích mimo rodiny respondentů, kteří trpí závislostí na návykových látkách. Do výzkumu se přihlásilo osm neaktivních uživatelů návykových látek. S těmito účastníky byly vedeny přibližně hodinové polostrukturované rozhovory, které se zabývaly začátkem drogové kariéry účastníků, a poté poměry a mezilidskými vztahy v průběhu jejich psychosociálního vývoje v dětství. Získaná data byla podrobena tematické analýze. Z analýzy vyplynuly dvě oblasti vývoje v sociálních dělohách, které se u účastníků značně podobaly, a to Vývoj v rodině a Prostředí mimo rodinu. Z těchto oblastí pak vyplynulo pět hlavních společných znaků, kterými byly Nestabilní otcovské figury, Toxické nastavení struktur, Výchova příslušníkem širší rodiny, Nepřijetí či agrese ze strany vrstevníků a Drogy jako možnost socializace. Výsledky analýzy tedy poukazují na to, že by mohl existovat určitý typ sociální dělohy s určitými znaky, který u lidí bude způsobovat závislostní formu chování.

Klíčová slova: drogy, závislost, léčba, sociální děloha, výchova

Abstract

Drug addiction is a frequently discussed topic of these days. This work tries to look at the addictive form of behavior using the developmental model of the social womb, by examining the common features in the families and environments outside the families of participants, who suffer from addiction to addictive substances. Eight inactive drug users signed up for the research. Approximately one hour of semi-structured interviews were conducted with these participants, looking at the beginning of the participants' drug careers, and then relationships and interpersonal relationships during their childhood psychosocial development. The obtained data were subjected to a thematic analysis. The analysis revealed two areas of development in social wombs, which were quite similar among the participants, namely Development in the family and Environment outside the family. Five main common features emerged from these areas, which were Unstable father figures, Toxic structure setting, Upbringing by a member of the extended family, Rejection or aggression by peers, and Drugs as an opportunity for socialization. The results of the analysis therefore point to the fact that there could be a certain type of social womb with certain characteristics that will cause an addictive form of behavior in humans.

Keywords: drugs, addiction, treatment, social womb, education

Poděkování

V první řadě bych chtěla samozřejmě poděkovat panu PhDr. Mgr. Zdeňku Čermákovi za jeho ochotu vést mou diplomovou práci, trpělivý přístup při jejím vedení, podporu a veškeré cenné poznatky a rady k výzkumu. Dále chci poděkovat všem účastníkům výzkumu, kteří byli ochotni mi s důvěrou sdělit své velice osobní informace. V neposlední řadě pak děkuji mým rodičům, za poskytnutí mnoha informací ohledně drogové závislosti, a také za jejich všestrannou podporu mé osoby během celého studia i nyní při psaní závěrečné práce. Na závěr pak chci poděkovat všem dalším mně blízkým osobám, které mne též velice podporovaly a motivovaly k dokončení diplomové práce.

OBSAH

Seznam použitých zkratk

Úvod

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. ZÁVISLOST	9
1.1 Závislost a rodinné vazby	10
1.2 Syndrom závislosti	13
1.3 Duševní poruchy spojené se závislostí na psychoaktivních látkách	14
1.4 Současné způsoby léčby závislostí	18
1.5 Pastor Bonus	23
2. SOCIÁLNÍ DĚLOHA	33
2.1 Jak chápat pojem Sociální děloha	34
2.2 „Trimestry” psychosociálního vývoje	35
2.2.1 První třetina (0-6 let)	36
2.2.2 Druhá třetina (6-12 let)	37
2.2.3 Poslední třetina (12-18 let)	38
2.3 Sociální porod	39
2.3.1 Sociální porod dcery	40
2.3.2 Sociální porod syna	41
2.3.3 Komplikace sociálního porodu a analogie poruch příjmu potravy se závislostí na psychoaktivních látkách	44

II. EMPIRICKÁ ČÁST

3. PŘEDPOROZUMĚNÍ ZKOUMANÉMU PROBLÉMU	48
4. CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÁ OTÁZKA	49
5. VÝZKUMNÝ SOUBOR	50
5.1 Výběr výzkumného souboru	50
5.2 Popis účastníků	50
6. ETICKÉ ASPEKTY VÝZKUMU	60

7. METODIKA VÝZKUMU	62
7.1 Sběr dat	62
7.2 Analýza sebraných dat	65
8. INTERPRETACE DAT	70
8.1 Výchova v rodině	70
8.1.1 Nestabilní otcovské figury	71
8.1.2 Toxické nastavení struktur	73
8.1.3 Výchova příslušníkem širší rodiny	77
8.2 Prostředí mimo rodinu	79
8.2.1 Nepřijetí a agrese ze strany vrstevníků	79
8.2.2 Drogy jako možnost socializace	81
DISKUSE	85
LIMITY PRÁCE	88
ZÁVĚR	90
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	91
PŘÍLOHY	94

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. ZÁVISLOST

Závislost jako diagnostický pojem v rámci medicíny, psychologie, adiktologie, sociologie a dalších oborů je velice mladou záležitostí rozvíjející se až v posledních desetiletích. Na závislé se v dnešní době již tak často nepohlíží jako na společenskou či morální spodinu a odepsané jedince, i když z vlastní zkušenosti vím, že v lidech stále přetrvává mnoho společenských předsudků. Pokud však člověk, který má závislostní chování či syndrom závislosti, přijde k odborníkovi, je brán dnes už jako každý jiný pacient trpící nemocí. V této části práce se zaměřím na závislost z pohledu převážně psychologické teorie a na závislost z pohledu rodinných či vrstevnických vazeb, protože ty jsou pro nás důležité v rámci výzkumu.

Koncem minulého století se snažili odborníci zabývající se psychologií osobnosti vytvořit nějaké obecné znaky, kterými by se dal popsat člověk trpící závislostí na psychoaktivních látkách či alkoholu. V osobnostních testech totiž závislí pacienti vykazovali podobné zvláštnosti v chování. Při prvních snahách o vysvětlení patogeneze abúzu návykových látek se objevily teorie, že osobnostní struktura závislých má rysy raných vývojových stádií člověka. Mezi základní znaky patřila nízká tolerance vůči frustraci a bolesti, silná potřeba péče a podpory z vnějšku, nekontrolovatelná impulzivita nebo extravertnost (Váchová, 2010). Přítomnost těchto infantilních nevědomých potřeb pak pacienti uspokojovali právě pomocí psychoaktivních látek (Ong, 1991).

Psychoanalytici dokonce poukazovali na vznik takzvané prealkoholové osobnosti, kterou již popisoval Freud ve své knize Tři úvahy o sexuální teorii (1953). Podle Freuda citová oploštělost matky v orální fázi vývoje dítěte způsobí fixaci libida v této fázi. Dalšími příčinami samozřejmě může být i neschopnost matky dítě v prvních měsících života kojit, ať už kvůli nějaké nemoci nebo z vlastního rozhodnutí. Všechny tyto aspekty pak vedou k orální frustraci dítěte a vzniku orálně závislé osobnosti. Orální frustraci si člověk v dospělosti může nahrazovat právě užíváním návykových látek, například kouřením nebo pitím alkoholu, které budou stimulovat oblast úst, což byl tehdy v orální fázi vývoje hlavní zdroj libosti a uspokojení dítěte.

Freud pak časem svou teorii rozšířil o to, že závislostní porucha může vzniknout v jakékoli fázi vývoje, a podle jednotlivých fází se pak bude lišit i výsledná struktura osobnosti a užívání návykové látky. Každopádně za primární závislé chování je podle Freuda považována masturbace, kterou lze velmi rychle a snadno docílit pocitu uspokojení a podobně tomu je podle něj při užití psychoaktivní látky. (Freud, 1953) I psychoanalytičtí psychoterapeuti, se kterými spolupracuji v rámci této práce, vnímají závislost svých klientů na psychoaktivní látce primárně jako prostředek k pudovému uspokojení, samozřejmě vycházejí z více teorií a s klienty řeší i další výhody, které jim drogy přinášely.

Další teorií, podle mě dobře využitelnou v praxi, je ta, kterou představuje egopsychologie. Egopsychologové se zaměřili na patologické procesy v utváření osobnosti závislého člověka, především abúzus návykových látek jako jeden z obranných mechanismů ega. Užívání drog je podle egopsychologů bráno jako efektivní obrana spojená se snahou navodit v organismu homeostázu. V tomto případě člověk nehledá uspokojení pudů, jako tomu je u psychoanalytické teorie, ale naopak se snaží uniknout od negativních emocí, frustrace a bolesti, kterých se nedokáže za plného vědomí zbavit vlastní silou. Závislost je zde vnímána jako symptom, který vznikl v reakci na vnitřní konflikt. Užívání drog pomáhá závislému emočně zvládat kontakt s okolním světem, snižuje jeho utrpení, stres, případně pomáhá zapomenout určité zážitky a životní události (Kudrle, 2003).

1.1 Závislost a rodinné vazby

O homeostatickém působení závislosti lze mluvit i v rámci rodinných vazeb. V praxi často slyším například stěžování si rodičů závislých klientů, jak je možné, že se jim tohle dítě tak úplně “nepovedlo”, když jejich bratr/sestra a další sourozenci jsou v pořádku. Při diskutování tohoto tématu s terapeuty zabývajícími se rodinnou terapií jsem mnohokrát narazila na shodný názor, že jde jen o výsledný symptom psychopatologie celé rodiny, která se bohužel často projevuje pouze na jednom z jejích členů. Závislost jednoho člena rodiny totiž může přinášet rodině jako celku určité výhody, například že se jednotliví členové, kteří si byli za normálních okolností odcizeni, semknou dohromady ve snaze pomoci mu. Bohužel to ale dlouhodobě stejně

nepomůže, protože se pak ostatní členové rodiny nekonzertují na jiné problémy mezi sebou.

Takzvaný model nemoci rodiny popisuje například Rotgers na příkladě, kdy je závislým jeden z rodičů a pak se jím stane i dítě (1999). V rámci praxe můžu říct, že je tento popis rodiny až děsivě přesný a častý, sami to uvidíte v praktické části této práce. Někdy nejde o otce ale matku, průběh vzniku závislosti u dítěte však zůstává podobný.

Rotgersův model vypadá následovně: Otec pije, nevěnuje se rodině, matka začne mít pod kontrolou celou domácnost, což ze začátku vnímá pozitivně. Stane se často, že roli partnera nahradí matce některé z dětí, protože od otce se cítí nedocenená. Určitou dobu je vzorec funkční. Od hnutí Anonymních alkoholiků také vznikl pojem kodependence neboli spoluzávislost (Kalina et al., 2008), kdy popisují skutečnost, že často se taky stane, že vlastně zbylí členové rodiny závislost jejího člena podporují a sabotují snahu o vyléčení, protože jim jeho závislost přináší určité vědomé výhody (např. matka se cítí důležitější, že zvládá vydržet s alkoholikem, děti zase mohou od otce dostávat kompenzace za nedostatek stráveného času s nimi v podobě materiálních věcí a taky jej v domácnosti zastupují a mají pocit důležitosti).

Problém však u dítěte nastane ve chvíli, kdy přichází nutnost separace, mělo by se odpoutat od rodiny a vybudovat si vlastní život, identitu. O separaci buď stojí a nebo naopak nestojí, ať už z vlastních potřeb nebo mu není dovolena od rodičů. Dítě se každopádně dostává do vnitřního konfliktu z přirozených nároků na opuštění staré role v tomto světě, může mít taky pocit viny z potřeby uspokojení svých vlastních cílů. V tuto chvíli přichází jako řešení užívání psychoaktivních látek, které dítěti najednou nabídne nové role a pozice v rodině (Rotgers, 1999). Pokud se snažil drogami docílit separace, může být jeho přání vlastně splněno tím, že jej rodina vykáže z domu, pokud se snažil naopak docílit toho, že konečně se začne pečovat o něj, pozornost získá, protože, jak už jsem psala na začátku, rodina se semkne a snaží se mu pomoci. Na problém separace upozornil též například Pavel Mühlpachr ve své publikaci Sociální patologie a sociální deviace (2019), kdy ji zařadil mezi jednu z možných premis v rámci sociologické teorie. Popsal ji přímo jako strach před separací. „Mnohým jedincům se nepodařilo být samostatnými. Jinými slovy odtržení

od rodiny vedlo k nadměrnému užívání drog a tím k ještě silnějšímu posílení vazby na rodinu. Tato situace je také prototypem rodinné struktury závislého jedince. Silná pozitivní spoluúčast jednoho z rodičů oproti druhému, který má odmítavý či trestající postoj. Pak vzniká spojenectví mezi závislým jedincem a příliš starostlivým rodičem. Pokud trvá závislost jedince na drogách, trvá také společenství, a tím se posiluje stabilita takového rodinného schématu.” (Mühlpachr, 2019)

Faktory, které mohou mít podíl na vzniku a vývoji závislého chování dětí v rámci rodinných vazeb popisuje dále též Nešpor ve své knize Návykové chování a závislost (2007). Jsou jimi:

- již výše zmíněné užívání psychoaktivních látek rodiči
- trestná činnost v rodině
- nedostatečná komunikace mezi rodiči a dětmi
- nedostatečná nebo naopak přehnaná péče rodičů (většinou matky) o děti, což poté vede k výše zmíněné neschopnosti separace přirozenou cestou
- bezhraniční výchova s nedostatkem jasných pravidel a jejich nevhodným uplatňováním
- nedostatečná případně žádná pozornost vůči dítěti a jeho zájmům a potřebám.

Dalšími znaky problematické rodiny pak jsou podle Nešpora například zvýšený výskyt negativních vztahů a postojů v rodině (špatné vztahy i se širší rodinou apod.), nedostatek či převaha negativních emocí, nebo například často i domácí násilí na jednom z rodičů či na dětech.

Zde též ještě tedy doplním další faktory z již zmíněné publikace Pavla Mühlpachra, které by mohly přispět vzniku závislostního chování. Jsou jimi například:

- dosažitelnost drog (podle Mühlpachra se spotřeba a počet závislých odvíjí od toho, jak drahé v dané oblasti drogy jsou, a jak snadno nebo těžko se k nim dá dostat)
- zařazení do společnosti (v normální společnosti byli jedinci odmítáni, tak se „pomstili” zařazením do deviantní subkultury, kde získali díky užívání návykových látek určité uznání a pocit seberealizace)

1.2 Syndrom závislosti

V rámci Nešporovy zmíněné publikace bych se chtěla ještě zaměřit na pojem Syndrom závislosti. Autor čerpal z Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (dále již jen MKN - 10). Nešporova definice syndromu závislosti zní: „ Je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuoobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje.“ (Nešpor, 2007, s 10).

Definitivní diagnózu bychom však u klientů měli podle Nešpora stanovit pouze v případě, že u nich během posledního roku došlo ke třem a více z následujících jevů:

- silná touha nebo pocit puzení užívat látku
- potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo o množství látky
- tělesný odvykací stav: Látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tu kterou látku. K mírnění odvykacího stavu se také někdy používá příbuzná látka s podobnými účinky
- průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo, nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance)
- postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku

- pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: poškození jater nadměrným pitím, depresivní stavy vyplývající z nadměrného užívání látek nebo toxické poškození myšlení (Nešpor, 2007)

Nešpor (2007) ještě po tomto seznamu upozorňuje, že je zde jistá podobnost s jinými druhy návykového chování, nepovažuje však závislost například na práci, automatech či poruchy příjmu potravy jako závislost v pravém slova smyslu. Zrovna k poruchám příjmu potravy se vrátím v druhé části teoretické práce, kde se budu zabývat prací s nimi v rámci teorie sociální dělohy. Nyní se však ještě zaměříme jen na užívání návykových látek a jejich důsledky na psychickém zdraví člověka.

1.3. Duševní poruchy spojené se závislostí na psychoaktivních látkách

V publikaci již výše zmíněné MKN-10 se dočteme o duševních poruchách a poruchách chování spojených se závislostí na psychoaktivních látkách v oddíle F10 až F19. Třetí znak kódu specifikuje, o kterou substanci návykové látky se jedná, čtvrtý znak kódu pak specifikuje klinický stav, ke kterému užívání látky může vést. Nejdříve představím rozdělení, podle třetího znaku kódu, tedy o kterých látkách se publikace MKN-10 vyjadřuje jako o návykových:

- **F10:** Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu
- **F11:** Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním opioidů
- **F12:** Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kanabinoidů
- **F13:** Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním sedativ nebo hypnotik
- **F14:** Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kokainu
- **F15:** Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním jiných stimulancií, včetně kofeinu
- **F16:** Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním halucinogenů
- **F17:** Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku
- **F18:** Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním prchavých rozpouštědel

- **F19:** Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek - Tato položka se používá v případě, že diagnostikovaný užil dvě a více psychoaktivních látek, ale nelze určit, která z nich se na jeho poruše podílí nejvíce. Též se tato položka používá, když nelze identifikovat, o které látky šlo, a samotný uživatel psychoaktivních látek není schopen si vybavit, co přesně vzal.

Nyní se podíváme již přímo na následky užívání psychoaktivních látek, které jsou rozděleny čtvrtým znakem kódu. Ten by měl být používán v závislosti na specifikované substanci zapsané ve třetím znaku, protože ne u všech výše zmíněných látek je možné dosáhnout všech stavů a nemocí popsanych ve čtvrtém znaku. Přesto všeobecně zde vypíši všechny body:

- ❖ **.0 Akutní intoxikace** - Stav po aplikaci psychoaktivní látky, který vede k poruchám úrovně vědomí, vnímání, poznávání, emotivity a chování či jiných psychofyzilogických funkcí a reakcí. Poruchy jsou vyvolané přímým akutním farmakologickým působením a časem mizí, s úplným návratem, pokud nedojde k poškození tkání, nebo se neobjeví jiné komplikace. Za komplikace počítáme: úraz, vdechnutí zvratků, delirium, kóma, křeče, eventuálně další zdravotní obtíže. Původ komplikací je odvislý od substance a způsobu použití. V závislosti na různých látkách zde patří například: Akutní opilost (u alkoholismu), Špatné cesty - faux pas (drogy), Opilost NS, Patologická intoxikace, Stavy transu a posedlosti při intoxikaci psychoaktivní látkou
- ❖ **.1 Škodlivé použití** - Příklad užití psychoaktivní látky vedoucí k poruše zdraví. Poškození může být somatické (hepatitida při injekčním podání drog) nebo psychické (epizody sekundární deprese až těžký alkoholismus). Patří zde také Abúzus psychoaktivní látky.

- ❖ **.2 Syndrom závislosti** - Soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládnání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, priorita v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být přítomen pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí. Patří zde například Chronický alkoholismus, Dipsomanie, Toxikomanie.

- ❖ **.3 Odvykací stav** - Skupina příznaků různého seskupení a stupně závažnosti, vyskytující se při absolutním nebo relativním odvykání psychoaktivní látky po jejím dlouhodobém užívání. Nástup a průběh odvykacího stavu jsou časově ohraničeny a mají vztah k typu psychoaktivní látky a dávce, která byla užita bezprostředně před zastavením nebo redukcí užívání. Odvykací stav může být komplikován křečemi.

- ❖ **.4 Odvykací stav s deliriem** - Stav definovaný charakteristikou .3 na čtvrtém místě, je komplikován deliriem, jak je definováno v oddíle F05. Mohou se také objevit křeče. Pokud je podezření, že organické faktory hrají roli v etiologii, stav by měl být zařazen do F05.8.

- ❖ **.5 Psychotická porucha** - Soubor psychotických fenoménů, které se objevují během požití psychoaktivních látek nebo po něm, které však nelze vysvětlit pouze akutní intoxikací a nejsou součástí odvykacího stavu. Porucha je charakterizována halucinacemi (typicky sluchovými, ale často ve více než jen v jedné sensorické modalitě), percepčními zkomoleními, bludy (často paranoidní nebo persekuční povahy), psychomotorickými poruchami (vzrušením nebo stuporem) a abnormálním afektem, který se může objevit v rozsahu od intenzivního strachu až k extázi. Vědomí je obvykle jasné, ale určitý stupeň

jeho zastření může být přítomen, nikoliv však těžký stav zmatenosti. Například u alkoholické se objevují tyto symptomy: halucinóza, žárlivost, paranoia, psychóza NS.

❖ **.6 Amnestický syndrom** - Syndrom sdružený s výrazným chronickým postižením paměti na nedávné i vzdálené skutečnosti. Bezprostřední vybavování je obvykle zachováno a čerstvá paměť je typicky více poškozena než paměť dávná. Narušení pocitu času a řazení událostí jsou obvykle zřejmé, jako je porušená schopnost učit se novému. Konfabulace může být vyjádřena, ale není vždy přítomna. Jiné kognitivní funkce mohou být relativně dobře zachované a amnestické defekty jsou v nepoměru k ostatním poruchám. Řadíme zde například Amnestickou poruchu vyvolanou drogami či alkoholem, Korsakovu psychózu nebo syndrom, který je vyvolán alkoholem či jinou psychoaktivní substancí, nebo nemá určený původ.

❖ **.7 Psychotická porucha reziduální a s pozdním nástupem** - Porucha, u níž změny v poznávání, afektu, osobnosti nebo chování, vyvolané alkoholem nebo psychoaktivní substancí, přetrvávají za období, kdy přímý účinek ve vztahu k psychoaktivní látce může být předpokládán. Nástup poruchy by měl mít přímý vztah k užití psychoaktivní látky. Případy, kdy se úvodní nástup stavu objevuje později než epizoda (epizody) užití látky, by měl být kódován zde jen tehdy, je-li dosažitelný jasný a přesvědčivý doklad, že tento účinek můžeme přisoudit reziduálnímu účinku psychoaktivní látky. „Flashbacks” mohou být částečně odlišeny od psychotického stavu svou epizodickou povahou, běžně velmi krátkého trvání a svým opakováním dřívějších zkušeností ve vztahu k alkoholu nebo jiné psychoaktivní látce. Řadíme zde například: Alkoholická demence NS, Chronický alkoholický mozkový syndrom, Demence a jiné lehčí formy přetrvávajícího poškození kognitivních funkcí, tzv. „Flashbacks”, Psychotická porucha s pozdním nástupem vyvolaná psychoaktivní látkou, Posthalucinogenní percepční porucha, Reziduální: afektivní porucha, porucha osobnosti a chování.

❖ .8 Jiné duševní poruchy a poruchy chování

❖ .9 Neurčené duševní poruchy a poruchy chování

Seznam duševních poruch bych ještě doplnila z druhého nejznámějšího diagnostického manuálu DSM-V. V této publikaci je zmíněn například Amnestický syndrom, nebo jinak nazývaný též Korsakovova psychóza či Meynertova amence. Jedná se o neurologické poškození, kde je nejvíce narušena krátkodobá paměť. Nejčastěji jej vidíme u pacientů, kteří jsou závislí na alkoholu, nebo trpí dlouhodobou podvýživou (což samozřejmě bývá například u uživatelů metamfetaminu) a mají závažný nedostatek vitamínu B1. Tato choroba je ale údajně velmi vzácná, přesto ne nemožná. (DSM - 5, 2015)

1.4 Současné způsoby léčby závislostí

Většinou každá nemocnice, nebo psychiatrické zařízení nabízí i léčbu závislostí. V této kapitole se však zaměřím konkrétně na typy léčby, které jsou důležité pro mou práci, tedy na komunitní způsob léčby drogově závislých. Při mém hledání jsem narazila na spoustu zařízení, kde nabízejí komunitní léčbu pro závislé na psychoaktivních látkách, alkoholu a často také na hracích automatech. Většina komunit má společné znaky a způsoby, kterými léčba probíhá. Vyjmenuji podle mne nejdůležitější body.

Jsou jimi například:

- dobrovolnost (Klient má právo kdykoliv zařízení opustit a ukončit léčbu.)
- bezpečné prostředí (Čistota od návykových látek ale také dohled nad tím, aby v komunitě neprobíhalo násilí mezi klienty, musí se zde cítit chránění, tento znak je nejdůležitější především pro první fáze léčby.)
- fáze léčby (Při postupu do vyšších fází má klient čím dál větší míru volnosti, může opouštět na určený čas komunitu, čímž se pracuje na zařazení do normálního života a na zvládání různých životních situací bez drog.)
- individuální či skupinová terapie a další typy terapeutické pomoci (například dramaterapie, arteterapie)

- režimová terapie (Klienti nemohou stále jen sedět na individuálních, skupinových a dalších typech terapií. V mezičase proto vykonávají určitou práci v rámci komunitního zařízení - úklidy, starost o domácnost, starost o zvířata, vaření, sekání dřeva... Také mají přesně stanovené časy, kdy a kde mají být, všechny tyto aspekty klientům pomáhají k naučení se zodpovědnosti a pracovním návykům.)
- resocializace (Klienti mají různé druhy terapií, v některých probíhá edukace základních pravidel společenského chování, etikety apod.)
- kolektivní práce na léčbě (Klienti si navzájem pomáhají, podporují se v léčbě ať už v rámci terapií nebo i ve společně stráveném volném čase. Předávají si zkušenosti, vyšší fáze mohou podpořit klienty v nižších fázích, když jim například nabídnou porozumění v jejich situaci, že něco podobného kdysi prožívali také.)
- hierarchie (Klienti vyšších fází léčby mají určité pravomoce, díky kterým mohou pomáhat zaměstnancům a terapeutům zařízení s chodem komunity a péčí o klienty v nižších fázích léčby. Často není vyloučené ani to, že po absolvování léčby se klienti stanou pracovníky v zařízeních a díky svým vlastním zkušenostem jsou přínosem pro nové klienty.)
- nabídky práce buď v chráněných dílnách nebo přímo pomoc klientovi s hledáním normální práce venku (Zde se také často nabízí klientům možnost dokončit si určitou úroveň vzdělání na školách v okolí, aby mohli v budoucnu mít lepší pracovní možnosti.)
- psychiatrická péče (Spousta klientů může mít následkem užívání drog některou z mnou již výše zmíněných psychických poruch nebo poruch chování a je třeba je na určité období léčby zamedikovat. Samozřejmě se pak spolupracuje s psychiatry na odstranění co největšího počtu léků, pokud je to možné, na úplném vysazení medikace, aby mohl klient vést normální život po skončení léčby.)

- možnost odpracovat si obecně prospěšné práce, případně v léčebně podstoupit soudně nařízenou léčbu (S právními věcmi většinou pomáhají sociální pracovníci komunity, ale i samotní klienti.) (souhrn z webových stránek léčeben pro drogově závislé, Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách)

Výše zmíněné body nejsou prováděné všechny v každém ze zařízení, protože každá komunita je jedinečná, má vlastní způsob léčby, metody a je vyhovující pro různé typy klientů. Po prostudování programů léčby jsem též vyzorovala, že ne každá z komunit pracuje stejnou formou terapie (KBT, Logoterapie, psychoanalytická psychoterapie,...) Dovolím si zde zmínit nejznámější komunity či společnosti v České republice zabývající se léčbou drogově závislých a jejich základní hrubý popis. Informace jsem čerpala z webových stránek komunit (uvedené na konci práce v seznamu použité literatury), telefonických rozhovorů s pracovníky některých zařízení, která byla ochotná se mnou komunikovat, a také ze zkušeností účastníků, se kterými jsem vedla rozhovory, protože někteří z nich se léčí z drogové závislosti již opakovaně a níže zmíněná zařízení dříve navštěvovali.

- **Renarkon**

Komunita Renarkon se nachází v Čeladné, je organizačně začleněna do společnosti Renarkon o.p.s. se sídlem v Ostravě. Jedná se o pobytové resocializační zařízení pro klienty s dlouhodobou látkovou i nelátkovou závislostí, kriminální minulostí, kteří mají zdravotní nebo psychické obtíže spojené s předchozím užíváním návykových látek. Délka léčby se zde pohybuje většinou v rozmezí osmi až dvanácti měsíců. (<https://www.renarkon.cz>)

- **Sananim**

Sananim je nezisková organizace fungující od roku 1990. Nabízí pomoc lidem ohroženým závislostí na drogách, alkoholu a hazardním hraní a nabízí pomoc, podporu a kurzy příbuzným/rodinám závislých klientů. Sananim má krom jiných nabízených služeb (kontaktní centra, adiktologická ambulance, denní stacionář, poradna pro rodiče...) také dvě terapeutické komunity.

První z nich s názvem Němčice se nachází v Heřmani a zajišťuje dlouhodobou pobytovou léčbu pro klienty závislé na nealkoholových drogách, případně na kombinaci alkoholu a jiných návykových látek. Doba léčby se zde pohybuje od deseti do patnácti měsíců a je rozdělena na čtyři fáze.

Druhá komunita Karlov se nachází v Čimelicích a specializuje se na léčbu závislých mladistvých (16 - 25 let) a závislých matek/otců s dětmi. Opět se jedná o střednědobou až dlouhodobou formu léčby.

Sananim pak dále svým klientům po absolvování léčby v případě jejich potřeby nabízí doléčovací centrum a též doléčovací centrum speciálně jen pro závislé matky s dětmi. (<http://www.sananim.cz>)

- **Magdaléna o.p.s.**

Magdaléna o.p.s. je nestátní nezisková organizace ve Středočeském kraji a Praze, která poskytuje ucelený systém zdravotních a sociálních služeb v oblasti prevence a léčby různých typů závislostí. Ambulantní léčbu nabízí v Praze, Příbrami a Berouně. Nabízí také program pro léčbu klientů s duální diagnózou (syndrom závislosti a další psychická porucha) v Mníšku pod Brdy.

V této oblasti pak sídlí také terapeutická komunita, která je určena dospělým klientům (od 18 let) se středně těžkou až těžkou závislostí na návykových látkách a výrazným stupněm psychosociálního postižení v důsledku užívání drog. Komunita nabízí integrovanou zdravotní, sociální a výchovnou péči v délce od osmi do patnácti měsíců, záleží na závažnosti stavu klienta a jeho poškození předchozí drogovou kariérou. Také kladou důraz na individualitu každého klienta a jeho potřebu osobnostního růstu. Po absolvování některého z léčebných programů poskytuje organizace svým klientům možnost navštěvovat doléčovací centrum na Praze 4 - Podolí. (<http://magdalena-ops.eu/cz>)

- **Advaita z.ú.**

Organizace Advaita se zaměřuje na zneužívání alkoholu, drog a cigaret. Hlavní sídlo má v Liberci. Zde též nabízí ambulantní poradenství, primární prevenci a doléčovací program v rámci svého Centra adiktologických služeb. Terapeutická komunita pak sídlí v Nové vsi u Liberce. Ta se zaměřuje opět na dospělé klienty (18+) závislé především na nelegálních psychoaktivních látkách.

Zajímavou specifikací režimové terapie je zde nabídka práce s mentálně postiženými. Dům komunity sousedí s DOZP, zájemci si mohou vyzkoušet své schopnosti v pomáhání druhým přímo v rámci pracovního programu komunity. Tato nabídka je však dobrovolná a není povinnou součástí léčebného programu.

I zde je léčba rozdělena na fáze, a to na čtyři. První fáze trvá dva až čtyři měsíce, druhá čtyři až osm měsíců a třetí jeden až tři měsíce. Celková doba léčby nesmí přesáhnout patnáct měsíců. Již při druhé fázi se nabízí klientům větší volnost (mimo komunitu mohou klienti trávit čas každou neděli a každý druhý víkend) a odpovědnost v rámci různých pravomocí sloužících k podílu na chodu komunity. Ve třetí fázi léčby si pak mohou klienti odpracovávat obecně prospěšné práce. Komunita nabízí také pomoc při hledání zaměstnání v okolí Liberce. Je zde celkově kladen důraz na resocializaci a také změnu hodnotového žebříčku klientů.

(<https://advaitaliberec.cz/terapeuticka-komunita>)

- **Komunita BÉTEL**

Nachází se v Kralupech nad Vltavou. Vybrala jsem zde tuto komunitu, protože je zajímavá svými odlišnými principy oproti předchozím zmíněným. Tato terapeutická komunita klade důraz na léčbu prostřednictvím společného života v přátelském prostředí. V komunitním životě jsou podle slov vedení aplikovány základní křesťanské principy, jako je bezpodmínečné přijetí, odpuštění a láska k bližnímu. Hlavním principem péče je pak vzájemná pomoc mezi klienty. Mezi základní terapeutické prostředky zde patří smysluplná práce probíhající v prostředí tří sociálních podniků. Komunita zde nemá úplně ohraničenou délku léčby, spíše délku jen klientům doporučuje, a to dvanáct až osmnáct měsíců s tím, že členové komunity mohou zažádat též o prodloužení pobytu. (<https://komunitabetel.cz>)

Všechny výše zmíněné komunity se zaměřují na léčbu jedinců, maximálně na léčbu závislých matek s dětmi. Ve většině léčeben a komunit je zákaz navazování partnerských vztahů, případně se do léčby nemohou přihlásit lidé v páru. Abych to terapeuticky vysvětlila. Spousta terapeutů, se kterými jsem mluvila, je přesvědčena, že tvoření vztahů při léčbě je únik od léčby samotné, je to přenesení závislosti z látky na osobu, a je velice složité jak terapeuticky, tak technicky s párem v léčbě pracovat. Ke své práci jsem si vybrala komunitu, která právě jako jediná přijímá i páry a dokonce i celé rodiny s dětmi, krom dalších aspektů, které vyjmenuji, tak minimálně v tomto směru je jedinečná.

1.5 Pastor Bonus

Psychoterapeutická komunita Pastor Bonus patří mezi jedny z nejstarších léčeben pro drogově závislé v České republice. V době jejího vzniku, přesně 8. září 1993, zde u nás existovala pouze již výše zmíněná organizace Sananim s terapeutickou komunitou v Němčicích. Komunitu společně založili přátelé Petr Opletal a Witold Ďubek, původně především v křesťanském duchu, což lze odvodit již ze jména léčebny. Název Pastor Bonus, v překladu dobrý pastýř, používali Petr a Witold metaforicky, napadl je při sledování skleněné vitráže v místním kostele, kde Ježíš jako dobrý pastýř vytahuje zatoulanou ovečku z trní. Trní mělo symbolizovat drogovou závislost, ve které se klienti ztratili, a komunita jim měla pomoci se vrátit zpět do normálního života.

Dovolím si přeskočit historický průběh formování komunity, ten již obsáhle popsal můj bratr ve své bakalářské práci v rámci případové studie s názvem Institucionalizace léčebny Pastor Bonus: edukační terapie v léčbě závislostí (Opletal, 2022), abych se zbytečně nedopouštěla plagiátorství, vzhledem k tomu, že jsem rozhovory ohledně obecných informací o Pastor Bonus s Petrem a Pavlínou Opletalovými - našimi rodiči, vedla přibližně ve stejném časovém období. Představím tedy pouze současnou podobu, v jaké komunita funguje.

Jak jsem již výše zmínila určité jedinečnosti, tak zopakuji, že psychoterapeutická komunita Pastor Bonus je jedinou léčebnou, která přijímá vedle jednotlivců k léčbě drogové závislosti také páry, případně i celé rodiny s dětmi, které

samy mají též k dispozici dětské terapie s Pavlínou Opletalovou. Další zajímavostí je, že je komunita soukromá a samosprávná, bez zaměstnanců, klienti si chodí dne zařizují sami, mají rozdělené funkce podle své fáze léčby, fáze vysvětlím později. Jediní, kdo s klienty, a pouze terapeuticky, pracují, jsou manželé Opletalovi. Petr Opletal zde samozřejmě ještě plní funkci vedoucího léčebny, kterému se zodpovídají v rámci technického chodu klienti Pastor Bonus.

Petr a Pavlína Opletalovi jsou certifikovaní odborní psychoanalytičtí psychoterapeuti mající za sebou přibližně patnáct let řádného psychoterapeutického výcviku, jsou řádnými členy České společnosti pro psychoanalytickou psychoterapii (ČSPAP) a Institutu psychoanalytické párové a rodinné terapie (IPPART).

Věková hranice přijímaných klientů je nastavena od 15 do 40 let. K léčbě drogově závislých se zde aplikuje psychoanalytická psychoterapie, a to konkrétně v těchto druzích terapií:

- Skupinová psychoanalytická psychoterapie (Petr Opletal)
- Individuální psychoanalytická psychoterapie (Pavlína Opletalová pracuje s mladšími klienty do cca 23 let, Petr Opletal pak se staršími)
- Párová psychoanalytická psychoterapie (Oba dle domluvy s klienty, kdo jim bude více vyhovovat. Párová terapie je dobrovolná a klienti si o ni mohou žádat v průběhu léčby - je nabízena primárně klientům, kteří se přišli léčit v páru, pak také klientům, kteří vytvořili pár v průběhu léčby a jsou v poslední fázi léčby, kdy se připravují na odchod do normálního života)
- Rodinná psychoanalytická psychoterapie - páry s dětmi, matky s dětmi (Pavlína Opletalová)
- Dětská terapie (Pavlína Opletalová)
- Large group (Petr Opletal)
- Edukační terapie - zaměřená na resocializaci klientů (Pavlína Opletalová)

Vzhledem k tomu, že se zde v rámci léčby jedná o psychoanalytickou terapii, tedy terapii založenou na práci s minulostí a nevědomými procesy, jak sami Opletalovi uvádí, snaží se klienty léčit tak, že považují drogovou závislost jako symptom/doprovodný problém jiných poruch vyplývajících z minulosti klienta.

Odstranění pravých vnitřních příčin a pohnutek, které vedly k závislosti na psychoaktivních látkách, pak vede k následně lepší šanci klienta na plnohodnotný a kvalitní budoucí život. V rámci terapie pracují klienti se všemi svými stránkami osobnosti, učí se především zvýšit svou frustrační toleranci, aby problémy neřešili únikem (drogami), dále se snaží rozvíjet pomocí vztahů s ostatními členy komunity.

Díky společnému soužití v komunitě jsou klienti vystaveni mnoha různým sociálním interakcím a situacím, kterým už třeba čelili a nezvládli je, nebo kterým rozhodně čelit budou v normálním životě. Na těchto situacích jim často vyvstane spousta témat a díky jejich řešení v terapii jsou pak lépe připraveni na zvládnutí podobných situací bez chráněného prostředí.

Budováním vztahů s ostatními členy komunity, ať už terapeutickými nebo mimoterapeutickými v bezpečném prostředí se klienti mají šanci zlepšovat v navazování jakéhokoliv typu vztahu (přátelské, partnerské...), mají možnost většího sebepoznání a sebeprožívání, a také reparování některých naučených vzorců chování a vztahování se.

Přesná délka léčby není stanovena, i když v průměru se zde klienti léčí okolo dvou až tří let. Podle manželů Opletalových nelze vymezit určitou časovou hranici, ve které se každý drogově závislý vyléčí, pracují s individuální časovou potřebou každého klienta. Jediné vymezení v rámci léčby, které tady je, jsou fáze, ani u nich ale není nikde určeno, jak dlouhý čas v nich klient stráví, jak již jsem říkala, je to individuální podle potřeb klienta a na základě jeho pokroku v léčbě.

Fáze léčby:

- *Supervizní fáze* - Jediná fáze určená časem, jedná se o jednoměsíční zaučovací fázi. Klient po nástupu do léčby dostane „supervizora“ v podobě někoho z klientů druhé fáze léčby (novus). Ten ho má po celý měsíc na starost a má za úkol jej uvést do společenství komunity, vysvětlit mu základní pravidla chodu a plní pozici určitého ochránce. Opletalovi kladou na tento vztah důraz, mnohdy totiž supervizor se svým mandantem naváží velmi pevné pouto, které přetrvá po celou dobu léčby, po skončení supervize se jejich pouto stane více rovnocenným a navzájem se oba podporují. V pozdějším období léčby je též časté, že když jeden z nich má krizi, bývá ten druhý jediným, na jehož názor a rady klient dá, když už všechno ostatní selže. Supervizor za svého mandanta dostává i tresty v případě, že nedodrží některá pravidla komunity. Většinou však ze začátku jsou vyšší fáze k nově příchozím velmi tolerantní a než aby daly trest, tak spíše klienta v supervizi, případně jeho supervizora jen upozorní, aby si na něco dávali pozor. Během supervize je klient bez jakéhokoliv kontaktu s vnějším světem, tyto podmínky mohou být náročné, ale je potřeba jej alespoň trochu již odpoutat od původního životního stylu, zároveň se tímto odříznutím podporuje navazování vztahů uvnitř komunity. Supervizní fáze končí společným týdenním vařením supervizora a mandanta a starostí o kuchyň a nádobí.
- *Novus (nováček)* - Klient již nad sebou nemá ochrannou ruku v podobě supervizora, co se týká zodpovědnosti za své činy. Stává se plnohodnotným členem komunity se všemi povinnostmi a právy. Denní režim novusů je pevně dán denním řádem komunity, kdy většinu dne tráví starostí o sebe a ostatní členy. Novusové mají rozdělené povinnosti týkající se vaření, starosti o domácí zvířata, úklidu a práce v a okolo domu. Odpoledne mají novusové relaxaci, poté nějaký sportovní program. Víkendy jsou zde volnější, pokud nemá klient žádné tresty za nedodržování pravidel. Pokud ano, musí si je odpracovávat ve

volném čase. Během této režimové terapie zároveň současně probíhají podle rozpisu i psychoanalytické sesse, na které klient dochází. Dvakrát týdně podstupuje skupinovou psychoanalytickou sessi (pouze s ostatními klienty ve fázi novus, vyšší fáze mají své vlastní skupinové terapie), jednou týdně individuální sessi, jednou týdně large group, jednou až dvakrát týdně edukační terapie a pak jednou týdně tzv. Řádnou velkou komunitu, kde jsou přítomni všichni členové komunity bez ohledu na fázi léčby pod vedením Petra a Pavliny Opletalových. Na této sessi klient hodnotí svůj proběhlý týden, může se svobodně vyjádřit ke každému členovi komunity a řeší zde technické záležitosti (např. kdy potřebuje jet na úřad, k doktorovi apod.) ohledně následujícího týdne. Ve fázi novus má klient povolený kontakt s nejbližšími rodinnými příslušníky pomocí dopisů, výjimečně, když jde o situaci, která spěchá, tak pod dohledem klienta vyšší fáze může někoho telefonicky kontaktovat. Jinak novusové telefon nemají. Jejich rodina je může také přijet navštívit a vzít je během dne někam na výlet/nákup. V žádném jiném případě pak novus nemůže opustit prostory léčebny za účelem např. návštěvy lékaře, úřadu nebo nákupu bez doprovodu některého klienta vyšší fáze, se kterým se na tom předem domluví. Léčebna tím omezuje šance klienta k tomu, aby si někde sehnal návykovou látku.

V této fázi léčby klient stráví, co tak ze zkušenosti vím, přibližně rok. Jeho postup pak navrhuje Petr Opletal na již zmíněném sezení s názvem Řádná velká komunita, kde jsou přítomni všichni členové, a klienti vyšších fází společně s manžely Opletalovými o novusově postupu hlasují.

- *Status* (stabilní, spolehlivý, adaptovaný) - Klienti v této fázi se učí nést zodpovědnost, jak za své chování, tak za ostatní klienty, a za chod komunity. Podle mne i podle manželů Opletalových se jedná o nejtěžší fázi léčby. Klient ve fázi status zodpovídá prakticky za vše, co se v komunitě děje, vyhlašují jednotlivé činnosti v rámci denního řádu, jako je budíček, jídla, večerka atd., statusové řídí, kontrolují a zodpovídají také za všechny příchody a odchody klientů ostatních fází, rozdávají novusům úkoly a dohlíží na jejich plnění a

pořádek, musí mít přehled o všem, co se okolo komunity děje, a umět situaci adekvátně vyřešit, případně o důležitých událostech informovat klienty nejvyšší a poslední fáze nad sebou, nebo manžele Opletalovy, jinak jsou v případě „nefungování“ komunity trestáni klienty z nejvyšší fáze. Mění se i režim klienta. V této fázi má větší možnosti kontaktu s okolním světem, zaprvé již může používat telefon, zadruhé si musí jít hledat práci a platit si léčbu sám. Alternativou k nástupu do práce může být studium, kdy jako student má klient mírně volnější režim. Klienti si zde mohou dodělat střední školy, případně mohou studovat dálkově vysokou školu. I zde však mají klienti stále značně omezený pohyb, všechny činnosti, které chtějí podnikat, musí mít nahlášené na Řádné velké komunitě (kolo, kino, výlet, nákup), navíc, pokud mají tresty, jsou v mnoha činnostech omezení. Co se však týká dohledu, už se mohou mimo léčebnu pohybovat samostatně, učí se tím zodpovědnosti za sebe a vystavují se také pokušením k recidivě. Natrénují si tak, jak to budou zvládat sami venku. Co se týká delšího časového úseku, ve kterém mohou statusové opouštět komunitu, pokud řádně studují (zde jim mohou léčbu nadále platit například příbuzní, ale mohou i jako studenti chodit na brigády a platit si léčbu sami, každopádně zde je to dobrovolné) nebo pracují a vydělávají si na léčbu a živobytí sami, týkají se jich takzvané „dovolenky“.

Tyto dovolenky bývají většinou poslední víkend v každém měsíci, o Vánocích a dvakrát v létě pak skoro dva týdny v kuse. V tomto předem stanoveném termínu mohou statusové opustit léčebnu a jet buď domů, za kamarády, na dovolenou, kamkoliv, je to na nich. Dovolenky jsou důležitou součástí léčby ve fázi status, protože jsou klienti po delší dobu mimo chráněné prostředí, často se dostanou tím, že se vrátili domů, do prakticky stejného prostředí, ve kterém s užíváním návykových látek začali, a tím testují, jak dobře už na tom jsou, zda jsou schopni odolat chuti na drogy apod. Co se dělo na dovolence bývá pak častým tématem statusů na jejich individuálních a skupinových sessích. Střet s realitou i prostředím, ve kterém brali drogy, jim pomáhá v léčbě tím, že si kolikrát i uvědomí důvody, proč vlastně s drogami začali a co jim to přinášelo. V této fázi se klienti asi nejvíce loučí s drogou a

začínají se učit fungovat v realitě s čistou hlavou. V této fázi, samozřejmě nejčastěji právě během dovolenek, může dojít u některých statusů k recidivě. Za recidivu se v Pastor Bonus nevylučuje, status je akorát pobídnut k tomu, aby za recidivu přijal adekvátní trest, a především aby v terapii řešil své pohnutky k užití drog (snaží se přijít si na to, proč to udělal). Co se týká terapie, klientovi se mění skupinová sesse i její frekvence. Klient podstupuje skupinovou psychoanalytickou sessi spolu s klienty své a vyšší fáze pouze jednou do týdne. Fáze status trvá přibližně rok, opět v závislosti na schopnostech klienta, v této fázi se řeší především jeho schopnost abstinovat během pobytu mimo léčebnu, schopnost vytvořit si pracovní či studijní návyky (chodit stabilně do zaměstnání či školy, umět si udržet práci, prospěch, nezaspávat apod.), a v neposlední řadě se pohlíží také na schopnost unést nároky plynoucí ze zodpovědnosti za chod komunity (jak je organizačně schopný, jak je schopen se starat o ostatní klienty). Pokud klient splňuje všechny tyto podmínky a v terapii též progreduje, navrhne opět vedoucí komunity přechod do nejvyšší a poslední fáze léčby, o které hlasují již jen klienti patřící sami do této fáze léčby, a také manželé Opletalovi. Několikrát během celého období existence komunity nastaly případy, kdy kontakt s vnějším světem, případně nároky komunity, klient nezvládl.

Nejčastěji hlavně z důvodu neschopnosti udržet abstinenci, tedy opakovaných a častých recidiv, se může stát, že je klient zařazen zpět do fáze novus, tedy do chráněnější fáze bez nároků, kde má čas si odpočinout a lépe se připravit na okolní svět a nároky, toto zařazení zpět může navrhnout kterýkoliv člen komunity (který si například všiml, že je klient v jiném stavu vědomí a poslal jej na testy) ale rozhoduje o něm pouze Petr Opletal jako vedoucí komunity, který má navíc vhled do toho, jak klient terapeuticky pracuje. Pokud klient toto rozhodnutí nepřijme, musí opustit komunitu.

- *Verus* (pravdivý, opravdový) - Jedná se o doléčovací fázi, která je podobná ambulantní léčbě. Klient sice dál bydlí v komunitě, ale zároveň má téměř absolutní svobodu. Nemá již povinnosti v rámci organizace chodu komunity, plní spíše jen funkci dozoru a rozhodování o důležitějších věcech týkajících se všech klientů nižších fází společně s manžely Opletalovými, kterým se jako jediným zodpovídá. Jinak má v rámci chodu léčebny prakticky neomezenou moc. Pokud poruší řád, nedostane tresty, jen jsou mu odebrány „pravomoce“, takže nemůže trestat klienty nižší fáze a rozhodovat o dění v komunitě (programy pro nižší fáze, hlasování o postupu ostatních klientů apod.).

Nadále mu zůstává povinnost docházet do zaměstnání či školy, volný čas si však řídí sám a nemusí se již dovolovat o opuštění léčebny, pouze hlásí svůj příchod a odchod určenému statusovi. Může kdykoliv odjet například domů nebo na dovolenou i mimo termíny dovolenek. Stále dochází jednou týdně na skupinovou terapii a nově dvakrát týdně na individuální terapii, i tyto terapie jsou pro něj již dobrovolné a má právo si sessi zrušit a nedorazit na ni. Zde se pracuje na samostatnosti klienta, ke kterému se přistupuje jako již ke skoro zdravému a vyléčenému jedinci, ten by si měl být vědom, kdy terapeutickou pomoc potřebuje, a měl by si o ni umět sám požádat. Další změnou v rámci terapie je povolená volná konzumace alkoholu, který si však verusové nesmějí donášet do prostor léčebny v rámci ochrany klientů nižších fází (především novusů). Též, pokud se do léčebny vrátí v podnapilém stavu, se nesmějí moc ukazovat ve společných prostorách, nesmějí rozdávat tresty a podílet se na organizaci komunity. Při jakémkoli vážném přestupku se klient ve fázi verus do nižší fáze léčby nevrací, varovným opatřením je již výše zmíněné odebrání pravomocí, které může verus získat zpět dlouhodobou snahou napravit své chování tím, že udělá něco pro ostatní klienty (vymyslí například nedělní program, bude doprovázet klienty nižších fází mimo léčebnu apod.), aby jim vynahradil škody, které způsobil. Pokud varovné opatření nezabere, je verus předčasně vyloučen z léčby bez titulu Absolvent, což znamená, že již nikdy nemůže Pastor Bonus navštívit například v rámci výročních oslav založení nebo soukromých návštěv.

Hlavní náplní fáze verus je práce s odchodem do reálného života, čas v této fázi není nijak ohraničený, je závislý na individuálních potřebách klienta, jeho touze se osamostatnit, nebo často taky v této fázi klient zůstane po delší dobu proto, že si dodělává školu. V historii komunity nejsou neobvyklé případy, kdy někdo strávil ve fázi verus například dva a více let. Průměrně se však lidé rozhodnou ukončit léčbu přibližně okolo jednoho roku stráveného v této fázi. Ve chvíli, kdy už oficiálně oznámí, že chce terminovat, čekají ho přibližně tři měsíce, kdy by měl pravidelně docházet na všechny nabízené typy psychoanalytických seší, ve kterých řeší témata jako například strach ze separace, tendence k odkládání odchodu, strach ze samostatnosti atd. Po této fázi se klient oficiálně rozloučí s Pastor Bonus na „své“ poslední Řádné velké komunitě, kde se k němu vyjadřují ostatní členové včetně manželů Opletalových, přejí mu štěstí do nového života a pokud dostane od Petra Opletala „požehnání“, že ukončil léčbu řádně, stává se čestným absolventem, který je v komunitě Pastor Bonus kdykoliv vítán jako přítel z venku. Titul Absolvent znamená, že může jeho nositel například za klienty z nižší fáze, se kterými strávil podstatnou část léčby, kdykoliv přijet na návštěvu, má právo se účastnit i oficiálních událostí komunity, kterou je například již zmíněné výročí založení komunity Pastor Bonus a sraz absolventů léčby. Ty jsou pořádané pravidelně každý rok začátkem září. Pokud klient ve fázi verus odejde předčasně bez této oficiální Řádné velké komunity, případně pokud odejde kdykoliv během léčby v jiné fázi, nemůže již nikdy vstoupit znovu do Pastor Bonus, ať už jako klient nebo přítel komunity. Předčasně odešlé klienty též manželé Opletalovi nepřijímají opakovaně znovu na léčení. Dle Petra Opletala to tak mají nastavené z vlastní zkušenosti. Pokud jim prý nebyli schopni pomoci poprvé, nevyjde to ani při opakovaném pokusu a je to pro ně jako pro terapeutu i pro samotné klienty zbytečné plýtvání časem, který může klient využít rozdílným typem léčby v jiném zařízení. Když se někdo z bývalých klientů ozve, že by chtěl znova do léčby, odkážou jej tedy na jiné léčebny. Klienti, kteří řádně ukončili léčbu jako absolventi, se často i nadále spolu venku stýkají. Po více než dvaceti letech fungování komunity už i vně Pastor

Bonus samovolně vyrostla jakási komunita absolventů, kteří spolu podnikají společné akce, třeba i letní dovolené s rodinami. Především ti, co se již uplatnili v profesní sféře po odchodu z komunity, jsou ochotni čerstvým absolventům pomáhat s bydlením, nalezením práce/zaměstnávat je apod. Znají se mezi sebou tím pádem i absolventi, kteří se v léčebně nikdy nepotkali, kontakt navázalo spoustu z nich například díky každoročním srazům, případně díky tomu, že někteří absolventi opravdu pravidelně navštěvují komunitu a mají zájem se seznamovat s novými klienty a už kolikrát i během jejich léčby jim například vypomůžou s hledáním zaměstnání ve vyšší fázi. (<http://www.pastorbonus.cz>, rozhovory s Petrem a Pavlínou Opletalovými)

2. SOCIÁLNÍ DĚLOHA

Nyní bych chtěla představit teorii, ze které jsem čerpala inspiraci k vytvoření mého výzkumu. Sociální děloha jako metaforický model nyní používaný ve vývojové psychologii začali formulovat již v devadesátých letech minulého století MUDr. Vladislav Chvála a PhDr. Ludmila Trapková. Pojem Sociální děloha se začal poprvé objevovat v jejich publikacích v roce 1995, například v článku Rodina jako ‚Sociální děloha‘ a kvalitativní výzkum - Koncept vývoje dítěte v rodině, ve kterém využíváme analogii s vývojem plodu v děloze (1995) časopisu Kontext.

Do tohoto časopisu hojně přidávali výše zmínění autoři i později publikace týkající se jimi vytvořené teorie, kde ji rozšiřovali o další témata terapeutické práce s poruchami vyplývajícími ze systému rodin.

Toto „metaforické přirovnání“ se podle autorů přirozeně zrodilo v rámci jejich terapeutické práce s rodinami, protože se jim, a občas i samotným rodinám, na metaforách ohledně dělohy či porodu lépe vysvětlovaly problémy, které narušují správné fungování jedinců v jimi léčené rodině: „Během stovek terapeutických sezení jsme museli zřejmě jak my, tak naši pacienti dlouho nereflektovaně vyslovovat obraty související s událostmi a prožíváním kolem porodu, než jsme si tohoto jevu všimli, uchopili jej a dále pozorovali jako takový. Kdykoli nám tato slovní spojení v novém kontextu přišla na mysl nebo se objevila ve slovníku rodin, zacházeli jsme s nimi stále uvědoměleji. Stali jsme se spolutvárci a zároveň svědky samovolného rozvíjení metafory.“ (Chvála, Trapková, 2004, 86).

Autoři dále sdělují také údiv nad přesností vystihnutí pocitů pacientů, které jsou podobné jejich biologickému metaforickému modelu: „Překvapovalo nás, s jakou přesností vystihuje pojem sociální porod proces separace dospívajícího z původní rodiny a jak podivuhodně rychle se můžeme pomocí asociací, které jsou díky metafoře všem přítomným spontánně k dispozici, s rodinami domluvit o jejich aktuálních obtížích a úkolech.“ (Chvála, Trapková, 2004, 86).

První podrobnější popis a rozčlenění na “trimestry” života dítěte v rodině jako sociální děloze, stejně jako tomu je v případě těhotenství a vývoje plodu, pak publikovali v anglicky psaném článku Social uterus as the metaphor for the Family (Human Affairs, 2002).

Dva roky poté vyšla již česky napsaná kniha Rodinná terapie psychosomatických poruch (Portál, 2004). Zde se autoři v první řadě dělí o své mnohaleté zkušenosti s léčbou psychosomatických poruch, poruch příjmu potravy a celkově o zkušenosti z práce s rodinou, její otevřeností, vlastním jazykem, důležitosti mužské a ženské energie při vývoji dítěte apod.

Ve čtvrté kapitole knihy pak konečně uceleně představují teorii sociální dělohy a podrobněji vysvětlují i další pojmy, které k ní připojili, v další kapitole se pak nachází také důležitý pojem, kterým je Sociální porod, ten je jakýmsi alternativním pojmenováním procesu separace.

2.1 Jak chápat pojem Sociální děloha

V jiné publikaci nás Chvála a Trapková (2001) vybízí k tomu, abychom si uvědomili, co všechno vlastně v rámci biologického vývoje představuje děloha. Základní myšlenkou je, že jde o určitý prostor, kde je plod chráněn před takovými nároky prostředí, které jsou pro něj samozřejmě momentálně nezvládnutelné samostatně, a mohly by být pro něj až fatální, přinejmenším by se toto vystavení nepřiměřeným nárokům určitým způsobem projevilo v budoucnu. Plod v děloze všechno z okolního světa přijímá jen prostřednictvím placenty skrze organismus ženy - matky, ta tyto informace určitým způsobem buď zadržuje a nebo překládá do přijatelné podoby, kterou je schopen plod zvládnout, dále také mateřský organismus tlumí nepříznivé vlivy a zařizuje získání látek potřebných pro zdravý vývoj plodu. „Nepředstavuje snad rodina (od slova rodit) podobný chráněný prostor na nové psychosociální úrovni? Nemá snad také novorozené dítě před sebou úkol zmocnit se dovedností žít v lidském světě nezávisle na své původní rodině – sociální děloze, aby bylo schopno založit v dospělosti svou vlastní rodinu? Nemá snad vytvořit v prvních letech života základní „psychické orgány“, jejichž funkce se rozvíjí nejprve v

chráněném prostředí vlastní jedinečné rodiny, než je dítě připraveno k samostatné konfrontaci s vnějším světem?”(Chvála, 2001).

V samotné již výše zmíněné knize z roku 2004 pak autoři skromně sdělují svůj dojem, že nejsou až tak úplně prvními, koho napadlo takto metaforicky vyjádřit vývoj dítěte. Odkazují na dílo Erika H. Eriksona *Dětství a společnost*. V této knize Erikson, jak jsem si též všimla, opravdu v rámci popisu vztahu dítěte ke společnosti několikrát zmiňoval, že by se nejlépe dalo spoustu věcí vysvětlit díky podobnosti s biologickým vývojem, dokonce i konkrétně u tématu psychosexuálního vývoje dítěte se objevila zmínka vývoje plodu v děloze matky (Erikson, 1950/2002).

Zpět ale ke knize *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Autoři sdělují, že dospěli k hypotéze podobné té Eriksonově. Tu formulovali tak, že „proces zrání plodu v těle matky se na vývojově vyšší - psychosociální - úrovni ve svých základních parametrech opakuje” (Chvála, Trapková, 2004, 87). Specifické uspořádání vztahů ostatních členů rodiny kolem nově narozeného dítěte tak plní podobnou funkci a základ pro jeho psychosociální vývoj. „Nejbouřlivější tělesný vývoj má novorozenec po porodu za sebou. Čeká ho však řada stupňů vývoje k psychosociální samostatnosti. Každý z těchto stupňů bude vyžadovat novou úroveň uspořádání sociálního prostředí, na němž se rostoucí organismus sám aktivně podílí a stává se tak jeho součástí.” (Chvála, Trapková, 2004, 89).

2.2 „Trimestry” psychosociálního vývoje

Jako v porodnictví označují doktoři při vývoji plodu tři, zde pouze tříměsíční fáze vývoje, tak i psychosociální vývoj dítěte autoři rozdělili do třech období, časově od narození dítěte do jeho dospělosti v osmnácti letech, kdy by mělo dojít k dokončení takzvaného sociálního porodu. První období je od roku nula do šesti let dítěte, druhé od šesti do dvanácti let a třetí období pak od dvanácti do osmnácti let. Podrobněji teď představím, co se v jednotlivých obdobích děje, k čemu by měl vývoj dítěte směřovat, aby se fáze řádně ukončila, a v případě narušení vývoje, jaké to má následky do budoucího dospělého života.

2.2.1 První třetina (0 - 6 let)

U každé třetiny vždy k lepšímu pochopení popisují autoři nejdříve biologické znaky vývoje plodu v děloze, a poté na ně navazují svou teorií vývoje na psychosociální úrovni. V biologickém pojetí popisují Chvála a Trapková v prvních třech měsících vývoje v děloze prudký nárůst buněk, ze kterých vznikne plod a vytváří se u něj životně důležité tělesné orgány. Pokud je zde například toxicky narušené prostředí, má to velký vliv na růst jak orgánů, tak i dalších částí těla a je zde velké riziko potratu.

Pokud plod přežije, stejně si narozený člověk pak nese následky celý život v podobě vrozených vad, například zakrnělých končetin, problémů se zažíváním, dýcháním, srdcem apod.

V rámci sociální dělohy se u dětí vytváří takzvané psychosociální orgány. Pro lepší pochopení zmiňují Chvála a Trapková vývojové fáze podle Freuda, konkrétně v tomto období by mělo dítě úspěšně projít prvními třemi fázemi psychosexuálního vývoje, a to orálním, análním a genitálním stádiem. V šesti letech by tak mělo být dítě připravené pro nástup do školy tím způsobem, že už nebude jen hravé, ale bude schopné i bez přítomnosti rodičů po určitou dobu (vyučovací hodina) udržet pozornost, bude mít schopnost seberegulace a snahu zaměřit se na výkony. Zde je kladen největší důraz na stabilitu rodičovského páru, protože z něj vyplývá psychická pohoda matky, kterou dítě v symbiotickém vztahu na začátku života vnímá, a také na ni psychosomaticky reaguje. Chvála a Trapková se snaží nekritizovat ale mírně poupravit tvrzení, že záleží v těchto letech jen na vztahu dítěte s matkou, naopak, záleží na obou rodičích, protože partnerský vztah matky s otcem má velmi výrazný vliv na celkové klima rodiny, ve kterém se vyvíjí nový jedinec. Dítě se psychosomaticky projeví například kožními problémy (Chvála, Trapková, 2004, 104).

Dalším úskalím zde může být podle autorů jimi často vyzorovaný pocit nedostatečnosti ze strany matky, která má strach, že dítěti neposkytne dostatek všeho potřebného, a nedaří se jí tím pádem navázat symbiózu. Pokud nemá matka z okolí podporu, ať už ze strany své rodiny, partnera, přátel či terapeuta, dochází k tomu, že dítě vyrůstá v prostředí, ve kterém není tzv. „syceno“, a následky psychosociální „podvýživy“ si pak s sebou nese až do vlastních vztahů v dospělosti, kdy vyhledává

symbiotické vztahy a snaží se partnerem nahradit matku. V neposlední řadě zmíněné psychosociální orgány, které se v toxickém prostředí nevyvíjí správně, vedou k psychickým deformacím, co se týká vztahu dítěte ke světu (například nedůvěra k lidem, sociopatické rysy).

2.2.2 Druhá třetina (6 - 12 let)

Zde opět autoři začínají pro lepší pochopení nejdříve biologickým popisem vývoje dítěte v děloze. Toto období je považováno za klidné. Prvotní komplikace byly překonány, nyní se vlivem zvětšení dělohy a zvýšením množství plodové vody může plod nerušeně zvětšovat (růst). Vytvořené tělesné funkce dozrávají, rozvíjí se koordinace pohybů apod. Plod však stále není schopný samostatného života mimo dělohu matky.

Při snaze o analogii tohoto vývoje v rámci sociální dělohy podle autorů samozřejmě první, co většinu lidí již trochu vzdělaných v oblasti psychologie napadne, je Freudova teorie čtvrtého vývojového období - latence. Dítěti se zvětšuje nástupem do školy sociální prostor, kde si má šanci procvičovat již naučené základní sociální dovednosti. Stále je samozřejmě rodiči a také učiteli ve škole chráněné před úplnou odpovědností za svůj vlastní život. Zmíněná sociální ‚výživa‘ už nepřichází jen od rodičů, ale vyplývá z nově navázaných vztahů s kantory a spolužáky, případně kamarády z mimoškolních aktivit. Dítě se učí podobnosti a rozdíly v chování a mluvení mezi prostředím rodiny a mimo ní. Začíná více rozumět vztahům a samo je aktivně vytváří: „(Dítě)Naučí se, odlišovat, co se smí říkat doma a co jen v partě dětí, učí se cítit a ctít hranice rodiny a generační hranice.” (Chvála, Trapková, 2004, 106).

Pokud vývoj v předchozí třetině proběhl bez vážnějších problémů a rodinné prostředí je i nyní stabilní (například rodiče se nerozvádí), je podle autorů pravděpodobnost jakýchkoliv poruch na psychické i fyzické úrovni malá. Co se týká rizik v tomto období vývoje ze vnějšího světa, která rodiče ovlivnit nemohou, tak především jakýkoliv způsob nepřijetí dítěte okolním světem (učitel si na něj zasedne, šikana ze strany spolužáků apod.).

2.2.3 Poslední třetina (12 - 18 let)

Poslední trimestr vývoje v děloze popisují autoři jako přípravu na odchod z chráněného prostoru. Všechny orgány ještě konečně dozrávají a připravují se na to, aby mohly plnit svou funkci mimo tělo matky, dítě přibírá na váze a začíná mu být v děloze těsno a nemůže se pořádně pohybovat. Ze strany matky zase i děloha na vývoj dítěte reaguje a je čím dál více podrážděná, tento konflikt z obou stran nakonec ústí v ukončení těhotenství porodem.

I v rámci sociální dělohy začínají v rodině dítě a rodiče určitým způsobem soupeřit a vymezovat hranice, podle autorů je konflikt nakonec nezbytný k tomu, aby dítě našlo cestu ven z rodiny. Dítě díky mnoha zájmům mimo rodinu a stále zvyšujícímu se počtu vztahů venku má čím dál větší potřebu autonomie, ve které mu však rodiče „překážejí“. Samozřejmě si dítě stále ještě moc neumí představit život mimo rodinu, přesto mu vadí, že mají rodiče potřebu kontroly nad jeho denním režimem, nad tím, s kým se stýká a co dělá.

Než to složitě vysvětlovat, použijí slova Chvály a Trapkové v rámci analogie tohoto období: „Avšak bezprostřední okolí pubertálního dítěte a později adolescenta je stále citlivější na jeho samostatné projevy, zvyšuje se napětí a podrážděnost v rodině, podobně jako se zvyšovala dráždivost biologické dělohy ke konci těhotenství... ..Rodiče nejsou ochotni tolerovat a omlouvat cokoli a chránit vzpouzejícího se potomka za každou cenu, když přináší zvenku nebezpečné novinky... .. dospívající srovnává poměry doma s jinými rodinami a argumentuje proti zavedeným pravidlům... ..Zlopověstná puberta již dopředu vzbuzuje obavy rodičů a vychovatelů, jako by se jim vytvářely zvláštní receptory, díky kterým démonizované projevy předem rozpoznávají a věnují jim zvýšenou pozornost. A tím je vlastně posilují. I zde začíná být těsno...” (2004, 107).

Podobně jako v děloze je podle autorů najednou dítěte „všude plno“, snaží se prosadit ve světě dospělých například tím, že používá předměty rodičů (dívka si tajně bere oblečení nebo líčení matky, syn zase používá nářadí otce apod.). Dalším přiléváním oleje do ohně je i to, když je rodina již vícečetná, takže dospívající jedinec ještě soupeří se sourozenci jak v upoutání pozornosti rodičů, tak v uplatnění se ve společnosti vrstevníků, nedej Bože, když mají ještě se sourozenci stejné kamarády.

Zde je opět veliký tlak na partnerský vztah rodičů. Pokud se nevěnují rozvoji a udržení jejich vztahu, nemohou se podporovat a často mohou vznikat mezi nimi rozepré, vyčítají si způsoby výchovy (jeden něco dítěti povolí, druhý zakáže) a tím pádem mohou a také často vznikají koalice jednoho z partnerů s dětmi proti druhému partnerovi, případně jedno dítě se přidá na stranu matky, druhé na stranu otce atd.

Dítě má sice v tu chvíli, kdy s jedním rodičem drží, to, co si přálo, pocit dospělosti a důležitosti, v dlouhodobém hledisku mu to však vůbec neprospívá, protože tím pádem prošlo předčasným sociálním porodem. Nyní ale zpět ještě k normálnímu průběhu. V rámci těchto konfliktů opět dochází ke zhoršování ‚výživy‘, výpadu a zhoršení komunikace, což povede rodinu k nevyhnutelné změně, která je nevratná, a tou je separace. Tu označují Chvála a Trapková za již zmíněný Sociální porod a je podle nich třeba jej samotný více rozebrat, udělám totéž.

2.3 Sociální porod

Zde už není podle mě třeba podrobně zmiňovat biologický průběh porodu, jen hlavní myšlenku, že předchozí konflikty obou stran, jak plodu, tak dělohy matky, vedou k vypuzení plodu ven a tím vzniká samostatná bytost, co se týká fyziologických funkcí. Autoři se tedy v duchu této metafory zamysleli nad tím, jak se dostane dospívající jedinec z vnitřního prostoru rodiny jako sociální dělohy do vnějšího světa k samostatnosti a nezávislosti od rodičů, kde bude schopen jednou sám vytvořit vlastní novou sociální dělohu.

Základem sociálního porodu je oscilace dítěte ve vztahu k matce a otci, pohlaví dítěte sice nehraje podle autorů primárně takovou roli, protože všechny děti začínají svůj sociální porod po dvanáctém roku života nejdříve vztahem s matkou, přesto se však jejich prožívání vztahů liší v závislosti na pohlaví. Proto Chvála a Trapková zvlášť popsali sociální porod dcery a zvlášť syna (2004, 112).

2.3.1 Sociální porod dcery

Ve chvíli, kdy se dcera dostane do fáze dospívání, je zásadním úkolem matky, aby ji zasvětila do ženského světa a byla v jejím vztahu k ženství průvodkyní. Matka se bude muset rozloučit se vztahem k dceři jako k dítěti a začít ji vnímat jako rovnocennou mladou ženu. Pro obě je to složité, protože do té doby byla matka „paní domu“ a dcera jí pomáhala v rámci jejích nápadů, nyní se budou muset sladit a podílet se na domácnosti stejným dílem: „Nezkušená skoro - žena potřebuje, aby ji ta zkušenější začala respektovat jako rovnocennou... ..To představuje náročnou zkoušku nepodmíněnosti její lásky, často ji stojí mnoho sil, aby dokázala zůstat akceptující a nevyhnala dceru předčasně ze svého teritoria tak, jak by to jistě udělala s cizí ženskou.“ (Chvála, Trapková, 2004, 113).

Učení se být ženou se samozřejmě týká při jejich vzájemných interakcích ve všech ohledech (oblékání, zájmy, vyjadřování...). Matka by si též měla dávat pozor, jak před dcerou mluví o svých zkušenostech s muži, především o svém vztahu k jejímu otci, všechny tyto věci totiž dcera, ať už chce nebo ne, vždy nevědomě minimálně z části přebere a ponese si je do vlastních vztahů. Autoři popisují, že první fáze navázání vztahu matky s dcerou, pokud je zdravá, probíhá, jako kdyby se našly nejlepší kamarádky. Často lze u nich v mluvě také slyšet používání plurálu ohledně popisu činností, které spolu dělají.

Jakmile je dcera dostatečně nasycená tímto vztahem, začíná fáze separace od matky směrem k otci, kterou jednoduše lze poznat tak, že je zde najednou odpor a nechuť jedné vůči druhé. Dcera si chce vše dělat po svém a vznikají konflikty ohledně vedení domácnosti. Pokud je však ještě dcera nepřipravená na to postoupit do další fáze, ale zvenčí (od matky) už k tomu dostává jasné signály, právě v tomto období v rámci zachování si péče a dětství začíná podle autorů u dívek mentální anorexie. Nejen že tím mizí druhotné pohlavní znaky dívky, čímž dojde k regresi na biologické úrovni, ale hlavně organismus dívky hubnutím útočí na základní mateřský instinkt ke krmení a matka se tak podle autorů stává rukojmím. Tím dívka dosáhla svého a je déle dítětem, o které matka pečuje. Pokud však jde vše dobře, má matka jen jeden úkol, ten nepříjemný stav zbytečných hádek kvůli maličkostem vydržet, protože brzy to přejde.

Druhou fází sociálního porodu je sblížení a následná separace dcery s otcem. Zde autoři apelují především na otcovu spravedlnost, protože je potřeba, aby ukončil hádky matky s dcerou tím, že o ně bude obě pečovat, samozřejmě o každou jiným odpovídajícím způsobem. „(otec)Dítě převezme obrazně řečeno z matčiny náruče do své a matku ujistí, že o ní nepochybuje jako o dobré matce svých dětí. Splnila svůj úkol a nyní je na něm, aby jej dokončil.” (Chvála, Trapková, 2004, 118)

Hlavním úkolem otce je uvést dceru, nyní již matkou vybavenou jako dospělou ženu, do mužského světa. Podle autorů je nyní potřeba, aby dcera samostatně trávila čas s otcem. Potřebuje zažít, že ji má otec rád, a hlavně že ji respektuje jako ženu přesně takovou, jaká je, tím jí také potvrdí aktuální oddělení od matky a dívka si může být jista svou individualitou. Zdravý otec by měl být pro dceru tím nejbezpečnějším mužem. Pokud sblížení dcery s otcem z jakéhokoliv důvodu neproběhne, v budoucím životě se pak dceři může stát, že lásku, která měla být pro otce, směřuje k jinému muži, jenž naplňuje její potřebu otcovské spolehlivosti, něhy a starostlivosti.

Nyní se však vrátím ke zdravému průběhu. Pokud dojde opět po čase k nasycení dcery ze vztahu s otcem, začíná konečná fáze jejího sociálního porodu. Stejně jako předtím u matky, i nyní jsou znova na denním pořádku drobné konflikty, které znemožňují společné chvíle dcery s otcem. Zde je opět nejlepší možností intervence druhého z rodičů, a to matky, která začne po otci vyžadovat více stráveného času jako partneri, a tím dceři umožní, aby se dostala z jeho blízkosti a šla si hledat „svého” vlastního partnera a založit vlastní rodinu jako sociální dělohu. Touto situací je sociální porod u dcery ukončen (2004, 121).

2.3.2 Sociální porod syna

Sociální porod syna je dle Chvály a Trapkové značně komplikovanější, protože začíná nyní již nedětským vztahem syna s matkou, tedy rodičem opačného pohlaví v době, kdy je syn kolem dvanácti let ještě opravdu nezralý. Je to veliký nárok, který naopak dcery řeší až kolem šestnáctého roku života ve vztahu s otcem, kdy už hlavně po zdařilém navázání vztahu s matkou si jsou jisty svou ženskou identitou.

Navíc, dcera se po skončení navazování vztahu s otcem vrací do svého ženského světa, kdežto syn už do něj vchází jen ve chvíli, kdy má partnerku.

Tímto autoři sdělují svůj názor, že by to mohl být důvod pro pozdější zralost chlapců oproti dívkám. Mužský svět začnou poznávat sice poprvé od šesti do dvanácti let, kdy je otec bere s sebou „do světa“, který není tak pohodlný, jako u matky, ale nabízí zase více zábavy a dobrodružství (pokud na ně otec neklade příliš vysoké nároky, které chlapci nejsou schopni splnit), ale až v šestnácti letech při navazování dospělého vztahu s otcem se již učí být opravdu muži a otce vnímají jako svého průvodce.

Pokud se však otec synovi mezi lety 6 - 12 dostatečně nevěnuje, nebo naopak si zvyšuje sebevědomí na úkor chlapce, nemá syn od otce potřebnou oporu a uznání, díky kterému by zvládl začátek sociálního porodu, ve kterém musí nastoupit zpět do ženského světa, ten jej v takovém případě může pohltnout.

Začátek sociálního porodu v případě předešlé dobré zkušenosti je i tak dost náročný a i přesto, že má syn navazovat vztah v tomto období především s matkou, je zde důležité, jak vypadá vztah obou rodičů. „Úkolem matky je nechat nahlédnout bezpečně do duše ženy tím, že už s ním nemluví jen jako s dítětem a věnuje se mu na nové dospělejší úrovni. Poodhaluje mu svůj způsob myšlení a prožívání s přirozeným a souhlasným poukazem k tomu, že muži sice nejsou jako ženy, ale právě proto je ona oceňuje a potřebuje. Otec zase ukazuje synovi, jak on zachází se ženami, se svou partnerkou a tak může synovi usnadňovat cestu.“ (Chvála, Trapková, 2004, 128). Právě v tomto období je vztah syna a matky zásadní pro jeho budoucí partnerské vztahy, protože nyní se učí, jak se ženami správně zacházet jako muž.

Jakmile se syn z blízkosti matky nasytí, znovu hledá příležitosti pro svůj růst. Ještě však nemá navázaný pevný vztah s otcem, proto chlapci v tomhle věku začnou nejčastěji dle autorů tíhnout například k užívání návykových látek a zanedbávají svůj vzhled, čímž v návykových látkách hledají jakousi mužnou oporu a vzhledem se snaží vyjadřovat určitou mužskou necitlivost, kterou se však ještě nenaučili.

Experimentování s návykovými látkami je spojeno také se silicím tlakem vrstevníků, mezi kterými jsou díky těmto nelegálním činnostem na vyšším stupni hierarchie. V horším případě se chlapec vydává cestou násilí a rvaček nebo drogové závislosti (2004, 126).

Matky jsou v tomhle bezmocné a hledají pomoc u otců, aby „ty kluky nějak zvládli“. Tím se nabízí konečně možnost sblížení s otcem, protože, aby syn přestal takhle vyvádět, potřebuje bezpečné přijetí otcem a zároveň jeho pevnou nerozmažující ruku, která určí pravidla.

Nyní se musí otec se synem naučit společně trávit čas, jak tomu bylo u matky s dcerou. Nejlepší k tomu jsou společné koníčky (rybaření, práce v garáži, opravování domu, sport...). Zatímco u vztahu s matkou dominovalo povídání si o všem možném, u vztahu s otcem se musí syn naučit komunikovat činy. Přirozené je, že ve všech činnostech spolu otec a syn určitým způsobem soupeří, čímž si syn buduje sebevědomí a mužskou identitu. Na otci je, aby syna zbytečně neshazoval, když mu nějaká činnost hned nepůjde, a aby byl dostatečně sebevědomý na to, že uzná, když se synovi něco opravdu povede, byť i lépe, než by se to povedlo jemu. Pokud je syn zdravý, nebude mít potřebu se nad otce povyšovat, ale otcovo uznání, že je v něčem lepší, jej naopak potěší a ještě upevní jeho vztah k otci. I zde se podle autorů objevuje při selhání vztahu otec - syn útek ke drogové závislosti, automatům, počítačovým hrám a podobně. Prostě ke všemu, co je neproduktivní, čímž to dráždí otce a ještě více to oba od sebe vzdaluje.

Pokud vše proběhlo dobře, začíná fáze separace od otce. Syn je díky navázání dobrého vztahu s otcem jako partákem dostatečně sebevědomý na to, aby vstoupil do světa, kde se pomocí naučených znalostí má šanci prosadit. Opět to probíhá podobně, jako u separace dívky od matky. Začíná otce stále méně potřebovat, chce si věci dělat po svém a prosazuje vlastní, pro otce občas až nepřijatelné názory. Otce již v mnohém možná i přerostl ale hlavně je schopen se s tímto faktem rozumně vyrovnat a unést jej. „K čemu tento složitý proces separace přirovnat? Snad ke stavbě středověkých katedrál. Stavebníci vybudovali podle převzatých pravidel lešení, kterým podpírali postupně rostoucí stavbu z otesávaných kamenů. Když dokončili klenbu kdesi vysoko nad svými hlavami, nevěděli, zda po strhnutí dřevěného lešení stavba vydrží. Nastal okamžik pravdy.“ (Chvála, Trapková, 2004, 137).

Toto přirovnání používají autoři již jak na syna, tak i na dceru v rámci procesu separace. Rodiče musí odložit „lešení“, kterým podporovali své potomky, a jednoduše risknout jejich vyslání do světa, aby se prosadili sami za sebe. Tím končí sociální porod.

2.3.3 Komplikace sociálního porodu a analogie poruch příjmu potravy se závislostí na psychoaktivních látkách

Během výzkumu se mi jevila určitá podobnost v chování u závislosti na návykových látkách s poruchami příjmu potravy. Chvála a Trapková, kteří v rámci rodinné terapie často pracují s dětmi s poruchami příjmu potravy, považují toto chování za stagnaci při sociálním porodu (Chvála, Trapková, 2014). Ještě konkretizují, že tento jev se objevuje u (především) dívek s mentální anorexií. Tedy ze strany pubertálního člena s mentální anorexií se jedná často o oddalování procesu separace.

Mentální anorexií a jejími důsledky ve fyzickém vzhledu, jak už jsem jednou výše zmiňovala, útočí dítě na základní rodičovské pudy, především na matčinu potřebu dítě nasytit. Tím se jejich vztah regreduje do předešlých fází, případně stagnuje, téma příjmu potravy pokryje veškerý čas a neřeší se již žádná jiná témata. Úkolem terapeuta při práci s rodinou pak je rozhýbat stagnaci, aby se separační pohyb obnovil.

Není ani moc překvapující vzhledem k již výše zmíněným informacím, že když jsem se dívala do další literatury statisticky zabývající se poruchami příjmu potravy, tak ty vznikají v pubertě, nejvyšší procento výskytu pak je na hranici dospělosti, tedy okolo 18 let (Papežová, 2010). Tato statistika tím nahrává teorii sociální dělohy, protože časově poruchy příjmu potravy zapadají do třetí třetiny vývoje, ve které začíná sociální porod.

Podle Chvály a Trapkové (2014) se jedná o oscilační výkyvy, v první fázi vedoucí k matce, zde dochází při zastavení k mentální anorexii, v druhé fázi pak při směru k otci může dojít k bulimické stagnaci.

Co se týká atypických případů, kdy například malé děti odmítají jíst, zde by se podle autorů nemělo jednat o poruchu příjmu potravy jako takovou, ale o důsledek současné bezhraniční výchovy v rodinách s nedostatkem, případně úplnou absencí režimu a řádu, tím u dětí, kromě jiného, nevznikají ani jídelní návyky.

Na nedostatek řádu Chvála a Trapková (2014) apelují ale i v případě poruchy příjmu potravy v období separace. Společným úkolem obou rodičů, při vzdoru dítěte, je držet mu pevně hranice, které mohou časem povolovat podle toho, jak je dítě schopné si strukturu zvnitřňovat a samo se už vymezovat. „Dospívající s poruchou příjmu potravy nezná míru. Buď drží hranice příliš rigidně a nejí vůbec, přestože má hlad, na jídlo chuť, ale současně hrůzu z přejedení. Nebo naopak jakýkoli řád pustí a jí nekontrolovaně, případně zvrací nebo bere projímadla, excesivně cvičí. Často popisované lhaní není symptomem choroby, ale pochopitelná obrana dospívajícího před mocí dospělých, kteří se snaží nemocného kontrolovat.“ (Chvála, Trapková, 2014, 33)

Poruchami příjmu potravy trpí většinou méně verbálně zdatní jedinci, kteří nemají silné ego, čímž jsou poslušnější, mají sklony k perfekcionismu a špatně rozlišují, co je jejich vlastním prožíváním, a co jim vsouvá okolí. Podobné osobnostní znaky pak podle Chvály a Trapkové (2014) vykazují i děti závislé na psychoaktivních látkách, autoři se zmiňují, že si při práci s rodinami časem všimli vícero způsobů, jakými děti stagnují při sociálním porodu/separaci, v konečné podstatě se však jednalo o ty samé problémy i o podobný způsob průběhu nemocí. „Teprve později jsme si uvědomili, že projevem vývojové stagnace nemusí být jen mentální anorexie nebo mentální bulimie, ale jakýkoli jiný symptom. Je celkem jedno, zda tématem, kolem kterého se v rodině všechno točí, jsou jídlo, mdloby nebo drogy. Kontext je obvykle stejný: stagnace rodiny, rigidní interakční vzorce, zvýšená agresivita nebo její popírání a obecně vyšší hladina negativních emocí. Stagnace jako zavírání perspektiv, zastavení pohybu, strach z budoucnosti.“ (Chvála, Trapková, 2014, 33)

Dále je dle autorů nápadně častým jevem, který též může za vznik poruchy příjmu potravy, drogové závislosti a dalších nemocí, partnerská krize rodičů.

Dítě svou nemocí určitým způsobem donutí rodiče, aby krizi v partnerském vztahu odsunuli tím, že se spojí ve společném cíli zachránit mu život, což brání po dobu průběhu nemoci rozpadu rodiny, ze kterého má strach. Sice není tato vnitřní pohnutka na vědomé úrovni nemocného člena rodiny, bohužel mívá ale dle autorů nemalý podíl na časté stagnaci léčby. Kdyby se problém vyřešil, tak by se přece přešlo zpět do období, které bylo předtím, a které bylo pro dítě neúnosné, což si ono vnitřně samozřejmě nepřeje.

Pokud se však v rámci rodinné terapie na toto téma narazí a rodiče jsou ochotni na svém vztahu pracovat, může docházet podle Chvály a Trapkové k obratu ve vývoji léčby.

II. EMPIRICKÁ ČÁST

3. PŘEDPOROZUMĚNÍ ZKOUMANÉMU PROBLÉMU

V předešlých kapitolách teoretické části práce jsem zmiňovala, že na drogovou závislost se v dnešní době již alespoň v určitých sférách společnosti pohlíží jako na nemoc, v případě teorie sociální dělohy a některých dalších teorií pak též jako na symptom celkové psychopatologie rodiny. Je potřeba s drogově závislými pracovat nejen učením je abstinenci, ale také terapeuticky, aby si přišli na své vnitřní nebo vnější příčiny a pohnutky, které je k drogové závislosti nasměrovaly. Jelikož je tento obrat od pouhého zařazení závislých na psychoaktivních látkách ke spodně společnosti stále docela mladý, existuje mnoho oblastí, které ještě nebyly dostatečně prozkoumány. Přesně z tohoto důvodu jsem se rozhodla svou prací přispět k prohloubení porozumění této problematice.

S drogově závislými jsem byla po celý svůj život v úzkém kontaktu kvůli náplni práce mých rodičů, viděla jsem klienty Pastor Bonus díky kontaktu s nimi a jejich příběhy vždy v trochu „jiném světle“ a měla na jejich „onemocnění“ jiný názor, než ti, se kterými jsem se potom v reálném životě mimo komunitu Pastor Bonus setkávala. Když jsem například ve škole odpověděla na otázku, odkud pocházím, že z Podlesí, viděla jsem, jak se obličeje tazatelů zamračily, a pak dotyčné osoby s takovým zvláštním opovržením dodaly: „Jo, tam jsou ti feťáci, že? To je hrozné, jak vůbec někdo může začít brát drogy? Tihle lidi nejsou normální a hlavně si za to můžou sami.“. Nejroztomilejší na tom bylo, že kolikrát se takhle vyjádřili lidé, kteří třeba sami trávili skoro každý večer v hospodě, mlátili své děti - mé spolužáky, a podobně, a já nechápala, v čem si jako myslí, že jsou lepší.

4. CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÁ OTÁZKA

Touto diplomovou prací bych chtěla alespoň trochu předat sice „nepřenositelnou zkušenost“, ale chci se pokusit poukázat na to, že cesta k drogové závislosti kolikrát není úplně těžká, a že primárně za svou závislost často ani sami uživatelé návykových látek nenesou stoprocentní zodpovědnost, ale byli k této, řekněme, copingové strategii zvládnání problému dohnáni. I když samozřejmě uznávám, že pokud si uvědomili svůj problém a dostali šanci jej řešit, pak už celá zodpovědnost za jejich následný život záleží jen na nich.

Rozhodla jsem se pro kvalitativní přístup, který si myslím, že je nejvhodnějším, protože do tohoto výzkumu sice vstupuji s předpokladem, že se sociální dělohy mnou zkoumaných drogově závislých jedinců budou určitým způsobem podobat, ale nemohu přesně a priori říct, jak. Kvantitativní přístup by byl v tomto případě nepoužitelný, jelikož zabraňuje volnějšímu strukturování výzkumu, jaké nalezneme právě v kvalitativním přístupu, které se zužuje a upřesňuje až právě v jeho průběhu, protože bude vycházet z charakteristik zkoumané oblasti a respondentů (Coolican, 2009).

Cílem mého výzkumu je tedy najít společné znaky v sociálních dělohách mnou dotazovaných účastníků výzkumu, kteří jsou momentálně neaktivními uživateli návykových látek. Na základě tohoto cíle jsem tedy formulovala následující výzkumnou otázku:

VO: Jaké existují společné znaky v sociálních dělohách lidí závislých na návykových látkách?

5. VÝZKUMNÝ SOUBOR

5.1 Výběr výzkumného souboru

Již od začátku studia Psychologie jsem si přála, aby se jedna z mých závěrečných prací zabývala jakýmkoliv způsobem problematikou závislosti na návykových látkách. Po seznámení se s teorií Sociální dělohy jsem se rozhodla, že by byla vhodná, využitelná a inspirativní právě k prohloubení mých znalostí týkajících se práce s drogově závislými klienty, což jednou při svém budoucím zaměstnání možná využiji.

Chvála a Trapková při své práci s lidmi, kteří trpí poruchami příjmu potravy, naráželi na to, že závislost na psychoaktivních látkách je podobným symptomem (Chvála, Trapková, 2014), zmíněná oblast však bohužel v rámci této teorie není zatím hlouběji prozkoumaná.

V komunitě Pastor Bonus zatím nepracuji, ale vzhledem k úzké vazbě klientů zařízení na můj osobní život (přesněji - prakticky se s mnoha klienty setkávám přibližně jednou do týdne, občas s nimi podnikám různé akce, například výlety do kina nebo do přírody a podobně), kdy se spoustou z nich mám přátelské vztahy, jsem se rozhodla dva klienty kontaktovat ve vztahu jako mně známé blízké osoby, zda by byli ochotni mi pomoci s mou diplomovou prací.

Nadšeně se nakonec ještě nabídli i další, kteří zaslechli, že mi někteří klienti chtějí pomoci s výzkumem. Nakonec se mi tedy nabídlo osm lidí, kteří naši spolupráci brali jako vzájemnou výpomoc. Chtějí si po skončení s výzkumem mou práci přečíst a zajímá je, zda se dozví o sobě něco nového, co by jim samotným pak mohlo pomoci při jejich léčbě. Zároveň svou účast berou jako pomoc a osvětu širší veřejnosti, především tedy lidem, které stihl podobný osud, jako je.

5.2 Popis účastníků

Rozhovory jsem realizovala s osmi účastníky ve věku od 17 do 37 let. Z toho jsem mluvila s pěti muži a třemi ženami. Důvodem nerovnoměrnosti v počtu mužů a žen je zaprvé menší procento žen v léčebně (spíše se vždy chodili léčit ve větším množství muži), a také samozřejmě ochota oslovených se zapojit do výzkumu.

Všichni účastníci byli v době rozhovorů i současně jsou klienty podstupující komunitní, skupinovou a individuální psychoanalytickou psychoterapii zaměřenou na léčbu jejich závislosti na psychoaktivních látkách. Momentálně tedy nejsou aktivními uživateli návykových látek.

Demografické údaje, jako věk či vzdělání, nehrály v tomto případě roli, i když v rámci výzkumu jsem samozřejmě pro začátek musela použít základní anamnestický dotazník. I přesto, že jsem tyto údaje při výzkumu nekontrolovala, nakonec mi samovolně při kontrole sesbíraných dat k mé radosti vyplynul docela široký rozptyl demografických proměnných, což si dovolím ukázat na níže předložené Tabulce č. 1 se základními demografickými údaji účastníků, kterými jsou věk, pohlaví a nejvyšší dosažené vzdělání.

Tabulka č. 1

Účastník	Pohlaví	Věk	Vzdělání
1	Muž	17	Základní
2	Muž	23	Základní
3	Žena	25	Maturita
4	Muž	26	Základní
5	Žena	29	SŠ s výučním listem
6	Muž	31	SŠ s výučním listem
7	Muž	31	SŠ s výučním listem
8	Žena	37	SŠ s výučním listem

Pro zajímavost bych chtěla předložit ještě jednu tabulku, tedy Tabulku č. 2, kterou jsem poskládala z informací, na které jsem se při začátku setkání ptala kvůli mé lepší orientaci v následném rozhovoru. Tyto informace se týkaly obecného popisu závislosti jednotlivých účastníků a jejich rodinných poměrů.

Tabulka č. 2

U	Rodinné poměry	Hlavní závislost	Doprovodné závislosti	Počet pokusů o léčbu
1	Rodiče rozvedení od jeho 3 let	Pervitin	Marihuana, Alkohol, Cigarety	1
2	Rodiče rozvedení od jeho 8 let	Benzodiazepiny	Opioidy, Pervitin, Kokain, Marihuana, LSD, MDMA	9
3	Otec odešel chvíli po jejím narození	Pervitin	Marihuana, Alkohol, Cigarety	1
4	Úplná rodina	Marihuana	Pervitin, Alkohol	1
5	Vychovávali prarodiče	Marihuana	Pervitin, Automaty - gamblerství	3
6	Rodiče rozvedení od jeho 20 let	Pervitin	Alkohol	2
7	Rodiče rozvedení od jeho 5 let	Pervitin	Marihuana	1
8	Úplná rodina	Pervitin a Marihuana	MDMA, Halucinogenní houby, LSD	1

Účastníci byli sice ochotní mluvit o svém životě a o citlivých tématech často i dost do hloubky, především proto, že se známe a mají vůči mně určitou míru důvěry, ale vzhledem k tomu, že já i oni máme zájem na jejich bezpečí a co nejvyšší anonymitě, tak jsme se shodli, že nebudu udávat žádná jména, jen čísla, a podrobné přepisy rozhovorů zde též nepřiložím, maximálně mám od dotázaných klientů povoleno z rozhovorů vytrženě citovat v rámci jednotlivých témat při analýze. Zprvė jsme při tomto způsobu ochrany pracovali se skutečností, že všichni účastníci, a také další členové komunity mají zájem si přečíst mou práci po jejím dokončení. Účastníci si tedy nepřejí, aby někteří z dalších klientů, se kterými například nemají společně skupinovou terapii, nebo nepatří do stejné fáze léčby, o nich určitá citlivá témata věděli. Za druhé, spoustu klientů si tuto léčebnu vybralo díky její značné izolaci od okolního světa, přišli se zde schovat například před někým ze své minulosti. Svě důvody ještě více rozeberu v jedné z následujících kapitol této práce, která se bude týkat etických zásad výzkumu. Aby však čtenáři získali alespoň přibližnou představu o sebraných rozhovorech, krátce zde popíši u každého z účastníků jejich obsah,

především ty zásadní body, které stejně nemohou zůstat anonymní, protože budou použity v následné analýze dat. Nyní vám tedy zkráceně představím příběhy jednotlivých klientů.

- Účastník č. 1

S drogami začal experimentovat okolo svých 14 let, sám udává, že mu šlo hlavně o ten životní styl, jenž mu byl blízký i kvůli poslechu určitých stylů hudby, které bývají mezi touto komunitou oblíbené. Tehdy zkoušel jen příležitostně marihuanu a pervitin, po přibližně roce se to prý zvirtlo. Bydlel převážně s matkou, kde atmosféru výchovy popisuje jako určitý „freestyle“, mohl si dělat, co chtěl. Byl tam rád, protože doma bylo hodně lidí - partner matky, sourozenci, domácí zvířata. Partner matky taky bral drogy, hodně se s matkou hádali, účastník v pozdějším věku „fetoval“ s ním. Časem to došlo až tak daleko, že matka žádala po účastníkovi, aby situaci doma řešil on, byly na něj dle jeho slov kladeny nepřiměřené nároky. Když žil u otce, tak tam byl prý často sám, otec se chodil vždy někam napít a moc se mu nevěnoval, když přišel pod vlivem, účastníka nebavilo si s ním v tomto stavu povídat, zavřel se do pokoje. Matku bere jako určitou jistotu, otce se prý trochu bál - když něco udělal špatně, byl na něj otec našťvaný a nebyl moc příjemný, neměl tyhle situace rád. Na druhou stranu pro něj otec plnil určitou funkci autority a nechal si od něj domluvit, když už matka výchovu nezvládala. Často měl pocit, že je na všechno sám, rodiče ho nechávali všechny situace řešit samotného, v brzkém věku už trpěl úzkostmi z otázek, které k tomuto věku vůbec nepřísluší - jakou si najde práci, jak se uživí, jak by měl vypadat jeho život apod. Za těchto stavů se pak bál chodit mezi lidi, měl prý až sociální fobii, podle něj tyto stavy mohly zapříčinit jeho počáteční pohnutky k vyzkoušení drog. Fobie a úzkosti z existenčních otázek z něj po užití drog opadaly. Návrat do reality po vystřízlivění byl pak podle účastníka strašný.

Když se rodiče dozvěděli, že je závislý na drogách, snažili se mu nejdříve domluvit, neměli moc šanci, protože byl tak nějak „předčasně dospělý“, jak říkal, a měl svou vlastní hlavu. Pak tedy zkusili jinou metodu, promluvili s ním jako se sobě rovným, on se po několika týdnech nakonec rozhodl jít léčit zde do komunity Pastor Bonus. Momentálně je to tedy jeho první léčba.

- Účastník č. 2

S drogami začal v patnácti letech, experimentoval s marihuanou. Otec už byl tehdy dávno pryč a rekonstruoval nový dům. Hodně času trávil v dětství u prarodičů z matčiny strany, neměl to tam rád a nechtěl tam jezdit, matka ho nutila. Účastníkova babička z matčiny strany prý byla celý život psychicky labilní, už jako malému dítěti mu neustále vykládala traumatické zážitky z válečných období, které zažila. U druhých prarodičů byl rád, má na to pěkné vzpomínky, hlavně na dědečka. K matce měl odpor, což se ho drželo ještě donedávna, má problémy s důvěrou vůči ženám. Otce popisuje jako zbabělce a jakousi vzdálenou figuru. U matky doma se často střídali partneři, matka byla skoro pořád pryč. Prý si ani nevybaloval věci, jak často jezdil mezi různými domácnostmi, říká, že něco jako domov pro něj neexistovalo, všude byl jen na návštěvě.

Výchovu doma popisoval účastník jako velice chaotickou, jednou mu něco povolili, podruhé zakázali. Když matka kolem jeho sedmnácti let zjistila, že bere drogy, vyhodila jej z domu s proslovem, že lituje, že ho kdy porodila. Šel bydlet k otci, ten úplně popřel, že je jeho syn závislý, i když byl svědkem účastníkovy klinické smrti, když se předávkoval prášky, a otec ho musel resuscitovat. Ještě předtím totiž dostal poprvé na předpis rivotril, a tím prý začala jeho pravá závislostní kariéra. Měl dva psychiatry, ke kterým střídavě chodil pro rivotril a xanax, při rozhovoru kladl důraz na to, aby se v mé práci objevila věta, že si stojí za tím, že ho likvidovali, protože jim to určitě muselo přijít divné, když pro recepty na prášky chodil opravdu často. Benzodiazepiny byly podle něj to jediné, na čem měl opravdu fyzickou závislost. Po čase byl vyhozen i otcem, několikrát venku málem zemřel, ale prý mu pořád bylo lépe, než v celém jeho dětství. Mnohokrát měl chuť se zabít, ale sám toho nebyl schopen.

Matka se mu vyhýbala, když ho venku potkala. Jediný, kdo se o něj údajně zajímal a snažil se mu se závislostí pomoci, byla jeho nevlastní matka - manželka jeho otce. I léčbu v Pastor Bonus mu zařídila ona.

- Účastnice č. 3

S drogami začala experimentovat okolo třinácti let, zkoušela prý spíše ze zvědavosti různě alkohol a marihuanu, po smrti babičky, kterou velmi milovala, což bylo v osmnácti letech, začala brát pervitin. Sama přiznává, že tuto situaci už prostě nezvládla. Matka pila už předtím, než se narodila, s otcem si ji prý „udělala“ omylem a on po jejím narození odešel pryč. Poté je chodil navštěvovat tak dvakrát do roka, kdy ale plnil spíše jen určitou materiální funkci, že účastnici koupil například na Vánoce nebo narozeniny nějaký drahý dárek, pak zase odešel.

Doma vyrůstala s matkou a již zmíněnou babičkou (matkou matky), která prý plnila určitou výchovnou i pečovatelskou funkci, účastnice ji několikrát popsala jako anděla. Doma se často střídali partneři matky. U otce zkusila navázat nějaký vztah skrze sporty, ale v těch moc zdatná nebyla, takže tato snaha selhala. Otec taky pil. Pocit opory a alespoň nějaké struktury měla prý jen u babičky.

Ve škole byla, co se týká prospěchu, docela zdatná. Co se týká vztahů, spoustu dětí mělo zakázáno se s ní bavit kvůli jejím rodinným poměrům. Experimentování s drogami vnímala ze začátku jako určitou recesi, chtěla si něco užít, a taky díky nim prý zapadla. Mohla se mezi „svými lidmi“ svobodně projevovat, na což prý doma vůbec neměla právo. Pervitin v osmnácti ale už vnímá přímo jako únik od všeho, co ji trápilo, a aby zaplnila prázdnotu v sobě.

Když se matce přiznala, že bere drogy, na určité období to prý matku k ní dost přitáhlo, snažila se jí pomoci, dokonce zkontaktovala i otce, se kterým se jinak už vůbec nebavila. I ten se svým vlastním způsobem snažil nějak pomoci a zajímat se. Po nějaké době ji však matka vyhodila z domu, což ale účastnice hodnotí, že to tak trochu chápe, protože se prý na pervitinu chovala opravdu příšerně.

- Účastník č. 4

S drogami začal ve dvanácti letech, kdy kouřil marihuanu. Ta byla u něj doma tolerovaná,. V sedmnácti letech pak začal brát pervitin. Obecně svou rodinu vnímá pozitivně, prý měli mezi sebou dobré vztahy, pomáhali si a účastník byl zvyklý na veliké rodinné oslavy. Dětství strávil často u prarodičů, oba rodiče nebyli moc doma

kvůli práci. Co se týká výchovy a struktury, prý si doma dělal, co chtěl, matka jeho výchovu nezvládala, otec byl pryč na pracovních cestách. Když byl otec doma, trávil hodně času v hospodě, a po příchodu domů se prý nebál vztáhnout ruku na matku nebo i na něj.

Jediný, koho účastník trochu poslouchal, byla babička (matka matky). Měl ji moc rád, ona jeho taky. Rodiče vnímal spíše jen jako „buzerující“ kvůli škole, kde moc neprosplával, nerespektoval učitele, dodnes má prý problémy s především ženskými autoritami. Jinak měl pocit, že se tak nějak vychovává sám, i své problémy si řešil sám v sobě, případně, když bylo nejhůře, tak šel za babičkou nebo sestrou matky. Jako největší autoritu vnímá právě zmíněnou tetu, ta ho dovezla i do Pastor Bonus. Spolu s babičkou plnily funkci někoho, ke komu mohl přijít pro radu a útěchu.

Měl také spoustu kamarádů a hledal oporu více v nich než doma. Marihuana pro něj byla spíše koníček, pervitin popisuje jako dobrého kamaráda. Když přibližně v jeho devatenácti přišla rodina na to, že bere pervitin, tak to prý také určitým způsobem tolerovali, protože už byli zvyklí na to, že si pravidla určuje on a všechno řeší sám. Navíc tehdy to bylo „jen“ takové víkendové braní. Až později už to bylo neúnosné a musel se odstěhovat.

- Účastnice č. 5

Ve třinácti začala experimentovat s cigaretami a alkoholem, ve čtrnácti pak začala kouřit marihuanu se svou matkou. V sedmnácti přešla na pervitin a hrála automaty. Matce se narodila v diagnostickém ústavu, když jí bylo čerstvých patnáct let, matka utekla, do výchovy si ji vzali matčini rodiče. Matka jezdila na návštěvu přibližně dvakrát do roka, kdy jí navozila spoustu sladkostí, pak ale zase odjela pryč.

Během dětství jí nepřišlo divné, že ji vychovávají prarodiče, matku vnímala jako cizí osobu, která jezdila na návštěvy, až při nástupu do školky si začala všimnout, že je něco jinak, prý se za to i styděla. Doma to měla ráda, když byl děda „v pohodě“. Je vyléčený alkoholik, takže se u něj přibližně po půl roce tehdy střídalo období, kdy byl střízlivý, a kdy hodně pil, také občas navazoval vztahy s cizími ženami. Účastnice si pamatuje, že často musela někde jít dědu vyzvednout opilého a dovést ho domů.

Pocitově vnímala babičku jako svou matku a dědu jako otce, sice pil a hodně pracoval, ale když měl lepší období a přišel domů z práce, tak se jí dost věnoval, bral ji na výlety a podobně, doteď má k němu prý úplně nejbližší. Když si ji začala matka občas brát k sobě třeba měsíc na prázdniny, měla z toho vždy záchvaty vzteku, nechtěla k ní. Objektivně však teď posuzuje, že zase na druhou stranu, když už tam byla, tak se jí matka opravdu hodně věnovala.

Ve škole byla šikanovaná a nerada tam chodila, čímž neměla moc dobrý prospěch. Vzhledem k velkému věkovému rozdílu mezi ní a prarodiči se docela styděla za nimi chodit s nějakými svými problémy, nesvěřovala se.

Co se týká struktury doma, kvůli tomu, jaký osud s matkou ji potkal, tak byla prý dost rozmazlovaná, nikdo jí nenastavoval hranice. Občas prý akorát babička, když už zakřičela, tak ji teda poslechla. Když začala brát drogy, vnímala je jako útěk do něčeho svého, měla svůj vlastní svět, též konečně získala kamarády, zapadla do místní party, šikana přestala, sama sebe vnímala velmi pozitivně. Marihuanou trochu přitáhla matku k sobě, protože ta byla též uživatelkou. Když však začala brát pervitin, dala od ní matka ruce pryč, prarodiče při ní stáli, slíbila, že se půjde léčit, a to taky dodržela.

- Účastník č. 6

Začal pít alkohol okolo čtrnácti let, prý spíše aby zapadl mezi kamarády, protože se rodina odstěhovala do nového města, předtím žil celý svůj život někde jinde. Na střední škole se k tomu přidala marihuana. V devatenácti letech propadl pití alkoholu a přibližně v jednadvaceti letech začal brát pervitin. Rodiče se doma často hádali, otec byl věčně pryč, chodil často s kamarády na pivo. Z rodičů měl spíše strach, protože hodně trestali za prospěch ve škole, jinak se ale moc nezajímali a nevychovávali.

Škola se kvůli trestům doma účastníkovi dost hnusila, málem ji nedodělal. Drogy pro něj představovaly zařazení do nového kolektivu a taky únik od života a od sebe s následnou snahou o změnu osobnosti. Při své alkoholické éře se prý dost nenáviděl a styděl, často se pokoušel spáchat sebevraždu, pervitin mu pomohl se zvládnutím jeho nálad a emocí. Když propadl alkoholu, rodina to přehlížela, neměli snahu mu pomoci, když pak začal s pervitinem, byla odezva stejná. Až po rozvodu

rodičů byl vyhozen z domu, otec se s ním přestal úplně bavit, matka jej též hrozně odsuzovala, se sestrou navázal kontakt až ve svých osmadvaceti, když byl zavřený v kriminále. Zde do léčby jej přivezl matčin bratr - strýc, ten jediný mu prý často pomáhal a stál při něm.

- Účastník č. 7

Kolem patnácti začal kouřit cigarety, následně marihuanu, v šestnácti začal experimentovat i s dalšími drogami, údajně ze zvědavosti, chtěl zkusit, co to dělá. Matka se mu hodně věnovala, otec nebyl kvůli práci moc doma, když se vrátil zpět, tak šel s kamarády do hospody a když přišel v podnapilém stavu domů, býval prý agresivní. V jeho pěti letech se rodiče rozešli a domů se nastěhoval nový přítel matky. Otčím jej nikdy nepřijal, respondent se mu nedokázal nijak zavděčit. Otec i otčím respondentu bili. Ve škole i v mimoškolních aktivitách byl též obětí šikany. Sám to hodnotí tak, že tím, že procházel prostředím, kde byl v každém nějakým způsobem týraný, tak se snažil lidem okolo sebe dost zavděčit. I kamarádům se určitým způsobem prý snažil přizpůsobit a braní drog hodnotí jako jednu z možných strategií, protože díky nim najednou zapadl. Marihuana byla pro něj útlum, na pervitinu se zase cítil nezranitelný. Když se zjistilo, že je závislý, matka s otcem se spojili ve snaze mu pomoci, matce účastník přerostl přes hlavu, vydupával si u ní peníze na drogy, uměl si počkat tak, aby doma nikdo jiný nebyl (třeba otčím nebo otec). Do Pastor Bonus jej přivezla matka s druhým otčímem.

- Účastnice č. 8

Marihuanu začala kouřit ve třinácti, v patnácti přešla na pervitin. První, co sdělila jako důvod, bylo, že její matka je dost dominantní a prý strašně křičí, když byla pod vlivem, bylo jí to jedno. Druhý důvod, ke kterému se v průběhu rozhovoru dopracovala, byl, že v tom období přišla o svého staršího bratra - byl zavřený a po propuštění odjel za prací do zahraničí a tam už zůstal. Dětství hodnotí pozitivně, vyrůstala s bratrem, ke kterému má pěkný vztah, k otci taky. Matka byla typ člověka, který hodně dá na to, jak je vnímán okolím, respondentka se k její „vizitce“ nikdy

moc nehodila. Matku odmítala respektovat, na otcovu domluvu dala, ten byl ale oproti matce málo dominantní.

Ve škole byla obětí šikany za svůj fyzický vzhled (byla trochu při těle), díky drogám zapadla do místní party, kde se cítila přijímaná taková, jaká je. Jinak si ale sama sebe prý nikdy nevážila, s ničím nechodila k doktorovi, popisuje to přímo, jako že na sebe prostě „kašlala“. Drogy pro ni znamenaly vše, měla při nich peníze, zážitky, přátele a navíc si díky nim ulevila. O tom, že bere drogy, nikdo nevěděl, dokud nepřišla, že se chce jít léčit, uměla to prý dobře skrývat, navíc tím, že začala brzy, a být pod vlivem u ní byla norma, tak ji nikdo neznal jinou a bral ji normálně.

Až prý nyní se s ní rodiče „znovuseznamují“ během dovolenek, když za nimi jezdí čistá. Matka byla tehdy akorát v šoku a nedokázala pochopit, proč účastnice bere drogy, každopádně ji zde s otcem odvezli, vztahy se podle účastnice mezi nimi moc nezměnily, jen museli nějakou dobu pracovat na obnově vzájemné důvěry.

6. ETICKÉ ASPEKTY VÝZKUMU

Vzhledem k povaze výzkumného souboru a tématu diplomové práce jsem byla opatrná ohledně etických východisek výzkumu. Největší inspirací mi byla publikace prof. Michala Miovského a kol. s názvem Některé etické aspekty terénního výzkumu uživatelů nelegálních drog (2004). Cílem mého výzkumu je samozřejmě, jak jsem již výše zmiňovala, a jak popisuje i Miovský, účastníkům neublížit, ale naopak díky informacím od nich získaných pomoci jim a dalším lidem s podobným problémem.

Všichni účastníci byli požádáni o souhlas se zpracováním dat za účelem výzkumu v rámci mé práce. Oslovila jsem je, jak jsem již výše zmínila, osobně, nabídla jim přečtení zveřejněných informací v diplomové práci, které se týkají přímo jich, a poté samozřejmě dostali možnost seznámit se s výsledky výzkumu v podobě dokončené diplomové práce. Po dobu vedení rozhovorů, když jsme narazili na nějaké citlivější téma, jsem je upozorňovala, že mají právo nesouhlasit s tím, abych určitou informaci o nich zveřejnila, a znova jim zopakovala, že je jen na jejich rozhodnutí, kolik mi toho jsou ochotni sdělit. Jednala jsem tak, protože mi připadalo, že tím, jak jsou zvyklí pracovat v psychoanalytické terapii „do hloubky“, tak sdělují informace, u kterých jsem si nebyla jista, zda by chtěli, aby o nich věděl každý čtenář mé práce. Opět jsem v tomto případě vycházela z výše zmíněné publikace, konkrétně si dovolím citovat: „Musí být patrné, že účastník výzkumu přiměřeně rozumí povaze a důsledkům použitého výzkumného modelu a zároveň si je vědom rizik, výhod i nevýhod, které z účasti ve výzkumu plynou.“ (Miovský a kol. 2004, s 4).

Zachování anonymity účastníků jsem se snažila ošetřit přidělením čísel, nechtěla jsem dávat ani jména, vím, že je to možná méně přehledné, než kdybych každému přiřadila jméno jako pseudonym, to bylo ale přesně mým záměrem. Vzhledem k povaze tématu totiž nejde jen o citlivé informace, které by účastníka ohrozily v rámci současných vztahů uvnitř nebo vně terapeutické komunity. Klienti Pastor Bonus mají právo, po skončení své léčby zde, na „čistý štít“ při začátkách nového života, a i když se nad tím někteří nyní podívovali, vysvětlila jsem jim, že nechci, aby jim jednou má práce jakýmkoliv způsobem narušovala například profesní růst a kariéru, případně jejich budoucí mezilidské vztahy.

Ze stejného důvodu jsem nechtěla do práce zahrnout přepisy rozhovorů a radši jsem je jen zkrátila o „hrubé“ obecné informace v kapitole „3.2 Popis účastníků“ s tím, že mám od účastníků svolení citovat, pokud to alespoň trochu bude možné, mimo kontext, při ukázkách kódování společných znaků pro sociální dělohy respondentů. Jsem si vědoma toho, že kvůli nepředložení přepisu rozhovorů bude pro čtenáře náročnější ověřit správnost, věrohodnost a korektnost mé práce s daty v rámci analýzy, jde mi však více o bezpečí a budoucnost klientů než o „lepší známku“ a zohledním pak tuto znevýhodněnost v závěru práce, kde se budu zabývat limity.

7. METODIKA VÝZKUMU

V rámci výzkumu zpracovávám data, která jsem získala nenáhodným výběrem souboru osob, které nejsou momentálně aktivními uživateli návykových látek a podstupují léčbu své závislosti na psychoaktivních látkách pomocí psychoanalytické psychoterapie v komunitě Pastor Bonus, celkem se mi nabídlo osm klientů. Krom toho, že díky práci svých rodičů mám ke klientům léčebny umožněný přístup, jsem si dobrovolníky z jejich řad vybrala také proto, že jsou zvyklí na psychoanalytickou psychoterapii, která se zabývá prací s minulostí, což je pro mou diplomovou práci, která se též opírá o teorii zakotvenou v práci s minulostí, příznivé.

Tím, že je většina účastníků v terapii již delší dobu, tak umí hledat různé spojitosti a body ve svých životech, které mohly vést k drogové závislosti, a tyto skutečnosti si uvědomují. Myslím, že tento typ terapie měl z velké části zásluhu na tom, že nikdo z nich neměl na začátku našich rozhovorů problém s pochopením toho, kam má práce směřuje. Účastníci byli vybráni na základě jejich ochoty účastnit se výzkumu, tedy na základě dostupnosti a dobrovolnosti.

7.1 Sběr dat

Jako hlavní metodu ke sběru dat jsem v rámci svého výzkumu použila polostrukturovaný rozhovor. Polostrukturovaný rozhovor je jakýmsi zlatým středem mezi rozhovorem strukturovaným a nestrukturovaným. V tomto případě má vedoucí rozhovoru sice již předem představu, jak povede dialog se zkoumanou osobou, tedy určitou kostru rozhovoru sestavenou také z předem připravených otázek, nemusí se však této vlastní struktury přesně držet, například se na něco nezeptá, nebo naopak bude pokládat tázanému doplňující otázky v závislosti na tématu, které zkoumaná osoba sděluje, a které tazateli například přijde daleko důležitější, použitelnější pro výzkum, nebo zajímavější, než to, na které měl připravenou otázku (Reichel, 2009).

U polostrukturovaného rozhovoru je doporučeno, aby měl tazatel již nastudovanou literaturu ohledně tématu, které zkoumá, nebo případně by se měl v dané problematice dobře orientovat a znát ji (Hendl, 2005). Podmínky k vedení polostrukturovaného rozhovoru jsem podle mého názoru docela splňovala, jelikož se v problematice drogově závislých orientuji již od dětství, minimálně tak napůl i kvůli

tomu, že mi vlastně nic jiného nezbývalo. Proto jsem si tedy dovolila tuto cestu využít.

Rozhovor bývá jednou z nejčastěji užívaných metod v rámci kvalitativního výzkumu. Jako ostatní metody, i rozhovory mají svá omezení. Na téma rozhovoru i kvalitativní výzkumy celkově jsem našla výbornou publikaci s názvem *Qualitative Researching: The third edition* (Mason, 2018). V publikaci autorka Jennifer Mason poukazuje především na přenášení „nepřenositelné“ zkušenosti, jak jsem i výše sama zmiňovala, protože při rozhovoru se respondenti samozřejmě vyjadřují i neverbálně, což nelze ani v případě, kdy bych zde poskytla plné přepisy rozhovorů, stoprocentně napodobit.

Bohužel nejpřesnější zkušenost s rozhovorem tím pádem zůstane jen samotnému tazateli - v tomto případě mně. Dalším rizikem rozhovoru je podle J. Mason (2018) fakt, že se musíme spoléhat na to, že účastník je schopen v rámci vlastní výpovědi objektivně formulovat a hodnotit své zkušenosti a postoje.

Rozhovory jsem s účastníky realizovala osobně, domluvili jsme se, že je mohu jít navštívit v léčebně Pastor Bonus. Jako klidné nerušené prostředí byly oběma stranami zvoleny veřejné prostory určené v běžném provozu léčebny k pořádání individuálních psychoanalytických seší a také duchovních pohovorů s externím knězem, který do komunity přibližně jednou měsíčně dojíždí. Úvodem jsem účastníky seznámila s cílem mého výzkumu a teorií sociální dělohy, ze které budu chtít vycházet. Po představení teorie jsem nabídla prostor pro případné dotazy a připomínky.

V první fázi práce s účastníky, která trvala přibližně 15 - 20 minut, jsem jim přečetla anamnestický dotazník, do kterého mi nadiktovali své základní demografické údaje, obecný přehled o jejich rodinných poměrech a drogové „kariéře“. Poté jsem jim vysvětlila základní etické aspekty výzkumu a ubezpečila je o anonymitě při zpracování jejich osobních dat, které pro výzkum poskytnou. I v průběhu rozhovoru jsem je opět někdy upozornila na jejich právo jít do podrobností jen tak moc, jak se sami svobodně rozhodnou. Před zahájením rozhovoru dal každý z nich po seznámení s riziky a právy souhlas se zpracováním jím poskytnutých dat a s jejich následnou publikací ve výsledcích mé diplomové práce. Celkově setkání s účastníky trvala v

rozmezí od 40 do 90 minut, průměrně okolo 45 minut. Výklad účastníků jsem nahrávala na diktafon ve svém telefonu, následně jsem jej pak doma přepisovala do počítače.

Pro strukturu rozhovoru jsem se částečně inspirovala metodou časové osy, kterou při terapeutické práci s psychosomatickými obtížemi používají Chvála s Trapkovou (2009). Tato metoda je dle autorů zcela prostá. Většina pacientů přijde a stěžuje si na současné problémy, které jim symptom způsobuje. Nechají je mluvit a přitom si pozorně všímají časových údajů, které zaznamenávají na určitou „linku času“. Nejdříve postupují zpětně až do počátku příznaků, pokud si je pacienti pamatují. Později, když pacient skončí s vyprávěním ohledně své nemoci, obrátí se směr časové osy, kdy pacient vykládá o svém životě od dětství, kam až si pamatuje, zpět do současné doby, tím se provede rekonstrukce životního příběhu pacienta (Chvála, Trapková, 2009, s 48 - 55).

S účastníky jsme tedy začali podobným způsobem, jako autoři, až na to, že rozhovor začínal popisem účastníkovy začátku „drogové kariéry“, tedy časově v pubertě, většinou okolo třináctého až šestnáctého roku života. Poté jsme se zabývali dětstvím, kde jsme začali tam, kam až si účastníci pamatovali, nebo kam byli ochotni zajít, a postupovali jsme dopředu až k počátku jejich experimentů s návykovými látkami. Při tomto postupu jsem většinou účastníky nechala vyprávět a nebylo potřeba se jich moc doptávat, jak jsem již výše zmínila, jsou zvyklí se o svých životech bavit hodně dopodrobna vzhledem ke zkušenostem z terapií. Pokud to už však bylo potřeba, tak jsem se jich ptala především na psychosociální kontext, například, když ve vyprávění nezmínili, jak se jim dařilo ve škole, nebo moc odběhli od tématu, tak jsem je navedla zpět. Poslechla jsem tedy rady autorů v tomto znění: „Zaměřujeme se na časové údaje jednak o příznacích, jednak o toku životních událostí, kam až pacientova paměť sahá tak, že je to pacient, nikoli my, kdo určuje výběr sdělení. On rozhoduje o tom, co v jeho životě mělo a má jakou váhu, respektujeme jeho míru otevřenosti a jsme srozuměni s tím, že má pacient také právo podle svého některé skutečnosti zamlčovat.“ (Chvála, Trapková, 2009, s 48).

Po skončení rozhovoru jsem účastníkům poděkovala za ochotu, opět ještě nabídla prostor pro případné dotazy a nabídla jim také možnost se v budoucnu seznámit s výsledky mého výzkumu v podobě diplomové práce.

7.2 Analýza sebraných dat

S ohledem na charakter sesbíraných dat jsem došla k závěru, že nejučinnější strategií k práci se získanými daty bude užití tematické analýzy. Zde jsem následovala postupy nalezené v čerstvé zahraniční publikaci, která je podle mne výbornou příručkou k práci s touto metodou, s názvem *Thematic Analysis: A Practical Guide* (2022), autorkami jsou Virginia Braun a Victoria Clarke. Částečně jsem ještě pak vycházela i z jednoho jejich starších článků s názvem *Using thematic analysis in psychology* (2006). Z této publikace jsem si vypůjčila autorkami předepsaný šestifázový postup, který doporučují při práci s podobnými daty, jako jsou ta má. Nyní se fáze postupu pokusím nějak relevantně přeložit do pochopitelné formy.

I. **Seznámit se s daty** - Celý sebraný soubor dat přečíst naráz a zaznamenat si první myšlenky a nápady k textu.

Již během mých rozhovorů jsem si při vyprávění účastníků všimla určitých výrazných znaků, které se v jejich rodinách objevovaly, a již tehdy jsem si dělala bokem poznámky a nápady k tomu, co by mohly být v budoucnu primární kódy. Sebrané a přepsané rozhovory s účastníky jsem si postupně pročetla, poznámky jsem si přitom dělala na papír bokem, lépe se mi tak poznatky skládají dohromady. V samotném textu, tedy prepisech rozhovorů, jsem si pro mne podstatné a důležité informace zvýrazňovala. Poté jsem si uspořádala své poznámky a rozhovory pročetla ještě jednou, přesně jak doporučují autorky Braun a Clarke (2006) v rámci lepšího upřesnění podkladů ke kódování, abych se ujistila, zda mi opravdu poznatky budou stačit a bude je možné využít. Pár poznámek jsem si doplňovala nebo upřesňovala. Po skončení rekapitulace jsem pak konečně přešla k vytváření primárních kódů.

II. **Výběr primárních kódů** - Vytáhnout části rozhovoru, které přijdou čtenáři zajímavé, doporučuje se nějak je barevně odlišovat.

Otevřela jsem si samostatný dokument v MS Word, kam jsem zkopírovala mnou označené informace z přepisů rozhovorů a již je uspořádávala pod jednotlivé kódy, ty jsem pak řadila výše pod kategorie, kterým jsem se snažila dát co nejvíce vypovídající název. Výtahy z jednotlivých rozhovorů jsem nejdříve seřazovala, pro mou přehlednost, vzestupně podle frekvence nálezu u jednotlivých rozhovorů, tedy témata, která se objevila u nejvíce, v případě mé práce, několikrát i u všech účastníků, byla na prvních místech. Vypisovala jsem pod ně zkratky účastníků, u kterých jsem na dané téma narazila. Jako zkratku jsem používala písmeno U a číslo. Tímto způsobem jsem tedy sesbírala a rozčlenila základní kódy.

III. **Společná témata** - Hledání spojitostí, pokusit se kategorie spojit do subtématu.

Rozčleněné kategorie jsem se pokusila spojit do vyšších celků - subtémat, kterým jsem se snažila přiřadit odpovídající název.

IV. **Kontrola správnosti** - Odpovídají základní sebraná data mnou vybraným kódům a kategoriím? A patří též pod vytvořená subtémata?

Potom, co jsem kategorie seřadila pod subtémata, kterým jsem vymyslela název, jsem provedla jejich revizi.

V. **Pojmenování a definice vyšších celků** - Subtémata spojit ještě do vyššího zastřešujícího tématu. Zpřesnit názvy a definice.

Subtémata jsem uspořádala pod zastřešující témata. Jakmile jsem měla vypracovaná zastřešující témata, rozhodla jsem se pro jistotu znova pročíst všechny rozhovory, jestli jsem něco neopomněla, případně nenapsala špatně. Po této revizi, ujištění a případném doplnění jsem konečně začala vypracovávat přehledové tabulky s kategoriemi, subtématy a zastřešujícími tématy.

VI. **Výsledná zpráva - Vyjádřit se ke každému z objevených témat, v rámci popisu jednotlivých subtémat využít i příkladů v podobě citace ze získaného primárního textu. Utvoření určité závěrečné analýzy.**

Po sestavení tabulek jsem jednotlivá témata a subtémata podrobněji popsala a přidala k nim odpovídající citace z výpisu rozhovorů s účastníky. Na závěr jsem potom shrnula získané poznatky a interpretovala je (Braun, Clarke, 2006).

Tabulka č. 3 - Předvedení postupu při kódování

Cítace ze získaných dat	Výsledný kód
<p>No a rodina... co si tak vybavuju... tata chodil ožralý... rozbil vždycky celej barák... víc času trávil v hospodě jak doma. S kamarádama...</p>	<p>Otec na pivu s kamarády</p>
<p>no a ona (matka) si s ním ani nevěděla rady, tak chodila za mnou, abych se jí jako snažil pomoct. A já jsem teďka vůbec nevěděl jak jo... že správně by to snad mělo být naopak, že bych měl chodit já se svými problémy za ní... ..byl jsem takový pak moc předčasně dospělý...</p>	<p>Nepřiměřená zodpovědnost dítěte za výchovu</p>
<p>byla jsem jediná odjinud, všichni byli z toho jednoho města, já jediná dojížděla... spousta dětí mělo zakázáno se se mnou bavit, protože jsem byla ta dcera od tý alkoholičky... jako byla jsem asi obecně braná jako ta z tý špatný rodiny... ale měla jsem i svoje kamarádky.</p>	<p>Vrstevníci měli zákaz se s účastníkem kontaktovat</p>

Tabulka č. 4 - Ukázka vytvoření prvního a druhého zastřešujícího tématu z kategorií a subtémat

Kategorie	Subtémata	Zastřešující téma	
Pobyt otce mimo domov kvůli práci	Nestabilní otcovské figury	Výchova v rodině	
Otcovo popíjení alkoholu mělo přednost před věnováním se dětem			
Časté střídání partnerů matek účastníků			
Tolerování či užívání návykových látek některým z rodičů	Toxické nastavení struktury		
Až moc volná výchova bez zájmu o děti			
Psychické nebo fyzické týrání, ať už v rámci výchovy, nebo z jiných důvodů			
Výchova a struktura získaná z větší části prarodiči	Výchova příslušníkem širší rodiny		
Výchova jiným členem rodiny mimo prarodiče			
Nezájem o kontakt ze strany vrstevníků	Nepřijetí a agrese ze strany vrstevníků		Prostředí mimo rodinu
Různé druhy šikany			
Kolektiv drogově závislých ve škole	Drogy jako možnost socializace		
Kolektiv drogově závislých v místě bydliště			

8. INTERPRETACE DAT

Nyní jen zopakuji, jakou jsem si v rámci diplomové práce stanovila výzkumnou otázku:

VO: Jaké existují společné znaky v sociálních dělohách lidí závislých na návykových látkách?

V této kapitole se tedy pokusím na otázku odpovědět. Zjištění v rámci mého výzkumu jsem nejdříve seskupila do jedné přehledové tabulky, kde již jsou jen data pro následnou práci, tedy dvě hlavní zastřešující témata týkající se oblastí vývoje jedince v sociální děloze, a poté jim podřízená subtémata. Pod tabulkou pak jednotlivá subtémata podrobně popíši a přidám příklady založené na citacích z přepisů mých rozhovorů s účastníky.

Tabulka č. 5 - Zjištěné znaky v sociálních dělohách účastníků

Téma - Oblast vývoje v sociální děloze	Subtémata - Podrobnější popis společných znaků
Výchova v rodině	Nestabilní otcovské figury
	Toxické nastavení struktury
	Výchova příslušníkem širší rodiny
Prostředí mimo rodinu	Nepřijetí a agrese ze strany vrstevníků
	Drogy jako možnost socializace

8.1 Výchova v rodině

Prvním z hlavních témat byla výchova v rodině, tedy jak vypadalo prostředí domova, ve kterém účastníci vyrůstali. V tomto prostředí se objevila tři subtémata s názvem Nestabilní otcovské figury, Toxické nastavení struktury a Výchova příslušníkem širší rodiny. Tato subtémata jsem pak ještě v jednotlivých kapitolách specifikovala kategoriemi, které představovaly variace subtémat, tedy jakým způsobem se subtéma v rodině objevilo.

8.1.1 Nestabilní otcovské figury

Téma, které mi již při realizaci rozhovorů „bilo do očí“, a prakticky skoro stejnými větami jej popisovalo sedm z osmi účastníků, byla malá nebo žádná přítomnost otce v domácnosti, kde účastníci vyrůstali (U1 - U7). Dva nejčastější důvody (kategorie) byly **pobyt otce mimo domov kvůli práci**, a potom **otcovo popíjení alkoholu s kamarády, které mělo přednost před věnováním se dětem**. Další kategorie, kterou jsem do tohoto tématu zařadila, byla **úplná absence otce**, a to ve dvou případech (U3 a U4). Co se týká ještě pojmu nestabilních otcovských figur, jako poslední kategorii jsem si dovolila zařadit i **časté střídání partnerů matek účastníků**, které se objevilo u třech dotazovaných (U2, U3, U5). Nyní představím výňatky z některých rozhovorů, které se týkají tohoto subtématu.

Účastník 1 popisuje situaci rodičů, kteří se rozvedli v jeho třech letech, takto: *„...u mámy to bylo takový freestylový, chaotický. Žil jsem převážně u mamky, táta bydlel ee... o pár bloků vedle, kousek. Tam to bylo takový že prostě že jsem měl nějaký ten rád jo, na pohodu. Táta většinou ale hrozně pil jo, takže to nebylo nic pro mě, že jsem tam byl vlastně takový jako sám, že. Mě ani nebavilo se s opitým tátou bavit, tak jsem byl zavřenej v pokoji...“*. Otce prý ale svým způsobem respektuje, popisuje ho jako fajn člověka, který ho zase na druhou stranu, když už měl možnost s ním být, hodně naučil.

Podobně se k otci vyjádřil i Účastník 6.: *„Táta hodně chodil na pivo, moc doma nebyval... ale brali nás jako zase na výlety a tak a pak vlastně když sestra byla starší, tak se táta začal víc věnovat jí... my s bráchou jsme byli takový jakože mimo.“*, tedy popisuje kolotoč chování, kdy otec větší část času tráví pryč od dětí, ale pak se snaží tuto absenci vynahrazovat. Na stejný způsob byla zvyklá také Účastnice 5, i když zde kvůli tomu, že byla vychována prarodiči, posloužil jako otcovská figura dědeček, krom oslovení je však její výpověď velice podobná těm předchozím: *„Děda byl zase vždycky jak můj tatka... akorát teda hodně pracoval, takže moc nebyl doma... ale děda byl takovej... že vždycky přijel po práci, vzal mě ven a prostě blbl se mnou venku, že vlastně celý dětství se mnou strávil děda... a to se mě drží doted', že jsem měla blíž k tomu dědovi prostě....“*

Účastník 2 řešil nedostatek péče ze strany otce v souvislosti s rozchodem rodičů v jeho osmi letech: „*No pak se teda v mých osmi rozvedli, otec se odstěhoval. Vnímal jsem to jako zradu, že mě tam nechal se šílenou matkou. A že ten aspoň chvilkovéj pocit bezpečí zmizel. Pocit křivdy. Ale věnoval se mi... jezdili jsme na rodinné výlety, občas jsem k němu jezdil, ale byl trošičku v depresích... v pubertě mi pak vyčítal, že nemám dobrý prospěch a tak.*”. Zde účastník dodává, že kdyby bylo nejhůře, tak asi by se mu v současné době šel svěřit, ale má strach z toho, že by to otec moc „nepobral”. Na druhou stranu přiznává, že se na otce dalo spolehnout, když bylo potřeba pomoci s něčím materiálně.

Co se týká materiální stránky, tak to byl jediný způsob občasně péče, na kterou ze strany otce byla zvyklá Účastnice 3, a několikrát to během rozhovoru opakovala: „*Z otcovy strany jsem vždycky jakoby stála o ten jeho zájem... o tu přízeň o tu oblíbenost... ale z jeho strany nikdy nebyl... jako dal mi drahej dárek na Vánoce nebo... koupil mi snowboard třeba... ale pak jsem ho prostě půl roku neviděla, neslyšela... a nikdy se mě třeba nezeptal jak se mám, nebo tam nebyl jako citově, on tam byl jen materiálně... skrz dárky...*”

Účastník 4 byl odvážný a jen ve zkratce popsal i další problém, který nastal, když se otec domů vrátil: „*Táta pil občas taky... eeh... zažil jsem i nějaký takový jako domácí násilí... vlastně... když táta o těch vejkendech pil, takže prostě... se nebál vztáhnout potom ruku na mě nebo na mámu.*” Se skoro totožným příběhem přišel také Účastník 7, jeho otec měl dokonce stejnou profesi jako otec Účastníka 4, kvůli které netrávil moc času doma, v rámci anonymity nebudu upřesňovat o co se jednalo. „*Já vím, že jsem se vzbudil... ve čtyřech letech... došel jsem dolů a tam tata ožralej, rozmlácenej celej barák, máma pořezaná...*”. Na závěr spíše jen pro zajímavost zmíním nepřítomnost jiného člena rodiny, která však byla podle Účastnice 8 dost zásadní, a to jejího staršího bratra, který pro ni taky určitým způsobem znamenal veliký vzor a péči: „*Jo ještě mě tak napadlo, že ty drogy... jak nad tím přemýšlím... že si myslím, že jsem si jimi nahrazovala bráchu. Protože mě vlastně... brácha odcestoval do zahraničí a už se odtamtud nevrátil X let... To se vlastně dělo v tom období, když jsem začala brát. Protože brácha mi tvrdil, že mě bude chránit a... neochránil.*”.

Nyní se ještě zaměřím na další kategorii, kterou bylo již výše zmíněné časté střídání partnerů matek. To se konkrétně týkalo Účastníka 2, Účastnice 3 a Účastnice 5. Účastník 2 se k matce a jejím vztahům vyjádřil takto: „*A jinak si pamatuju, že jako vlastně partneri mojí matky se u nás střídali hodně... hmm... podle mě je i trochu zlatokopka, měla hodně strejdů, můj oblíbený byl pan Z (anonymizováno), bohužel dlouho nevydržel, byl chytřej, máma ho nemohla moc ždímat (smích)...*”. Účastnice 3 tuto oblast moc nepopisovala, ale dala si záležet, aby se o ní jen tak mezi řečí alespoň zmínila při popisu toho, jak to vypadalo u nich doma. Přišlo mi zbytečné zde citovat, účastnice prostě jen jednovětně sdělila, že matka měla doma různé chlapy, co se tam střídali.

Účastnice 5 pak má trochu složitější situaci vzhledem k již výše zmíněným faktům, že bydlela s prarodiči a matku vídala málo. I zde mi však přišlo zajímavé, i když ne nepochopitelné, že přesto též měla určitou potřebu tuto informaci sdělit v rámci popisu už tak krátkého času, který trávila s biologickou matkou: „*A hlavně když jsem tam jezdila na prázdniny, tak každý prázdniny byl u mámy jinej (úšklebek, náznak uvozovek) strejda... takže to bylo takový jako... divný no...*”. Tímto výčtem bych tedy uzavřela subtéma nestabilních otcovských figur.

8.1.2. Toxické nastavení struktur

I v tomto případě jsem se dlouho rozhodovala, které ze spousty kategorií ještě zahrnout do popisu struktury výchovy v domácnostech respondentů, abych byla schopna obsáhnout vše podstatné. Každopádně jako dominující považuji kategorii zabývající se **tolerováním či užíváním návykových látek včetně alkoholu některým z rodičů** (U1, U2, U3, U4, U5, U6, U7), čímž se z nich stala v domácnosti norma, a jako druhá, podle mne důležitá kategorie, je pak i podle slov účastníků **až moc volná výchova bez zájmu o děti** (U1, U2, U4, U5, U6, U8). Jako další kategorie, který podle mne taky stál za zmínku, bylo **psychické nebo fyzické týrání, ať už v rámci výchovy, nebo z jiných důvodů** (U2, U3, U4, U6, U7, U8).

Začneme tedy kategorií, která se zabývá užíváním návykových látek některým ze starších členů v domácnosti respondentů. Užívání návykových látek se propojeně objevilo už v citacích zaměřených na předchozí subtéma týkající se nestability otcovských figur. Tyto body tedy již nebudu opakovat. Zde jen zmíním další příklady. Účastník 1 měl před sebou hned dva lidi, kteří byli konzumenty návykových látek, a to otce, který pil, a partnera matky, který bral pervitin: „*No a... ten mámy přítel bral drogy jo... já jsem to věděl... nějakou dobu... asi čtyři roky že... a... no tak... jak jsem pak fetoval já a on to věděl... tak se snažil hrát na to, že ať to nedělám... ale pak za mnou stejně přišel, jestli o něčem nevím jo... o nějakým matru (smích). Tak už jsme to pak kutili spolu.*”. Stejně tak v případě Účastnice 5 byl konzumentem alkoholu dědeček a matka byla konzument dalších návykových látek: „*Děda je vyléčený alkoholik, takže vždycky půl roku byl doma klid a půl roku strašně pil... takže už od malička jsem dědu sbírala různě... nevím... po náměstí a po křoví.....Ale... vlastně... trávu jsem začala kouřit s mojí mámou.*”.

Alkoholismus ze strany matky pak dost trápil Účastnici 3: „*Matka hodně pila... jakože hodně alkoholicky pila...já si pamatuju matku vlastně jenom když pila... jakože měla období, kdy se snažila nepít... ale nezažila jsem mámu prostě předtím, než pila... protože ona vlastně pila dřív než si mě udělala...*”. V poslední řadě ještě zmíním Účastníka 2, který prý v pubertě vyloženě vědomě „kopíroval” životní styl své matky: „*V pubertě pak byla moje matka málo doma... chodila na večírky... takže jsem vlastně od patnácti začal taky chodit na večírky, chodil jsem spát, kdy jsem chtěl... a dělal jsem si více méně tak vše jak jsem chtěl.*”. Poslední perličkou pak je zkušenost Účastníka 4 s tolerováním a dokonce pěstováním marihuany: „*Marihuana byla u nás strašně tolerovaná, X(anonymizováno) ji i pěstovala, měl jsem to takhle tolerované... X(anonymizováno) měla growshop a tak, byla to prostě u nás norma, doma jsem si i pěstoval svoje rostlinky a tak.*”.

Nyní se zaměřím na to, jak účastníci popisovali svou výchovu. Účastník 1 použil jako definici výchovy doma pojem freestyle, a pak se tento výraz snažil více do hloubky popsat, nejen, že se k němu přistupovalo jako k dospělému, ale taky na něj byly kladeny nároky jako na dospělého: „*Já se třeba i teď setkávám s problémem, že mám pocit, že jsem na všechno sám, že mi chybí ta pomocná ruka jo... což by měli být ti rodiče... a... já už jsem to bral i tehdy prostě tak, když jsem byl s nima... že jsem měl vsugerovaný, že si musím prostě vystačit sám a udělat si vše sám... No a oni se furt hádali (pozn. matka s přítelem)jo a on ten malý brácha spal s nima v ložnici... řvali a mě to celkem sralo, že tam byl ten malý v tom konfliktu... a... no a ona si s ním ani nevěděla rady, tak chodila za mnou, abych se jí jako snažil pomoci. A já jsem teďka vůbec nevěděl jak jo... že správně by to snad mělo být naopak, že bych měl chodit já se svými problémy za ní...*”. Účastník 2 popsal jednou větou prostě a jednoduše, že zákazy a pravidla doma byla strašně chaotická. Co mu jednou bylo například povoleno, podruhé to bylo zakázáno.

Účastník 4 popisuje, že se doma též odmalička cítil jako dospělý. Své chování přisuzuje mimo jiné tomu, že nebyl často doma otec, který by ho „srovnal”. Jak to tedy vypadalo?: „*Já si myslím, že to bylo nejvíc poznamenané tím tátou, že tam prostě nebyl, že jsem si tak dělal, co jsem chtěl... že vlastně... jsem určoval mámě já, co budu dělat, místo aby určovala ona, protože mě nezvládala...*”.

Účastnice 5 pak volnou až rozmazlující výchovu přisuzuje lítosti prarodičů nad její situací: „*Hranice mi ale asi nikdo doma nedával... tím, že jsem byla adoptovaná, tak prostě pro mě udělali první poslední, což si teď už myslím, že je chyba, že mi ty hranice vůbec nenastavili... takže... vlastně v pubertě jsem vůbec babičku s dědou prostě neposlouchala, takže... ale jako asi víc to byla ta babička... že děda byl spíš přes ty srandičky a tak... a spíš ta babička jako když zařvala tak jooo já to udělám... (smích)*”.

Účastník 6 popisuje, že sice se rodiče určitým způsobem snažili o nějakou výchovu, ale jen v oblasti prospěchu ve škole, kde je dost trestali. Jinak to vypadalo asi takhle: „*On se nás snažil asi vychovávat hlavně táta ale oni to nezvládali absolutně ani jeden. Oni nás jakoby ani nevedli k žádným koníčkům nic nikdy... prostě nás nechávali růst tak jak to... jediný, co je zajímalo, jak se učíme ve škole ale prostě*

jako... že by se s náma učili to třeba jako nikdy... jsme byli takoví jak dříví v lese.”

V případě Účastnice 8 byla doma velice dominantní matka, kterou však stejně odmítala respektovat. Občas akorát dala na domluvu ze strany otce: „*No... aji taťku jsem brala tak jako autoritu. Mamka to tam teda chtěla vést... ale cokoliv mi řekla mamka, tak jsem prostě nerespektovala... ale když to mamka třeba řekla před taťkou, tak jsem to respektovala.”*

Jako poslední, podle mne, důležitou kategorii jsem vybrala psychické či fyzické týrání ze strany vychovávajících osob. Začneme tedy Účastníkem 2, který se na velmi dlouhou dobu při rozhovoru rozpovídal o enormním psychickém nátlaku především ze strany babičky (matčiny matky). Opět abych jej ušetřila do budoucnosti nějakých problémů, zmíním jen pár méně neškodných vět pro představu: „*Babička do mě hustila často traumatické zážitky ze svého mládí, kdy byla válka...babička hodně pomlouvala rodiče... oddechlo se mi, když zdechla... vím, že to asi zní hnusně ale prostě... musel jsem se o ni ještě starat, když umírala, bylo mi tak 16... nadávala mi německy, plivala na mě.”*

Účastnice 3 popisovala, že pro ni bylo psychicky náročné dívat se na matku, jak pije, dávala si to za vinu: „*Máma byla pro mě osoba, který jsem se snažila jakoby nějak jako...dokázat, že má smysl žít bez těch drog, protože jsem strašně ji jako milovala ale hrozně mě bolelo to celé jak na nás působila jako... Já jsem si hlavně furt myslela, že za všechno vlastně můžu já... za matčino pití, za otcovo... to že je daleko...”*

Účastník 6 popisuje, že měl šílený odpor ke škole, protože doma byl za prospěch trestaný: „*Já jsem totiž z rodičů... nebo měli jsme všichni z nich vždycky spíš strach jakože... ono v tý škole to bylo, že oni nás vždycky jakože trestali než aby se s náma učili no... jakoby tam byly často zákazy a zarachy... nebo vařečka nebo pásek...”*

Vyjádření Účastníka 4 nemusím opakovat, již bylo zmíněno opět v rámci nestabilních otcovských figur, kdy jsem dávala přepis, ve kterém popisuje, jak otec chodil domů opilý. Podobné to měl opět i Účastník 7, který zažíval fyzické násilí ze

strany otce, a fyzické i psychické násilí ze strany otčíma: „*Jako otčím nás nikdy nepřijal jako vlastní... takže s tím se těžce... těžce v podstatě žije... aaa když se furt někomu snažíš zavděčit a k ničemu to není tak... to je taky... to... a vlastně fotr mě mlátil, on mě mlátil... no takže. (odmlka) Nevím.* ”.

Účastnice 8 hned na počátku rozhovoru řekla, jako první věc, proč začala brát drogy, bylo, že se nedalo snést křičení její matky. Prý to byl jeden z hlavních důvodů, proč s drogami začala: „*Začala jsem brát drogy, protože... moje máma strašně křičí. A mně... když jsem si zahulila nebo jsem si dala jakoukoliv drogu tak... mně to bylo úplně jedno. Nebrala mě takovou, jaká jsem... nepodporovala mě v žádném mém koníčku, jakože chtěla prostě ze mě udělat něco, co jsem nikdy nebyla. A vlastně když jsem si tu drogu dala, tak mi to bylo úplně jedno.*”.

8.1.3 Výchova příslušníkem širší rodiny

Vím, že tento bod ve své podstatě moc nesouvisí, nebo možná ani není ve většině případů u účastníků jednou z možných příčin drogové závislosti. V rámci mého výzkumu se jednalo jen o čtyři případy, tedy polovinu účastníků, které nějak významněji vychovávali například prarodiče. Přesto mi však přišla zajímavá spíše ta skutečnost, že většina účastníků nevnímala ani tak rodiče jako někoho, kdo udává strukturu, je bezpečným objektem apod., ale právě někoho ze širšího rodinného kruhu. I když se tento člen například přímo nepodílel na výchově, tak skoro každý z nich měl někoho ze širší rodiny, ke komu měl větší důvěru než k rodičům.

Tohoto člena většinou vyobrazují ve velice pozitivním světle a při rozhovorech si dali dost záležet na tom, aby stáli rodiče a tato osoba v co největším protikladu (rodiče tohle nedělali ale on/ona jo). Částečně už se u výpovědí některých účastníků objevila zmínka o někom ze širší rodiny, teď to rozvedu více. Taky jsem se během rozhovoru jen tak pro zajímavost zeptala, kdo účastníky přivezl zde do léčebny Pastor Bonus. Prakticky skoro ve všech případech jsem zjistila, že ten člen širší rodiny, ke kterému mají pozitivní vztah, minimálně stál za jejich impulzem jít se léčit, za zařizováním jejich léčby zde, nebo v několika případech zde účastníky i oni členové sami dovezli.

V případě Účastníka 2 se jednalo o jeho nevlastní matku, manželku jeho otce: „*Nevlastní máma, tak ta mě...vlastně manželka táty...tak ta mě vozila všude jako po těch psychologích, blázcích a tak...a ty vlastně říkali jakoby že jsem závislej...a tak...byla pro mě důležitá. Já jsem ji vnímal... hmm... jako někdo, kdo je schopnej mi dát jako tolik lásky... víc než jakoby ta vlastní... že se jakoby objevil v mém životě najednou někdo cizí, kdo je se mnou schopnej absolvovat já nevím všechny... doktory...a tak...jako navštěvovala mě víc než moje vlastní matka.*”.

Účastnice 3 popisuje svou babičku přímo jako anděla, který ji osvětloval její život: „*Babička ta se furt snažila, ona byla takový anděl... jakože snažila se všechno zachránit, ale byla na to prostě krátká no... no vychovávala mě teda babička v jednom baráku společně s mámou... a babička byla ten anděl, který nás tahal z těch všech nepříjemností... jedinou strukturu mi dávala babička... že uměla jako prostě z hlediska výchovy i nějaký pocitový jako ze všech stran tam byla... a chtěla jsem aspoň pro tu babičku dělat radost, jakože třeba budu mít dobrej prospěch ve škole nebo tak...*”. Po smrti babičky se propadla do drog úplně maximálně, jak sama tvrdí. Snažila se tu bolest ze ztráty „zafetovat”.

Téma babička se objevuje také u dvou dalších účastníků, u každého v trochu jiné roli. Účastník 4 opět babičku popisuje jako někoho, kdo mu dokázal domluvit a určoval jemně a nenásilně strukturu. Největší autoritou je pro něj prý teta, která jej i přivezla zde do léčebny, ale hned poté babička: „*No... babička... ta byla super... ta vždycky by za mě dala ruku do ohně... jsem byl prostě její miláček. Vždycky mně říkala jako... ať jsem hodnej na mámu a taak...S rodičema jsem nikdy nechtěl jako problémy řešit...s nimi jako. To vždycky bud' s tou babičkou, protože ta mi prostě byla oporou strašnou.*”.

Účastnice 5 vnímala babičku jako vlastní matku, a to nejen kvůli té situaci, že byla prarodiči vychovávána. I citově pro ni byla důležitá: „*No ale babička... jakoby pocitově vždycky pro mě byla jako moje máma, akorát že si to nepřála, abych jí tak říkala... aaaa... jak jsem byla malá, tak mi asi nepřišlo nic divné, jakože jsem žila s babičkou nebo takhle... Máma pro mě byla cizí člověk, když jsem byla malá, tak jsem*

si říkala, že co to je za paní, co furt jezdí na návštěvy a ještě jsem to prostě ani vůbec nechápala a vím že... bydlela daleko a vždycky, když si mě chtěla vzít třeba na týden nebo tak, tak jsem úplně měla záchvat úplně, že s ní nechci prostě jít...”.

8.2 Prostředí mimo rodinu

Ve druhém z hlavních témat popisují prostředí mimo domov účastníků, tedy jaké vztahy měli mezi vrstevníky případně s učiteli. Zde jsem vytvořila dvě subtémata s názvy **Nepřijetí** či **agrese** ze strany vrstevníků a **Drogy** jako možnost socializace.

8.2.1 Nepřijetí a agrese ze strany vrstevníků

Podobně jako u tématu otce mi již při rozhovorech s účastníky naskakovalo téma vztahů ve škole a v mimoškolních aktivitách, které též, až na jeden případ (U4 - i když zde bylo pro účastníka školní prostředí též traumatické, ale kvůli kantorům) nebyly hodnoceny zrovna pozitivně. Účastník 2 jako jediný na toto téma samovolně nemluvil, tehdy jsem si toho v průběhu rozhovoru nevšimla, takže jsem se nedoptala doplňující otázkou. V lepším případě zde byla první kategorie **Nezájemem o kontakt ze strany vrstevníků**, v horším případě jsem jako druhou kategorii vytvořila **Různé druhy šikany**.

Ve spoustě případů se celkové klima školního prostředí též značně podepsalo na studijním výkonu účastníků, protože školu vnímali s odporem. Pak kvůli studijním problémům někteří z nich například dokonce propadali, ukončovali školu a podobně, což ještě snižovalo jejich šance na socializaci. Spoustu účastníků začalo v návaznosti na školu a školní prostředí samo od sebe mluvit o tom, že k socializaci pak použili právě návykové látky, protože jim už jiná možnost „nezbyla” a všechny ostatní strategie byly neúčinné a nepoužitelné. O tom ale až v druhé podkapitole, kde se přímo zabývám socializací pomocí drog.

Nyní tedy nejdříve zpět k tomu, jak se účastníkům dařilo v kolektivu vrstevníků před sáhnutím po návykových látkách. Účastník 1 popisuje svou situaci ve škole tak, že ještě z toho vyšel prakticky docela dobře, ale stejně mu byla nepříjemná a podepsala se na jeho výkonu: „*Do školy jsem chodil s jedním cigánem, byl to strašný dobrák od kosti, jakože fakt strašně hodnej, ten byl asi jedinej, s kým jsem se tam bavil, jinak já jsem byl totiž propadlík, takže jsem tam byl jakože vysokoje, úplně jsem nezapadal, všichni měli ze mě z nějakého důvodu strach jo.*”.

Účastnice 3 se potýkala ve škole s nepříjetím kvůli vizitce její rodiny. Říkala, že by si přála vědět, jak by to vypadalo, jestli by zapadla, kdyby některé věci byly jinak. Ke škole ale zas až takový odpor necítila, dotáhla ji až do maturity, navíc ji měla spojenou s tím, že dobrými známkami dělala radost své babičce, kterou, jak už víte z předešlé podkapitoly, velmi milovala: „*Ve škole jsem byla docela šikovná asi až do nějaký šestý třídy, než jsem se musela začít starat o ty mladší bráchy... jsem kvůli tomu moc nechodila. Ale vždycky jsem byla jako snaživá, chtěla jsem mít dobrý známky... vztahy... no ale byla jsem jediná odjinud, všichni byli z toho jednoho města, já jediná dojížděla... spousta dětí mělo zakázáno se se mnou bavit, protože jsem byla ta dcera od té alkoholičky... jako byla jsem asi obecně braná jako ta z té špatný rodiny... ale měla jsem i svoje kamarádky.*”.

Myslím, že přeci jen stojí za zmínku také Účastník 4, který sice neměl problémy v kolektivu, ale trpěl spoustou poruch učení a učitelé se na něm prý dost podepsali, dodnes má údajně problémy především se ženskými autoritami a připisuje to z velké části právě svým zkušenostem s učitelkami: „*Já jsem měl i hodně problémy jako... dyslexie... porucha pozornosti a takový jako... soustředění. Projevovalo se to hlavně ve škole že... na učitelích a tak... No... k tomu bych řek, že mě hodně poznamenala ta škola jakoby... že tam jsem nevycházel jak s učitelkama, tak potom i s učitelama... byl jsem posílán hodně do těch... výchovnejch těch... aji v tom Návratu jsem se byl jakoby podívat, chtěli mě jakoby umístit tam, protože jsem byl nezvladatelný a dělal jsem problémy. Nadával jsem učitelkám a tak... ale protože jsem z nich měl hodně velký trauma z těch učitelek.*”.

Účastníci 5 zde představují jako první z těch, kteří již zažili i horší problémy než jen nepřijetí. Byla obětí brutální šikany během skoro celého studia základní školy. Do detailu se zmiňovat nebudu: „*Tak ve škole mě šikanovali... protože jsem cigánka. Takže jsem do školy chodit nechtěla... tím, že jsem tam nechtěla chodit tak... jsem nedávala pozor. Takže jsem měla špatný známky... a... vlastně od první třídy mě tam šikanovali. Až v osmé třídě se ve mně něco zlomilo, jakože jsem si to nenechala líbit...*”.

Podobně citlivé bylo toto téma i pro Účastníka 7, který se opravdu vůbec víc dopodrobna, co se týká záznamu rozhovoru, na toto téma bavit nechtěl. Mimo záznamy mi některé situace popsal, ale nepřál si to rozebírat vůbec někde veřejně. Do záznamu se vyjádřil stručně: „*Škola?... šikana... mimoškolní aktivity... šikana... já jsem celkově vyrůstal v šikaně... takže... možná i to bylo jakoby... nějaký... nějaký důvod proč...*”.

Účastnice 8 se přidává jako další k obětem šikany ze strany vrstevníků, kdy prý hlavním předmětem výsměchu býval její vzhled: „*Ve škole... se mi... jsem byla taková jakože tučnější, takže... jsem měla takové různé přezdívky, jako byl demižón a ... nějak jsem nebyla oblíbená mezi žákama...*”.

Okrajově ještě zmíním Účastníka 6, aby nevypadalo, že jsem na něj zapoměla, ten měl na škole ve městě, kde vyrůstal, vztahy dobré. Bohužel jeho schopnost zařazení do kolektivu mu pokazilo stěhování v jeho třinácti letech. V novém městě měl potíže zapadnout, ale povedlo se mu to později právě díky tomu, že začal s vrstevníky experimentovat s návykovými látkami. Tím bych tedy přešla k druhému subtématu.

8.2.2 Drogy jako možnost socializace

Jak jsem již v předchozí podkapitole zmiňovala, drogy v případě účastníků sloužily, jako rychlý prostředek k zapadnutí do kolektivu. Vzhledem k zachování anonymity jsem ani neuváděla, z jakého místa/města jednotliví účastníci pocházejí. Zajímavé je, že často to bývají okresy, které jsou známé vyšším výskytem lidí závislých na různých drogách, případně alkoholu.

Mohli bychom tedy polemizovat o tom, že i při „rozšíření“ sociální dělohy účastníků z primární rodiny ven se dostali do prostředí, které podobně jako u většiny z nich doma, tolerovalo užívání návykových látek, což též mohlo mít podstatný vliv na jejich drogovou „kariéru“. Přirozeně se totiž chtěli účastníci socializovat, což může pak z tohoto pohledu vypadat vlastně jako pochopitelné a vnímané jako „správný“ způsob. Doprovodné, pokud by se tomu dalo říkat, výhody, například únik z reality, zvýšení sebevědomí (to se též často objevilo jako téma při rozhovoru) a další, pak pocítili účastníci až sekundárně, prvotní impuls u většiny z nich však vycházel ze sociálních důvodů. Zde jsem opět vytvořila dvě kategorie, první byla **Kolektiv drogově závislých ve škole**, druhá pak **Kolektiv drogově závislých v místě bydliště**.

Účastník 1 vnímal drogy jako „doplněk“ k životnímu stylu, který se mu zamlouval, přímo to tak popisuje: „*Co se týká těch drog, tak jako... no ve čtrnácti, tam jsem jako hodně měl rád ten životní styl jo. Prostě potulovat se s bandou jooo, feťáci a tak. Marihuana, sem tam perník, ale moc mě to nebralo.*“. Počátek drogové kariéry Účastníka 2 jsem popisovala již výše v podkapitole zabývající se užíváním návykové látky některým z rodičů nebo členů domácnosti, kdy se konkrétně jej týkalo matčino chození na večírky. Taky tam jedny z prvních pohnutek byly, že chtěl vyzkoušet, co na tom jeho matka vidí. Dále to znova přepisovat nebudu, je to zbytečné.

Účastníci 3 šlo již opravdu o zapadnutí, což doslova sama zmiňuje, dalšími důvody byla recese a touha po zážitcích: „*Tak ze začátku to byl takový asi... protest... a jako zažít něco s těmi přáteli, se kterými to bylo jakože takový zvláštní téma... všichni jsme skrz to zapadli... nevím u mě to byla nějaká recese řekla bych... pak ten perník, to bylo hodně už jako únik z reality aaaa... snaha zahnat ty bubáky, co jsem měla... ale i hodně tam dělala ta parta jo... drogy mi dávaly svobodu... přijímala jsem se taková jaká jsem, ať už jsem byla jakákoliv... měla jsem vlastně i jakoby nějaký prozření vyšší... jakože jsem měla pocit vyšší intuice... samozřejmě bandu... konečně jsem měla jako kolektiv, kterej mě měl rád... měla jsem kolem sebe svoje lidi najednou... jo... nebo měl rád, jakože v uvozovkách... prostě mě brali... měla jsem svoji bandu u který jsem byla svobodná a můj projev byl svobodnej... doma jsem se moc projevovat nemohla... spíš vůbec.*“.

Jediný, kdo se k této teorii úplně nehlásil, byl Účastník 4. Kamarádů měl spoustu a vztahy s nimi hodnotil jako občas i kvalitnější, než doma. V jeho případě vnímá jako pohnutku k braní spíše to, že doma byly drogy tolerované, a marihuana dokonce pěstovaná (viz. podkapitola zabývající se toxickým nastavením struktur).

Pro Účastnici 5 měly drogy velmi veliký význam. V jejím případě nejen přerušila díky nim šikanu, ale určitým způsobem díky nim navázala i vztah se svou matkou, což už bylo zmíněno v jedné z předešlých podkapitol: „*A právě tím, jak jsem pak začala kouřit trávu, tak jsem si našla takový podobný kamarády, takže pak už to bylo v pohodě, že jsem prostě aspoň někam zapadla... jinak vůbec... No tak zapadla jsem někam... přišlo mi že... aji máma se o mě začala víc zajímat... tím, že to dělala taky. Našla jsem si kamarády a vlastně ve finále mi bylo úplně jedno, co si o mně kdo říká, já jsem měla takovej svůj svět, do kterýho jsem jen tak někoho nepustila... takže... nevím aji nějaký pocit bezpečí nebo tak mi to dávalo, jak jsem říkala aji kvůli tomu soukromí na bytě...*”.

Nyní se tedy konečně dostávám k Účastníkovi 6, který též měl drogy jako prostředek k zapadnutí do kolektivu, ale z důvodu, že se okolo třináctého roku musel přestěhovat do úplně nového prostředí: „*No... tak já jsem začal chlastat když mi bylo... teda jakože pít alkohol někdy ve čtrnácti... s kamarádama jsme to začali zkoušet... tam (doma) ty mezilidský vztahy moc nefungovaly... mezi náma jakoby... takže jsem hledal ty vztahy někde jinde úplně mimo rodinu... kde se vlastně pak přidal ten alkohol k tomu vlastně a ty drogy... Hodně jsem měl ty drogy v rámci nějaké... socializace...*”. Z předchozích témat už o Účastníkovi 7 víte, že byl jedním z obětí opravdu těžké šikany, a byl také dalším z těch, kteří se této situaci snažili vyhnout/tuto situaci vyřešit drogami: „*Já nevím, to bylo spíše jakoby ze zvědavosti že... jako... to bylo vlastně v prváku na praxi... a tam to za barem jeli prostě... ve velkém... a ta já jsem si to chtěl zkusit. Co to dělá, protože jsem... dřív už kouřil trávu, chápeš... to bylo tak v deváté. V deváté třídě jsem začal chodit za školu... já jsem se vždycky snažil jakože... ještě k té šikaně... že jsem se vždycky snažil těm lidem jakoby zavděčit a zapadnout že jo... takže proto třeba jsme chodili za školu a takhle...*”.

Účastnice 8 pak zvolila cestu toho, že na zapadnutí do kolektivu ve škole rezignovala, též kvůli šikaně, ale díky užívání drog zapadla do místní party: „*Vlastně mně bylo dobře v té *anonymizováno - přídavné jméno party odvozené od místa, kde žila* partě. Takže by se dalo říct, že pro mě ty drogy byly takové zapadnutí... abych byla přijmutá taková, jaká jsem prostě.*”.

9. DISKUSE

Již zde předem upozorňuji, že samozřejmě moje práce nemůže být dostatečná k tomu, aby naplnila funkci ucelené teorie, minimálně už jen v tom případě, co se týká velikosti vzorku účastníků. Samozřejmě uvítám a bude pro mne čest, kdyby v budoucnu můj skromný výzkum někoho inspiroval k obsáhlejšímu sběru dat a případnému řádnému vytvoření opravdu relevantní teorie či zkonstruování modelu sociální dělohy drogově závislých.

Hlavním cílem této diplomové práce pro mě bylo, jak jsem se již zmiňovala na začátku empirické části, alespoň trochu přispět novými poznatky k prohloubení informací a většímu porozumění problematice lidí závislých na drogách, protože i přesto, že v odborné komunitě se již na závislost pohlíží jako na nemoc, sama jsem se v průběhu svého života setkávala s úplně jiným nastavením ze strany široké veřejnosti. Ta stále pohlíží na drogově závislé jako na určitou spodinu společnosti, která si navíc za všechny své problémy může podle názorů mnoha lidí sama.

V rámci mé snahy pokusit se prokázat opak jsem se zaměřila na teorii Sociální dělohy, kterou jako metaforický model při práci v rodinné terapii vytvořili Vladislav Chvála a Ludmila Trapková. V rámci této teorie autoři sami již několikrát poukázali na drogovou závislost jako doprovodný symptom jiného problému, který vznikl působením mezilidských vazeb a sociálních interakcí v prostředí rodiny i mimo rodinu, na osobu postiženou touto závislostí (Chvála, Trapková, 2014).

Při výběru nejvhodnější metody ke sběru dat, jsem se inspirovala, ale ne úplně stoprocentně, metodou časové osy, kterou Chvála s Trapkovou využívají v rámci terapie s pacienty. Použila jsem některé prvky této metody, především způsob, jakým se s pacienty vracejí do počátků jejich nemoci, a poté jdou zase naopak od dětství pacientů až k současnému životu. Oproti časové ose, která má podobu spíše volného vyprávění, jsem však já již měla předem připravenou přibližnou kostru rozhovoru, kterou na výzkum účastníků použiji. S účastníky jsem vedla polostrukturované rozhovory, kde jsme v úvodu postupovali od počátků jejich experimentování s návykovými látkami, a poté jsme se zaměřili na vzpomínky z dětství, kam až jejich paměť sahala, a postupovali zpět do doby, kdy začali užívat návykové látky.

Ke zpracování získaných dat jsem použila metodu tématické analýzy, kdy jsem následovala postupů a rad zahraničních autorek Virginia Braun a Victoria Clarke (2022 a 2006). Z analýzy rozhovoru s osmi účastníky, kteří nejsou momentálně aktivními uživateli návykových látek, a léčí se z drogové závislosti psychoanalytickou psychoterapií v komunitě Pastor Bonus, jsem vytvořila dvě hlavní oblasti sociálního vývoje, ve kterých se většina účastníků svými specifickými znaky shodovala, a to *Výchova v rodině* a *Prostředí mimo rodinu*.

Tyto oblasti jsem ještě rozčlenila do pěti podrobnějších subtémat k jejich lepšímu popisu a pochopení. V rámci první oblasti se jedná o popis témat: *Nestabilní otcovské figury*, *Toxické nastavení struktury* a *Výchova příslušníkem širší rodiny*. V rámci druhé oblasti se pak objevila dvě témata, a to *Nepřijetí či agrese ze strany vrstevníků* a *Drogy jako možnost socializace*.

Výše uvedenými daty jsem, podle mého názoru, dokázala odpovědět na svou výzkumnou otázku, která řešila, zda budou v sociálních dělohách mnou dotázaných účastníků existovat společné znaky. Všechna subtémata se objevila prakticky u každého z účastníků s tou skutečností, že i když například k jednomu účastníkovi téma nesesedělo úplně podobně, jako k ostatním, při hlubším zkoumání se objevila jemu podobná variace založená však na stejném principu.

Mnou získaná data jsem určitým způsobem predikovala již při psaní teoretické části práce, a také se tento předpoklad potvrdil. Většina výsledných subtémat se až děsivě shoduje se seznamem z knihy *Návykové chování a závislost*, kterou publikoval známý český psychiatr a odborník na závislosti MUDr. Karel Nešpor (2007). V této knize Nešpor vyjmenoval a popsal faktory, které mohou mít na vzniku a vývoji závislosti u dětí velký vliv. I jeho kniha byla pro mne inspirací k tématu diplomové práce, protože kvůli zkušenostem z praxe jsem už tehdy s mnoha z vyjmenovaných faktorů souhlasila, a chtěla jsem je zkusit empiricky ověřit, což se povedlo. Nápadně podobnými faktory se pak zabývali už při před docela dlouhou dobou v jednom ze zahraničních článků s názvem *Family factors in the lives of drug users and abusers* (Jurich, A.P. & Polson, 1985), nebo pak v novějším popisu výzkumu s názvem *What influences young people's use of drugs? A qualitative study of decision - making* (Boys, Fountain, 2009).

Ještě bych na závěr chtěla upozornit také na úplnou shodu posledního subtématu (Drogy jako možnost socializace) s názorem Pavla Mühlpachra (2019), který jsem již jen ve zkratce zmínila v teoretické části, teď jej tedy mohu trochu podrobněji rozepsat. V rámci sociologické teorie se Mühlpachr zabýval faktory prostředí, které mohou přispět k vyššímu výskytu drogové závislosti v určitých oblastech. Jedním z těchto faktorů byla právě účast v deviantní subkultuře, díky které se závislí vyhnuli frustraci z nepřijetí v normální společnosti. Dostane se jim zde uznání, a pokud jsou úspěšní v této hierarchii, pak Mühlpachr varuje, že závislí také ztrácí motivaci a zájem začlenit se zpátky do běžné společnosti, protože by tím ztratili své vydobyté postavení. S tímto strachem jsem se též osobně už u drogově závislých setkala v rámci mé praxe. Často se zabývali otázkou, kým by vlastně mohli nebo měli být v normální společnosti. Spousta z nich se totiž měla v subkultuře drogově závislých velmi dobře, obzvláště když byli třeba „šikovnější“ a uměli drogy i vařit/pěstovat/prodávat. Stáli tím velmi vysoko na žebříčku této společnosti. Cesta zpět do normální společnosti je pro tyto lidi asi nejvíce náročná, protože si musí vytvořit prakticky úplně nový náhled na sebe, své kvality a hodnoty.

10. LIMITY PRÁCE

Některé hlavní limity, které jsem si uvědomovala, jsem popisovala už v dřívějších kapitolách, zde je tedy jen připomenutí a doplním.

Jsem si vědoma, že jsem podrobila rozhovoru a následné analýze jen malý vzorek účastníků pro to, aby mohla být vytvořena nějaká ucelená teorie, podle které by se již dalo odborně pracovat či predikovat důsledky určitých faktorů objevujících se v rodinách lidí, kteří se stanou závislými na jakémkoliv druhu návykové látky, v případě mé práce, na psychoaktivních látkách. Samozřejmě jsem na tuto skutečnost ani neaspirovala, spíše jsem právě chtěla inspirovat někoho dalšího. Myslím totiž, že by mnou sestavené faktory stály za hlubší prozkoumání a v případě dostatečných prostředků by mohlo být velice přínosné získat data od daleko většího vzorku účastníků z řad uživatelů návykových látek.

Další skutečnost, která se týká vzorku mých účastníků, je zařízení výběru. Uvědomuji si totiž možnost toho, že do typu zařízení, jakým je Pastor Bonus, tedy do komunitního způsobu léčby, mohou nastupovat drogově závislí osobnostně možná až enormně odlišní od klientů, kteří postoupí léčbu například na některém z psychiatrických oddělení, nebo se rozhodnou pro ambulantní léčbu. Tito pacienti by mohli vykazovat jiné znaky ve svých sociálních dělohách. Stejně tak by mohly rozdílné znaky vykazovat také klienti jiných komunitních léčeben zde v České republice. V teoretické části jsem se snažila alespoň o hrubý popis některých nejznámějších, a bylo patrné, že každá komunita je svým způsobem jedinečná, a stejně tak by mohla být i jedinečná sorta klientů, kteří se do nich šla léčit. Opět opakuji, že třeba i z tohoto důvodu by stálo za to se problematikou sociální dělohy zabývat v rozšířenějším měřítku.

Poslední dva limity, které už jsem taky uváděla v empirické části, je rozhodnutí nepřidělovat účastníkům ani pseudonymy, čímž samozřejmě pro čtenáře dochází ke ztížení orientace v textu, jak jsem již říkala, byl to můj záměr v rámci co nejvyšší ochrany soukromí mnou dotazovaných účastníků výzkumu.

Na tento důvod se váže i druhý limit, a to mé odmítnutí předložit přepisy rozhovorů s účastníky veřejně. Uvědomuji si, že tím komplikuji ověření správnosti, korektnosti a věrohodnosti mé práce v rámci zpracování dat v analýze.

ZÁVĚR

Tato diplomová práce se zabývala tématem, zda sociální dělohy lidí se závislostní formou chování vykazují určité podobné znaky. Snažila jsem se přispět novými poznatky k osvětlení celkové problematiky závislostí a změnit bohužel stále aktuální názor kolující v široké veřejnosti, že si závislí za svou situaci mohou jen a jen sami. Tento názor jsem se chtěla snažit alespoň mírně potlačit popisem struktur, které se objevovaly u účastníků v jejich rodinách a nebo školním prostředí.

Provedla jsem polostrukturované rozhovory s osmi účastníky, kteří nejsou aktivními uživateli návykových látek, a momentálně podstupují komunitní léčbu pomocí psychoanalytické psychoterapie. Získané rozhovory jsem podrobila tématické analýze, ze které mi vznikly dvě oblasti vývoje v sociální děloze, kterými jsou Výchova v rodině a Prostředí mimo rodinu. V oblasti Výchovy v rodině jsem pak určila tři hlavní znaky, a to Nestabilní otcovské figury, Toxické nastavení struktury a Výchova příslušníkem širší rodiny. V druhé oblasti vývoje, tedy v Prostředí mimo rodinu jsem pak určila dva znaky, a to Nepřijetí či agrese ze strany vrstevníků a Drogy jako možnost socializace.

Z výsledných informací vyplývá, dle mého, přihlédneme - li na minimalistické měřítko této práce, dostatečná odpověď na výzkumnou otázku. U mých účastníků existují určité společné znaky v jejich sociálních dělohách, kterým i oni sami připisovali důležitost v rámci nastartování jejich drogové kariéry, a konkrétně se tedy jednalo o pět hlavních témat společných v různých variacích u všech účastníků výzkumu. Byly jimi: Nestabilní otcovské figury, Toxické nastavení struktury, Výchova příslušníkem širší rodiny, Nepřijetí či agrese ze strany vrstevníků a Drogy jako možnost socializace.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Advaita z.ú. (n.d.)

<https://advaitaliberec.cz/terapeuticka-komunita>

Barker, G. (2003) Použití kvalitativních výzkumných metod při postupech rychlého posuzování zneužívání drog ve společnosti (SPR, Trans.). *Albert*

Komunita BÉTEL (n.d.)

<https://komunitabetel.cz>

Boys, A. & Fountain, J. (2009) What influences young people's use of drugs? A qualitative study of decision - making. *Taylor & Francis Online - Drugs: Education, Prevention and Policy*

Braun, V., Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*

Braun, V., Clarke, V. (2022) Thematic analysis: A practical guide. *Sage publications Ltd*

Erikson, E.H. (2002) Dětství a společnost. *Argo*

Freud, S. (1953) Tři úvahy o sexuální teorii. *Alois Srdce*

Gifford, E., Humphreys, K. (2007) The psychological science of addiction. *Society for the Study of Addiction*

Hendl, J. (2016) Kvalitativní výzkum - Základní teorie, metody a aplikace. *Portál*

Chvála, V., Trapková, L. (2001) Rodina jako sociální děloha a kvalitativní výzkum. *Kontext*

Chvála, V., Trapková, L. (2009) Rodinná terapie psychosomatických poruch. *Portál*

Chvála, V., Trapková, L. (2014) Je každé setkání lékaře s rodinou rodinná terapie? Příspěvek k léčbě PPP. *Psychiatrie pro praxi*

Jurich, A.P. & Polson, CH.J. (1985) Family factors in the lives of drug users and abusers. *ProQuest*

Kalina, K., et al. (2008) Základy klinické adiktologie. *Grada*

Kalina, K., et al. (2003) Drogy a drogové závislosti - Mezioborový přístup. *Úřad vlády České republiky*

Kudrle, S. (2003) Bio - psycho - sociální - spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciální prevenci. *Úřad vlády České republiky*

Magdaléna o.p.s. (n.d.)
<http://magdalena-ops.eu/cz>

Mason, J. (2018). Qualitative researching. Third edition. *Sage*

Miovský, M., Miovska, L., Gajdošíková, H. (2004) Některé etické aspekty terénního výzkumu uživatelů nelegálních drog. *Biograf*

Mühlpachr, P. (2019) Sociální patologie a sociální deviace. *Opava*

Nešpor, K. (2011) Návykové chování a závislost. *Portál*

Opletal, J.P. (2022) Institucionalizace terapeutické léčebny Pastor Bonus: edukační terapie v léčbě závislostí (Bakalářská práce). *Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta*

Papežová, H. (2010) Spektrum poruch příjmu potravy. *Grada*

Pastor Bonus
<http://www.pastorbonus.cz>

Ong, T.H. (1991) Psychological characteristics of drug abusers: Implications for treatment and rehabilitation. *International Journal of Rehabilitation Research* 14 (1) : 72-75

Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R. (Eds.) (2015). DSM-5: diagnostický a statistický manuál duševních poruch. *Hogrefe - Testcentrum*.

Reichel, J. Kapitoly metodologie sociálních výzkumů. *Grada*

Renarkon o.p.s. (n.d.)
<https://www.renarkon.cz>

Rotgers, F. (1999) Léčba drogových závislostí. *Grada*

Sananim z.ú. (n.d.)

<http://www.sananim.cz>

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize [online]. ÚZIS ČR. Praha, 2014. Dostupné na <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F19.5>

Váchová, P.E. (2010) Patogeneze závislosti. *Psychiatrie pro praxi*

Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách (2006) Dostupný z

https://ppropo.mpsv.cz/zakon_108_2006

PŘÍLOHY

Příloha č.1 - Informovaný souhlas

Informovaný souhlas s využitím rozhovoru pro účely zpracování diplomové práce s názvem:

Drogová závislost z pohledu vývojového modelu v rodinné terapii psychosomatických poruch - Sociální dělohy

Účelem tohoto rozhovoru, který nyní poskytuji, je sběr dat pro kvalitativní výzkum v diplomové práci Drogová závislost z pohledu vývojového modelu v rodinné terapii psychosomatických poruch - Sociální dělohy. Tuto závěrečnou práci zpracovává Bc. Miriam Anna Opletalová. Výzkum probíhá v rámci magisterského studia oboru Psychologie na škole: PVŠPS (Pražská vysoká škola psychosociálních studií). Otázky, které dostanu, budou zaměřeny na začátek mé drogové kariéry, poté na poměry a mezilidské vztahy v rodině a prostředí, ve kterém jsem vyrůstal(a).

Veškeré informace jsem v rozhovoru poskytl(a) dobrovolně s možností neodpovídat na otázky, které by mi vadily. Byl(a) jsem též poučen(a) o tom, že mohu z rozhovoru kdykoliv odstoupit bez udání důvodů. Z rozhovoru bude pořízen audiozáznam, přičemž má identita, jméno, a také jména všech osob, které při rozhovoru zmíním, budou v přepisu anonymizovány a objeví se jen jako příslušníci mé rodiny (pojem: matka, otec, bratr apod.).

Získaná data budou použita pouze k účelu zpracování diplomové práce a přepisy rozhovorů se neobjeví nikde na internetu v plné podobě a znění. Budou dodány pouze oponentovi práce a předloženy v tištěné formě členům komise u obhajoby diplomové práce Bc. Miriam Anny Opletalové.

S výše uvedenými podmínkami souhlasím.

Podpis výzkumníka

Podpis účastníka

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autorky: Bc. Miriam Anna Opletalová

Studijní program: NMgr. Psychologie

Studijní obor: NMgr. Psychologie

Název práce: Drogová závislost z pohledu vývojového modelu v rodinné terapii psychosomatických poruch - Sociální dělohy

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Zdeněk Čermák

Rok dokončení práce: 2023

Počet stran: 94

Počty znaků hlavního textu práce (včetně literatury, bez příloh): 157 283

Celkový počet znaků: 164 810

Posudek vedoucího/oponenta bakalářské/diplomové práce na Pražské vysoké škole psychosociálních studií

Jméno a příjmení studenta/-tky: Bc. Miriam Anna Opletalová
 Obor studia: Psychologie
 Název práce: Drogová závislost z pohledu vývojového modelu v rodinné terapii psychosomatických poruch – Sociální dělohy
 Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Zdeněk Čermák

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 82

Počet stránek příloh: 0

Počet titulů v seznamu literatury: 33

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Soutěž¹ ano?

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		x		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

		x		
--	--	---	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	x			
--	---	--	--	--

Metody práce

Soutěž¹ ano?

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	x			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Soutěž¹ ano?

Přístup autora k řešení problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	x			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

¹ Soutěž o nejlepší diplomovou práci. Zaškrtněte, pokud práci doporučujete na základě kvalit v dané oblasti hodnocení.

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		x		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

	x			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

U obhajoby prosím uveďte, jak by se podle Vašeho názoru proměnila terapeutická práce ve Vámi vybrané komunitě v případě, kdyby se jejím hlavním teoretickým východiskem stala teorie Sociální dělohy.

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky; v případě doporučení do soutěže o nejlepší DP uveďte nadprůměrné charakteristiky práce v souladu s Vámi výše označeným kritériem formální úrovně, obsahové reprezentativnosti, metodologie a přínosnosti práce pro teorii či praxi):

Předkládaná diplomová práce dle mého názoru představuje novou aplikaci teorie sociální dělohy na problematiku osob s profilem závislostního chování. Z práce je patrné, že autorka má hluboký vhled do problematiky závislostního chování, ale také to, že vnímá, že je neustále nezbytné hledat nové přístupy k této problematice v kontextu rychle měnící se sociální reality celé společnosti.

Práce je standardně členěna na praktickou a teoretickou část, přičemž obě tyto části spolu obsahově souvisí. Po formální stránce lze studentce vytknout občasné užití hovorových frází a nepřesné dodržení citační normy.

Cíle, metody i celkový výzkumný design považuji za přiměřený zkoumanému tématu, což dokládá, že autorka dokázala naplnit výzkumný cíl a zodpovědět výzkumnou otázku.

Doporučuji do soutěže o nejlepší diplomovou práci*

Doporučení k obhajobě: doporučuji
Navrhovaná klasifikace: výborně

Datum, podpis: 28.4.2023 PhDr. Mgr. Zdeněk Čermák

* nehodící se škrtněte nebo vymažte

**Posudek vedoucího/oponenta bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Miriam Anna Opletalová

Obor studia: psychologie

Název práce: Drogová závislost z pohledu vývojového modelu v rodinné terapii psychosomatických poruch – Sociální dělohy

Vedoucí/oponent* práce: Mgr. Michal Slaninka, Ph.D

Technické parametry práce:

Počty znaků hlavního textu práce (včetně literatury, bez příloh): 157 283

Celkový počet znaků: 164 810

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x	x		
--	---	---	--	--

Oborová příslušnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

			x	
--	--	--	---	--

Formální zpracování

Soutěž¹ ano?

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	x			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

		x	x	
--	--	---	---	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	x			
--	---	--	--	--

Metody práce

Soutěž¹ ano?

Vhodnost a úroveň použitých metod

		x	x	
--	--	---	---	--

Využití výzkumných empirických metod

		x	x	
--	--	---	---	--

Využití praktických zkušeností

x				
---	--	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Soutěž¹ ano?

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

x				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

			x	
--	--	--	---	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

		x		
--	--	---	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

¹ Soutěž o nejlepší diplomovou práci. Zaškrtněte, pokud práci doporučujete na základě kvalit v dané oblasti hodnocení.

Dosažené výsledky, odborný vklad, použiteľnosť
výsledkov v praxi

			x	
--	--	--	---	--

Vhodnosť prezentácie záverov práce
(publikácie, referáty, apod.)

				x
--	--	--	--	---

Otázky a námety k diskusi pri obhajobe:

Vyjadrite sa prosím k uvedeným námietkam

Celkové hodnotenie práce (klady, nedostatky; v prípade odporúčenia do súťaže o najlepšiu DP uveďte nadprůmerné charakteristiky práce v súlade s Vami vyššie označeným kritériom formálnej úrovne, obsahovej reprezentatívnosti, metodológie a prínosnosti práce pre teóriu či praxi):

Miriám Anna Opletalová sa v práci venuje drogovej závislosti z pohľadu vývojového modelu rodinnej terapie, a to sociálnej maternice a sociálneho pôrodu. Autorka sa v práci pomerne konkrétne venuje psychodiagnostike závislosti, popisuje existenciu komún pre závislých, zvlášť sa venuje komunite Pastor Bonus, a popisuje model rodinnej terapie psychosomatických porúch, ktorý spája okrem iného aj s problematikou závislosti. Napriek tomu, že teoretická časť práce je napísaná adekvátne, chýbajú mi tam výskumy, ktoré by sa danej téme prepojenia kultúry rodiny a závislosti venovali.

K praktickej časti mám niekoľko pripomienok. Autorka je zameraná na model sociálnej maternice a chce zistiť, aké existujú spoločné znaky v kultúre rodiny u ľudí závislých na návykových látkach. Účastníci sú s týmto modelom a cieľom výskumu oboznámení. Tým môžu byť ich odpovede dopredu ovplyvnené týmto modelom. Autorka ale skúma rodinné prostredie a okolnosti konzumácie drog, súvislosť s modelom sociálnej maternice tu nepozorujem. Niektoré tvrdenia sú problematické, autorka napríklad tvrdí, že demografické údaje, ako sú vek či vzdelanie, v tomto prípade nehrajú žiadnu úlohu (str. 51), následne ich uvádza. Výskumná otázka je zovšeobecňujúca, aj keď sa jedná o kvalitatívny výskum. Tohto limitu si je ale autorka vedomá. Rozhovory i analýza by si zaslúžili ešte väčšiu exploračnú (napr. v analýze sa objavuje subtéma nestabilnej otcovskej postavy, ale vôbec nie materinskej, pričom respondenti udávajú problematický vzťah matiek). Autorka odкрýva rodinné a sociálne zázemie účastníkov výskumu, adekvátne uchopuje témy vo svojej analýze, ale už sa nedozvedáme o spojitosti výsledkov s modelom sociálnej maternice. Prácu spĺňa požiadavky diplomovej práce, odporúčam k obhajobe s výsledkom dobre.

Doporučuji do súťaže o najlepšiu diplomovú prácu*

Doporučení k obhajobe: doporučuji/~~nedoporučuji~~*

Navrhovaná klasifikácia: dobre

Datum, podpis:

20.5.2023


Mgr. Michal Slaninka, Ph.D.

* nehodící se škrtněte nebo vymažte