

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

MATEŘSTVÍ A VZTAHOVÁ VAZBA V ŽIVOTĚ ŽEN ZÁVISLÝCH NA
NEALKOHOLOVÝCH LÁTKÁCH

-

THE MOTHERHOOD AND ATTACHMENT IN LIVES OF WOMEN
ADDICTED TO NON –ALCOHOL DRUGS



Magisterská diplomová práce

Autor: Natálie Karla Suchá

Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Charvát, Ph.D

Olomouc

2014

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Mateřství a vztahová vazba v životě žen závislých na nealkoholových látkách“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V....., dne.....

Podpis.....

Poděkování

Je na místě poděkovat všem, kteří se podíleli na vzniku této práce.

Bez nich by tato práce nikdy nebyla tím, čím je.

Děkuji vedoucímu své diplomové práce, *Mgr. Miroslavu Charvátovi, Ph.D*
Za jeho ochotu, trpělivost, užitečná a podnětná doporučení a za jeho vstřícnost

Všem matkám, které se mnou byly ochotny sdílet svůj životní příběh

Všem pracovníkům zúčastněných institucí,
za umožnění realizace výzkumu

Rodině a přátelům za jejich pomoc a silnou podporu, zvláště pak
Ing. Lukáši Janu Markovi, ThDr. Petru Janu Vinšovi, Ing. Jaroslavu Vovsovi,
Jaroslavě Šeflové, Bc. Anně Vrtálkové a Mgr. Lucii Viktorové

Děkuji Vám.

VĚNOVÁNO

*Mé mamince za její neutuchající lásku, péči
a za oporu, kterou mi byla nejen při psaní mé práce,
ale kterou je mi po celý život.*

Obsah

Úvod.....	9
1 Vztahová vazba – Attachment.....	10
1.1 Teorie vztahové vazby	10
1.2 Dřívější teorie vztahové vazby.....	12
1.3 Vývoj vztahové vazby.....	13
1.4 Typy vztahové vazby:	15
2 Vztahová vazba a závislost.....	21
2.1 Vztahová vazba a závislost z pohledu hlubinné psychologie	21
2.1.1 Konflikt vztahové vazby - depresivní konflikt	22
2.2 Vazba – závislost - výzkum	23
3 Žena - uživatelka návykových látek	26
3.1 Situace u nás.....	26
3.2 Genderová specifika žen	27
3.3 Genderové rozdíly mezi uživateli návykových látek (EMCDDA).....	28
3.4 Fenomén dvojí deviace	30
3.5 Trauma spojené se sexuálním zneužíváním, znásilněním a prostitucí.....	31
3.5.1 Pohlavní zneužití.....	31
3.5.2 Znásilnění.....	32
3.5.3 Prostituce	34
3.6 Komorbidita	37
3.7 Poruchy příjmu potravy.....	39
4 Závislá žena – partnerka – matka	41
4.1 Postavení závislé ženy - matky	41
4.2 Motivace k mateřství.....	42
4.3 Motivace a závislost.....	43
4.4 Motivace k mateřství? Mateřství jako motivace!.....	44

4.5	Partneři	46
4.6	Rodičovství a drogový problém	48
5	Služby a péče	50
5.1	Zdravotní péče.....	51
5.1.1	Léčba závislosti v těhotenství	52
5.1.2	Rizika užívání drog pro plod	54
5.2	Adiktologicko – sociální služby.....	56
5.2.1	Terapeutická komunita Karlov	60
5.2.2	Dětské centrum s komplexní péčí a podpůrnou rodinnou terapii při FTN v Praze	62
6	Výzkumný problém, cíle výzkumu a výzkumné otázky	65
6.1	Výzkumný problém.....	65
6.2	Cíle výzkumu	65
6.3	Výzkumné otázky.....	65
7	Výzkumný soubor	66
7.1	Způsob a kritéria pro výběr respondentek.....	66
7.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	67
8	Metodologický rámec výzkumu	69
8.1	Typ výzkumu a přístup.....	69
8.2	Práce s daty	69
8.3	Analýza dat.....	71
8.4	Metody použité ve výzkumu	71
8.4.1	Dotazník ECR.....	72
8.4.2	Dotazník PBI.....	72
8.4.3	Polostrukturovaný rozhovor	73
8.4.4	Screeningový dotazník.....	74
8.4.5	Zúčastněné pozorování	74

8.5	Etika	74
9	Výsledky.....	76
9.1	Výsledky dotazníku ECR.....	76
9.1.1	C1: Zjistit, jaký typ vztahové vazby převažuje u zkoumaného vzorku matek na základě dvou hlavních dimenzí vztahové vazby	78
9.2	Dotazník PBI.....	78
9.2.1	V1: Zjistit, jaký vztah mají respondentky se svými matkami nyní a zda se na současném vztahu odráží i typ vazby, který vyšel v dotaznících.	80
9.3	C2: Zmapovat mateřství a jeho dílčí aspekty u zkoumaného vzorku	83
9.3.1	V2: Jaký význam pro respondentku má/mají dítě/děti.	85
9.3.2	V3: Jak respondentky vnímají sebe samu jako matku?	86
9.3.3	V4 : Čeho se v souvislosti s rolí matky obávají?	87
9.3.4	C 3: Popsat vnímání a prožívání léčby ve vztahu k dítěti.....	89
9.3.5	V5: Jaké představy mají o budoucnosti	89
9.4	Vzorové kazuistiky.....	90
10	Diskuze	102
10.1	Diskuze o metodologické části práce	102
10.2	Diskuze o výsledcích.....	106
11	Závěry	113
	Souhrn.....	116
	Seznam použitých zdrojů a literatury	120
	Přílohy.....	128

TEORETICKÁ ČÁST

Úvod

Jak samotný název napovídá, jedná se o práci věnující se vztahové vazbě v souvislosti s mateřstvím u závislých žen. Typ vztahové vazby je specifické pouto, jehož kvalita výrazně ovlivňuje celý náš život a má tak mimo jiné i vliv na to, zda někdo propadne drogové závislosti. Stejně tak však funguje jako jeden z hlavních protektivních faktorů i u jedinců, kteří se již závislími stali, má své nezastupitelné místo při procesu uzdravování. Ovlivňuje vztah současně závislých žen k jejich nejbližším, tedy i k jejich dětem. Současná existence fenoménů „*mateřství*“ a „*drogově závislá žena*“ může u mnohých oprávněně vyvolat spoustu reakcí, doprovázených ve skrze negativními emocemi. K těm častějším patří rozčilení a pohrdání vedoucí k sociálnímu odsouzení, které bývá doprovázené větami typu: „*Jak je možné, že fetuje, když má dítě? Co to je za strašnou matku?*“. Objektivně se dají tyto reakce pochopit, ale zároveň se domníváme, že prvotní soudy adresované závislým matkám pramení i z neznalosti komplexnosti problematiky a vzájemných souvislostí mezi jednotlivými faktory. A právě snaha o částečné snížení neznalosti problematiky je jeden z cílů této práce. Nikoli však cílů akademických, které jsou definovány později v textu, ale jedná se spíše o cíl osobní, který byl impulzem k napsání této práce. I přesto, že se naše téma nedotýká většiny populace, myslíme si, že je nutné před touto problematikou nezavírat oči, ale naopak snažit se zlepšit podmínky a prostředí pro tyto matky a děti. Aktuálnost tématu dokládají i stále se zvyšující počty závislých matek a závislých žen, které mateřství čeká. Lze téměř se stoprocentní jistotou předpokládat, že tento trend ze společnosti nezmizí, dokud ze společnosti nezmizí samy drogy...

Byli bychom rádi, kdyby tento text posloužil čtenáři k utvoření komplexnějšího obrazu o problematice drogově závislých matek a možná vedl i ke změně postojům k této populaci a uvědomění, že ženy závislé na návykových látkách, které se mnohdy ne vlastní vinou ocitly v nelehké životní situaci, a že i ony, přes možné komplikace, chtějí a mohou být dobrými matkami.

1 Vztahová vazba – Attachment

Vztahová vazba je zcela specifické pouto, které nás doprovází od dob našeho nitroděložního vývoje až po smrt. Nejen, že vazba dítěte na matku je pro něj v prvních letech života zcela nezbytná k přežití, ale kvalita vztahu s matkou výrazně ovlivňuje i naše další vztahy v budoucnu (Langmeier, Krejčířová, 2006).

V českém prostředí se můžeme setkat s různými překlady termínu attachment. Objevují se kombinace jako citová vazba či citové pouto, přilnutí, vztahová vazba a mnohdy se termín nechává v originálním znění, bez překladu. V této práci jsem se rozhodla pro používání termínu „vztahová vazba“, který mi připadá jako nejvýstižnější.

1.1 Teorie vztahové vazby

Vztahová vazba je psychologický koncept pocházející z poloviny minulého století a jedná se určité prolnutí dvou stěžejních přístupů, psychoanalytického a etologického. S teorií citové vazby přišel jako první John Bowlby (Vágnerová, 2005).

Bowlby byl britský psychiatr a psychoanalytik, který pocházel ze zámožné rodiny, kde děti vyrůstaly především v péči vychovatelů. Otec byl pracovně velmi vytížen a s matkou měly děti povolený kontakt jen na několik přesně určených hodin denně. Pro Bowlbyho byla tedy nejdůležitější osobou v jeho dětství vychovatelka, o kterou přišel ve svých třech letech. Dá se tedy předpokládat, že právě tyto zkušenosti z dětství se staly impulzem pro jeho pozdější zájem o otázky vztahové vazby, ztráty a odloučení (Brisch, 2011). Při své práci vycházel nejen z osobní zkušenosti, ale především ze svých poznatků získaných během práce s dětmi vychovávaných v ústavních zařízeních, které měly emoční a vztahové problémy. Na základě těchto svých pozorování dospěl k závěru, že kvalita raných citových vztahů je zcela zásadní a má nezpochybnitelný vliv na další psychický vývoj a je dokonce nezbytná pro samotné přežití jedince (Vágnerová, 2005).

Bowlby definoval vztahovou vazbu (attachment) takto: „*Jako trvalé emoční pouto, charakterizované potřebou vyhledávat a udržovat blízkost s určitou osobou, zejména v podmínkách stresu.*“ (Bowlby, 1969 in Kulíšek, 2000, s. 405). Tato teorie je propojením myšlenek z etiologie, vývojové psychologie, systemického a psychoanalytického přístupu, kdy se zabývá především ranými vlivy, které formují emoční vývoj dítěte. Teorie se také snaží popsat a vysvětlit strukturu a změnu vztahových vazeb mezi různými osobami napříč celým životem (Brisch, 2011).

Bezpečná vazba je pro dítě stejně důležitá jako uspokojování fyzických a fyziologických potřeb. Toto pouto tedy přímo zajišťuje nejen rozvoj, ale i samotné přežití

kojenec. Vazba dítěte na blízkou osobu, nejčastěji matku, je nejzřetelnější v situacích, kdy se dítě na „svou“ osobu obrací ve chvílích, kdy se nachází ve stresu nebo v nebezpečí, a potřebuje ujistit, že není samo. Pro dítě má vztahová vazba zprvu především jednostrannou ochranou funkci, kdežto u blízkých, pečujících osob se jedná o komplexní systém péče a ochrany. (Brisch, 2012)

Hlavním významem vztahové vazby je tedy již zmíněná funkce ochranná, která je i důležitým předpokladem pro zdravý a plnohodnotný vývoj. Úroveň ochrany a emoční podpory se odvíjí od kvality této vazby. Chování, které z této vazby vyplývá, je označováno jako vazebné (attachment behaviour). Aktivátorem tohoto chování jsou situace spojené se silnou emoční zátěží, stresem či pocitem ohrožení. Vazebné chování se u dětí projevuje nejčastěji křikem, pláčem a dalšími signály značícími nepohodu. Smyslem těchto projevů je snaha o redukci psychické tenze pomocí zajištění bezpečí a utvrzení o blízkosti pečující osoby (Brish, 2011).

Nutným předpokladem pro rozvoj vztahové vazby je získání blízké osoby během prvního roku života. Nejbližší osoba, která bývá často označována také jako primární či vztahová, bývá ve většině případů matka¹. Záleží však na tom, kdo se po většinu času stará o dítěte a kdo s ním tráví nejvíce času. Může to být tedy klidně i otec, případně některý jiný příbuzný, nejčastěji z blízkého okruhu rodinných členů (babička, teta), nebo vychovatelka či pečovatelka, pokud dítě nevyrůstá se svými biologickými rodiči. Kojenec si tuto osobu nevybírá na základě genetické příbuznosti, ale spíše podle fyzické blízkosti a pocitu bezpečí, který mu daná osoba může poskytnout. Vztahy, které si malé dítě během prvního roku života buduje, staví do pomyslné pyramidy, kdy na jejím vrcholu je primární vztahová osoba, kterou vyhledává v situacích ohrožení. Nižší postavené osoby jsou spíše jako náhrady, pokud primární osoba není k dispozici. Tyto „náhradníci“ mohou dítě utěšit jen v méně emočně vypjatých situacích, u náročnějších je vyhledávána primární osoba. (Brisch, 2012).

Fyzická dostupnost mateřské osoby není jediné, co má značný vliv na utváření pouta. Významná je citlivost (responsiveness) této osoby k potřebám dítěte a to především v situacích emočního diskomfortu. Ústředním faktorem v teorii citlivosti primární osoby je tzv. „mindedness“, tedy stav, nakolik je matka schopna vnímat dítě jako samostatnou bytost, která má své vlastní potřeby, city, myšlenky a vůli, a podle toho s ním i komunikovat. Ukázalo se, že právě matčin komunikační styl v interakcích s dítětem vysoce koreluje s kvalitou jeho citové vazby (Grossmann & Grossmann, 2002).

¹ Vazebnou osobou může být kdokoliv, kdo je dítěti na blízku, pečuje o něj během a ke komu si dítě vytvoří vztah, budu v textu nadále vycházet z nejčastější varianty, a sice že pečující osobou je matka.

Ukazuje se však, že mateřské chování se skládá z mnoha prvků, které se ženy cíleně neučí, ale objevují se zcela spontánně, těžko se napodobují a opakují. Jsou tedy do značné míry nezávislé na našem rozhodování. Mateřské chování je v přímém vztahu „akce a reakce“, což se může jevit jako dokonalá souhra. Je důležité zmínit, že těmito vzorci chování vůči malým dětem nejsou vybaveny jen ženy a matky ale i muži a ve středním školním věku se objevuje i u dětí (Matějček, 2008).

1.2 Dřívější teorie vztahové vazby

V době před rokem 1958 se daly v psychologické literatuře najít čtyři hlavní teorie vysvětlující podstatu a počátek dětské připoutanosti.

První z nich je teorie „**primární touhy po návratu do dělohy**“ (primary return to womb craving). Tato teorie je v celku jednoduchá a vychází z předpokladu, že novorozencům se nelíbí stav mimo dělohu matky a chtějí se vrátit zpět do jejího lůna (Bowlby, 2010).

Další teorie bývá nazývána „**teorie primárního upnutí k objektu**“ (primary object clinging). Popisuje přirozenou tendenci novorozenců ke kontaktu s lidskou bytostí a její přidržování se. Dá se říci, že potřeba objektu je nezávisle na jiné primární potřebě, potřebě potravy. Předposlední teorie „**primárního sání objektu**“ (primary object sucking). Je založena na přirozeném zájmu novorozence o lidský prs, sát jej a orálně si jej přivlastňovat. Vlivem zkušeností novorozence se naučí, že je-li přiložen k prsu, je tam automaticky přítomna i matka a tedy přímo navazuje vztah s ní (Bowlby, 2010).

Jako poslední, avšak o to zajímavější a do dnešní doby nejvíce přijímanou teorii, uvádím teorii „**sekundárního pudu**“, někdy též označovanou jako „**teorie vypočítavé lásky**“ (cupboard–love theory). Dítě má celou řadu nutných fyziologických potřeb, jako je potřeba tepla a potravy, které je nutné uspokojovat. Zájem o matku a postupné připoutávání se k ní je důsledkem, toho, že matka všechny fyziologické potřeby naplňuje a pro dítě se stává zdrojem uspokojení. Teorii sekundárního pudu můžeme nalézt ve většině textů, zabývajících se psychoanalýzou. Často bývá i základem pro teoretiky učení. (Bowlby, 2010).

Freud se k teorii sekundárního pudu vyjadřuje takto: „*Důvod, proč dítě v náručí chce prožívat přítomnost své matky, je pouze ten, že už se zkušenosti ví, že matka bezodkladně uspokojí všechny jeho potřeby*“. A později ji ještě rozvinul. „*Láska má svůj původ ve vazbě na uspokojení potřeby výživy.* (obojí: Freud, 1926, s. 137 in Bowlby, 2010).

1.3 Vývoj vztahové vazby

Podle mnohých autorů je pro vývoj citové vazby důležitá již zkušenost před samotným narozením. Tato období není do dnešní doby detailně zmapované, přesto je jisté nezanedbatelné, protože se jedná o zkušenost dítěte s matkou v nejbližším možném kontaktu. (Verney, Kelly, 1981 in Kulíšek, 2000)

Vývoj citového pouta není jednostranný, naopak jedná se o oboustranný proces v rámci vzájemné interakce mezi pečující osobou a dítětem. Mezi nejběžnější projevy této interakce se řadí oční kontakt, hlazení, mazlení, kojení, hlasové projevy obou zúčastněných, pláč aj. (Kulíšek, 2000)

První rok života je pro vývoj této vazby zcela zásadní, protože právě v této době si vytváříme trvalou emoční vazbu k „vazební osobě“, kterou nejčastěji bývá matka. Není to však podmínkou, pokud matka v rodině nefunguje nebo není vůbec přítomna, dítě přilne k jiné, v té době nejbližší osobě. Tento bezpečný vztah je důležitý nejen pro přežití kojence, ale dá se nazvat „emočním bezpečným přístavem“, který nám slouží po celý život. Tyto vazby a blízké vztahy později pocítujeme i v momentech, kdy s blízkou osobou nejsme v reálné fyzickém kontaktu (Brish, 2012).

Nastane-li situace, kdy toto bezpečné pouto je nějakým způsobem narušeno nebo dokonce chybí úplně, zvyšuje se riziko, že jedincovo vnímání ostatních osob a okolního světa bude výrazně poznamenáno pocity nedůvěry a úzkostí. Tvorba tohoto vztahu, kde jednu z klíčových pozic zaujímá matka, je i hlavním tématem prvního stádia v Eriksonově psychosociálním vývoji (Kulíšek, 2000).

Proces vývoje vztahové vazby se podle jejího autora dá rozdělit do čtyř základních fází, které souvisejí se zvyšující se úrovní zrání jedince. Důležité je si uvědomit, že dítě se nerodí jako „*tabula rasa*“, ale je vybaveno různými behaviorálními systémy, které čekají na svou aktivaci. Dítě je od narození schopné určité diskriminace mezi těmito systémy a je schopné na různé druhy příchozích podnětů reagovat specifickou odpovědí. Z těchto počátečních reakcí na druhého člověka se později formují vysoce komplexní systémy, které po zbytek života zaručují citovou vazbu ke konkrétním osobám. Vazebné chování je nejvíce prozkoumáno během prvního roku života, neznamená to však, že by v dalších letech k němu nedocházelo. Dle dostupných informací se dá říct, že vazebné chování probíhá se stejnou intenzitou a frekvencí jako v prvním roce, ale díky zvyšující se schopnosti chápání dějů v okolním světě dochází ke změnám okolností, které vazebné chování vyvolávají (Bowlby, 2010).

- **První fáze: Orientace a signály s omezeným rozpoznáváním postavy**

Tato fáze trvá od narození minimálně do osmi týdnů věku, častěji až do dvanácti týdnů. Pokud dítě vyrůstá v nepříznivých podmínkách, může toto období trvat mnohem déle. Dítě je v této době schopno odlišit jednotlivé osoby od sebe jen za pomoci čichu a sluchu. Je typická orientace k druhému člověku, sledování osoby, natahování rukou k osobě, žvatlání a úsměv. Četnost těchto reakcí se postupně zvyšuje a zhruba ve věku dvanácti týdnů již „*dítě plně sociálně reaguje, se vši spontánností, živostí a potěšením*“ (Rheingold, 1961 in Bowlby 2010, s. 233). Hlavním projevem dítěte jsou různé reflexy a signály, které mají upoutat pozornost matky a uspokojit touhu dítěte po její přítomnosti a blízkosti. Nutným předpokladem pro zdárné zvládnutí této fáze je matčina schopnost adekvátní reakce na signály, které její dítě směrem k matce vysílá. (Kulíšek, 2000)

- **Druhá fáze: Orientace a signály zaměřené k jedné rozeznávané postavě**

Dítě je v této fázi stále přátelské ke svému okolí, je však znatelně výraznější chování k mateřské postavě oproti ostatním osobám v okolí dítěte. Nejpatrnější je tato změna u úsměvu, kdy se dítě přestává tolik usmívat na cizí a mnohem více úsměvu věnuje své matce. Druhá fáze trvá, dle okolností, do půl roku nebo i déle (Bowlby, 2010; Kulíšek 2000).

- **Třetí fáze: Udržování blízkosti k rozeznávané postavě prostřednictvím lokomoce a signálů**

S postupným zráním se i chování dítěte k ostatním lidem stále více diferencuje, ale zároveň se také zvětšuje množství možných reakcí. Díky tomu je schopno například sledovat odcházející matku nebo jí vítat při návratu. Jsou patrné změny v reakcích i na ostatní osoby, ve kterých ubývá přátelskosti a naopak se zvyšuje opatrnost a později i odstup od těchto osob. Během tohoto období se různé formy reakcí začínají stávat řízenou aktivitou vedoucí k jasnému cíli. Matka je nyní pro dítě a jeho další vývoj nesmírně důležitá. A právě její nepřítomnost může mít dalekosáhlé, ne-li trvalé následky. Běžný nástup těchto změn je kolem sedmého měsíce. Pokud ale mělo dítě málo kontaktu s matkou, může být nástup období opožděn až do věku kolem tří let (Bowlby, 2010).

Třetí fáze je spojena s pojmy „*separační úzkost a strach z cizích osob*“. Obě tyto reakce vznikají zhruba ve stejnou dobu, tedy kolem 7-8 měsíce věku, souvisejí spolu, ale nejsou shodné a nemají ani stejnou intenzitu. Je tedy vhodné pojmy rozlišovat. Separační úzkost je strach a úzkost, kterou zažívají malé děti ve chvílích, kdy jsou

odloučeny od matky. Pokud je dítě těmito situacím vystavováno často, může se celkově zvýšit jeho hladina úzkosti, často doprovázená pocitem nejistoty. Kdežto strach z cizích lidí je více chápán jako všeobecná reakce objevující se nejčastěji v situacích, kdy je dítě kontaktováno pro něj neznámou osobou, strach je o to intenzivnější, není-li v danou chvíli k dispozici matka. Obě reakce jsou zcela běžné a poukazují na zdravý vývoj jedince. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

- **Čtvrtá fáze: Utváření partnerství korigovaného k cíli.**

V období kolem čtyř let věku začíná mít dítě vytvořenou základní osobní identitu. Pokud nenastaly v předchozích vývojových stupních závažné komplikace, dá se očekávat, že původní úplná připoutanost k matce se postupně změní v autonomii dítěte. Vzniká tak postupně nezávislost. Je to dáno tím, že v této době je již dítě schopno vnímat to, co ovlivňuje chování jeho matky a začíná zvolna uvažovat, k čemu toho chování vede a tedy i pozorovat, jak jí matka dosahuje určitých cílů. Díky této schopnosti uvažování se představa jeho světa stává komplexnější a chování se stává flexibilnější. V podstatě dítě získává vhled do různých motivů a postojů své matky. Tato schopnost je základem pro vybudování složitějšího vzájemného vztahu, partnerství. Tento vývoj se uzavírá v dospělosti, kdy se citové vztahy adolescentů s rodiči, přáteli a partnery mění z jednostranné závislosti ke vztahu oboustranné vzájemné péči a podpoře (Kulíšek, 2000).

Na základě této interakce mezi matkou a dítětem dochází u něj k tvorbě *vnitřních pracovních modelů*, které reprezentují sebe i ostatní osoby. Jedná se o zvnitřnělé mentální představy sebe a osob v okolí dítěte a především jejich vzájemných vztahů. Jedná se o soubor očekávání, forem chování, vyhodnocování informací vztahujících se ke konkrétní osobě. Tyto modely jsou relativně stálé a neuvědomované (Bowlby, 2010).

1.4 Typy vztahové vazby:

Bowlbyho teorii rozpracovala a značně obohatila jeho kolegyně, Mary Ainsworthová, která na základě svého longitudinálního výzkumu, ve kterém sledovala po dobu prvního roku života dvojice matka - kojeneček. Na základě svých pozorování se poté pokusila hodnotit kvalitu vztahu dítěte k matce. Dítě u matky vyhledává bezpečí a jistotu, proto se kvalita připoutání nejlépe pozoruje v situacích stresu a emoční zátěže, jelikož stres je aktivátorem vztahového systému (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Typ vztahové vazby se zjišťuje pomocí techniky „*Testu neznámé situace*“ (Strange Situation Test), kterou Ainsworthová vyvinula. Jedná se o standardizovanou metodu využívanou po celém světě, která je současně funkční i validní. Metoda je tvořena pevně daným postupem událostí v přesném sledu několik různých situací. Podílí se na něm matka, její dítě a cizí osoba. Zjednodušeně se jedná o řízené opuštění dítěte matkou a sledování reakcí dítěte při přítomnosti cizí osoby a při návratu matky. Test se skládá z osmi epizod a každá má třiminutový časový limit. Tento test se provádí mezi 12-19 měsícem života ve speciálně připravených prostorách, které nikdo z účastněných předem nezná. Pro následné vyhodnocení a rozbor se vše zaznamenává videokamerou (Ainsworthová, Wittig, 1969 in Brisch, 2011).

Při pozorování dětí během této zkoušky můžeme vidět různé reakce a styly chování. Chování se dá rozdělit do tří klasifikačních typů podle vztahové vazby, kterou mezi sebou matka s dítětem mají. Později byl na základě dalších experimentů a pozorování stanoven psycholožkami Mainovou a Solomonovou ještě čtvrtý klasifikační typ. (Ainsworthová , 1958 in Brisch, 2011)

Tyto klasifikační typy rozdělují vztahovou vazbu na jistou a nejistou, která zahrnuje vazbu: vyhýbavou, ambivalentní a dezorganizovanou. Jak název naznačuje, tak nejvhodnějším typem připoutání je jistá vazba, zbylé zavádějí příčinu různým možným problémům, nejen ve vztazích, ale např. mohou být jedním z faktorů ovlivňující rozvoj psychického onemocnění.

Vztahová vazba u dospělých vychází se stejných základů, ale mění se s věkem. Rozlišuje pojmenování u dospělých na typ jistý (secure), distancovaný (dismissing), zaujatý (preoccupied), a bázlivý (fearful) (Obegi, Berant, 2009 in Pospíšilíková, 2012). Typy vazby u dospělých jsou zmíněny ve stejném pořadí, v jakém jsou řazeny typy vazby u dětí. Nejprve je popsána vazba v dětství a poté v dospělosti. Vzhledem k tomu, že terminologie dětské vazby je zažitější, budeme z tohoto označení vycházet i v dalších částech textu.

- **Jistý typ vztahové vazby (*secure attachment*)** - Děti v této kategorii se projevují výrazným vazebným chováním. Matku volají, hledají, následují, a pokud jí nenachází, dochází vlivem stresu z její nepřítomnosti k pláči. Radostně reagují na matky návrat, vyvíjejí značnou aktivitu, aby s ní byly v těsném tělesném kontaktu a byly konejšeny. Po krátké době v přítomnosti matky jsou uklidněny a mohou pokračovat v předchozí činnosti (Brisch, 2011).

Tyto matky bývají nejčastěji hodnoceny jako laskavé, vnímavé, které citlivě reagují na všechny signály svých potomků. Tyto děti jsou i v předškolním a školním věku hodnoceny jako sebejistější, nemívají problémy s navazováním kontaktů, jak s vrstevníky, tak s vyučujícími, a celkově vykazují méně problémů, než děti v jiných kategoriích. U dětí, které jsou ohroženy biologickými či psychosociálními riziky, funguje jisté připoutání k matce jako protektivní faktor v dalším vývoji. Všeobecně se dá říci, že děti, které mají jistý typ připoutání, jsou celoživotně více odolné například vůči neurotickým poruchám (Laucht, 2001 in Krejčířová, Langmeier, 2006).

V dospělosti jsou lidé s jistou vazbou schopni více regulovat své emoce a vhodně reagovat na emoční projevy druhých lidí. Umí o svých pocitech otevřeně komunikovat (Lečbych, 2013). Mnohem lépe zvládají stres a psychickou zátěž. Vyskytují se u nich delší období subjektivní spokojenosti. Jsou schopni objektivně hovořit o svých blízkých vztazích, a to jak v pozitivním tak i negativním rozměru. Umí si přiznat, že někdy potřebují pomoc a podporu, o kterou se nebojí říct (Pospíšilíková, 2012)

- **Nejistý: vyhýbavý typ připoutání (*avoidant attachment*)** - Tyto děti se zprvu mohou jevit jako adaptované na situaci, kdy jsou bez matky. Na odloučení reagují jen malým protestem a nijak výrazně neprojevují vazebné chování. Projevy stresu bývají utlumeny. Často pokračují v předchozí činnosti a jsou schopny si hrát i s cizí osobou. V některých případech sledují matku očima, když od nich odchází. Na její návrat reagují odmítnutím a nestojí ani o blízký kontakt, jako je konejšení v náruči. Někdy raději upřednostní cizí osobu před matkou. Tělesný kontakt není tak častý, ani tak těsný, jako u dětí z předchozí kategorie. Toto chování pramení ze značné nedůvěry, kterou k matce chovají. V domácím prostředí může docházet ke stavům nepředvídatelné agrese vůči matce (Brisch, 2011; Kulíšek, 2010). Děti s tímto typem vazby mívají sklony šikanovat jiné děti ve škole, protože se ztotožňují s násilnickou rolí, kterou znají z domova (Grawe, 2007 in Pospíšilíková, 2012).

Matky, jejichž děti vykazují nejistý typ připoutání, jsou během prvního roku vnímány jako méně citlivé, se zřejmou snahou vyhýbat se fyzickému kontaktu se svými dětmi. Během druhého a třetího roku byla u nich pozorována mnohem menší exprese emocí než u předchozí kategorie. Výrazné emoce se u nich neobjevovaly ani například v situacích, kdy se dítě projevovalo agresivně (Langmeier, Krejčířová, 2006). Tyto matky vysílají ke svým dětem nejisté signály, kdy v jednu chvíli chtějí

po dítěti přiblížení, ale téměř současně jej odmítnou. Toto chování logicky vede ke zmatenosti a ke snaze vyhovět přání rodičům, které se snaží splnit na svůj vlastní úkor (Pospíšilíková, 2012). Stav, kdy je dítě verbálně povzbuzováno a přijímáno a současně fyzicky odmítáno může mít za důsledek potíže se sebezpřijetím pramenící právě z tohoto vnitřního konfliktu. Tyto děti mívají později problémy se separací, kontrolou svých impulzů a agresivitou (Kulíšek, 2000).

Pro dospělé lidi s tímto typem vazby je typický určitý odstup od blízkých vztahů, zvláště od vztahů intimních, devalvace významu vztahu jako takového. Z jejich chování je znát určitá emoční oploštělost. Pro tyto osoby je důležitou hodnotou vlastní nezávislost a síla, která je mnohdy pouze předstíraná a funguje jako obrana před případným odmítnutím. Mívají tendence popírat vzpomínky na dětství s odůvodněním jejich bezvýznamnosti (Hašto, 2005). Pro klinickou praxi má hodnotu především sklon k vyhýbání se emočně intenzivním vztahům a afektům (Lečbych, 2013).

- **Nejistý: rezistentní/ambivalentní typ vazby (*resistant/ambivale attachment*)** – Dříve se pro tuto kategorii používalo označení **úzkostně ambivalentní**. Ambivalence je patrná ve vztahu k matce. U těchto dětí dochází po odloučení k největšímu stresu. Jejich pláč je velmi naléhavý, působí hodně nešťastným dojmem. Pro zklidnění potřebují mnohem více času, než jiné děti. Často ani po utišení nejsou pro rozrušení schopni vrátit se k původní činnosti. Mají sice potřebu blízkosti, ale současně jí odmítají. Své odmítání dávají najevo i „bojem“ s matkou, kdy do ní mohou kopat, dupají, odvracejí se od ní. Tyto projevy jsou nejnápadnější po návratu matky. Mívají sklony k maladaptivnímu chování (Hašto, 2005). Tyto děti bývají, díky zvyklostem z domova, velmi často obětmi šikany, jelikož snadno přijmou roli oběti (Grawe, 2007 in Pospíšilíková, 2012).

Hodnocení matek, ke kterým jejich děti měly ambivalentní vazbu, bylo stejné, jako v předchozím případě. Matky byly celkově méně citlivé. Matky jsou však pro dítě méně čitelné díky svému protichůdnému chování (Kulíšek, 2010)

V dospělosti tito lidé jsou zahlceni emocemi, negativně přednastaveni vůči vztahové osobě. Působí bojácně a úzkostně, jsou často na někom závislí (Lečbych, 2013).

- **Úzkostně – dezorganizovaný typ vazby, též bázlivě vyhýbavý (*fearful avoidant; anxious - disorganised*)**- Tato kategorie vznikla trochu z nutnosti, protože mnohé děti se nedaly zařadit do původních tříd. Dá se říct, že tento typ vazby je

doplňkový a zahrnuje některé prvky chování, které již byly zmíněny u předchozích typů vazebného chování. Ainsworthová rozšířila svou typologii typů vazeb na návrh Mainové a Solomonové, kteří byly první, kdo poznamenaly, že je zde skupina dětí, u kterých se objevovaly protichůdné či zmatené prvky v jejich chování. Děti byly na jednu stranu vyhýbavé, ale zároveň i odmítaly kontakt s matkou (Mainová, Solomonová, 1990 in Kulíšek, 2000)

Chování dětí je značně nekonzistentní a nepředvídatelné. Například dítě se aktivně přibližuje k matce, v polovině trasy se zastaví, otočí se a utíká od ní pryč. Často jsou u nich pozorovatelná stereotypní gesta, která jsou neadekvátní situaci. Děti mohou uprostřed pohybů náhle strnout. Toto strnutí vypadá, jako by dítě „přimrzlo“ na místě (freezing). Objasnění těchto zvláštností v chování se vysvětluje tím, že jejich vazebný systém byl aktivován, ale vazebné chování není v takové intenzitě a kvalitě, jak by se předpokládalo (Brisch, 2011; Kulíšek, 2010).

Schéma dezorganizované vazby se poměrně často objevovalo u dětí z klinicky problematických skupin. Stejně tak bylo toto schéma zaznamenáno také u dětí rodičů, kteří přinášeli do vztahu mezi nimi a dítětem vlastní nezpracované traumatické zkušenosti, především zážitek týrání, zneužívání, ztráty a odloučení. (Mainová, Hesse, 1990 in Brish, 2011)

Vavrda (2005) dodává, že toto zvláštní chování postupně vymizí a kolem čtyř let její dítě nahradí více organizovanými vzorci chování, kterými se snaží zastínit ne zcela ideální vnitřní pracovní modely druhých lidí (Vavrda, 2005 in Lečbých, 2013).

V dospělosti lidé s tímto typem vazby mají problém opustit vztahovou osobu, i když se zároveň s ní trápí. Jejich myšlení a uvažování se podobá jejich chování v dětství. Jsou si nejistí ve svém počínání a zažívají často pocity viny. Tento typ vazby může být prediktorem pro rozvoj duševním onemocnění (Lečbých, 2013).

Typy vztahové vazby u dospělých lidí se zabývaly i Bartholomewová a Horowitz (1991), kteří na základě dvou hlavních dimenzí určili také čtyři typy vazby, která se u dospělých vyskytuje. Jedná se o dimenze úzkosti a vyhýbavosti. V podstatě je dělení dost podobné typům vazby, jak je vydefinovala Ainsworthová na konci 50. let. I zde je rozměr úzkosti sycen především strachem z opuštění a z nedostatku lásky. Dimenzi vyhýbavosti lze spíše popsat jako odmítání citů, jejich projevů vůči dalším lidem (Bartholomewová, Horowitz, 1991).

Z uvedeného je patrné, že vztahová vazba není stejná v dětství a v dospělosti. U dítěte je jeho primární osobou ta osoba, která se o něj nejvíce stará, ve většině případů tedy matka, kdežto u dospělých osob plní tuto funkci především partner, případně blízký přítel. V dospělosti je tato vazba, na rozdíl od dětství, vzájemná, oba přijímají a zároveň poskytují péči. Základní funkce vazby, ochrana při zátěži či bezpečná základna, přetrvávají i do dospělosti. Odlišná je pouze forma a způsob naplňování. Pro dospělé v situacích psychické nepohody je často dostačující psychická blízkost dané osoby, na rozdíl od dětí, které vyžadují i blízkost fyzickou (Buist, 2004 in Čikošová, Preiss, 2011).

2 Vztahová vazba a závislost

Vzájemný vztah mezi vznikem závislosti a určitým druhem vztahové vazby není na poli výzkumu novinkou. Z rozsáhlých výsledků lze říci, že souvislost mezi těmito dvěma fenomény existuje. Následující kapitola popisuje hledání tohoto vzájemného vztahu na poli hlubinné psychologie. Jsou zde zmíněny i některé výzkumy, které tyto souvislosti objasňují

2.1 Vztahová vazba a závislost z pohledu hlubinné psychologie

V předchozí kapitole bylo mimo jiné popsáno, že jistý typ vazby má především protektivní funkci. Jedinec s tímto typem připoutání zvládá mnohem lépe běžné i emočně velmi náročné situace, a to díky schopnosti se přes ně přenést nebo se o ně podělit s blízkými lidmi, případně zaměřit svou pozornost jiným směrem. Ostatní druhy připoutání jsou v tomto směru deficitní, jedinec nedisponuje zdravými schopnostmi redukovat emoční napětí a hrozí tedy riziko selhání v náročných situacích. To je důvodem, proč teorie vztahové vazby je platná i na poli závislostí. Sáhnutí po návykové látce může jedinci pomoci tuto situaci zvládnout. Tyto látky svým působením na prožívání a myšlení mohou do určité míry nahrazovat vnitřní schopnosti, které jedinci schází díky nekvalitní vztahové vazbě (Kalina, 2008b.).

Bowlbyho teorie vztahové vazby je stále vlivným konceptem současných psychoanalytických a hlubinně orientovaných směrů. Toto ovlivnění je nejpatrnější v oblasti vysvětlování a objasňování neurotických a psychosomatických poruch (Hašto, 2005).

Podle Rudolfa (2000) existují čtyři typy základních konfliktů, kterým je dítě v prvních rocích života vystaveno. Čím dříve dítě konfliktu musí čelit, tím méně jsou zralé jeho obranné mechanismy, které má v danou chvíli k dispozici. Platí tedy, že čím časnější konflikt, tím více dochází ke strukturálnímu narušení psychiky, tzv. „*strukturální vulnerabilitě*“. Toto strukturální poškození v podstatě znamená, že v důsledku konfliktu v dětství jedinec disponuje nebo nedisponuje určitou psychickou funkcí. Na tuto narušenost navazují různé formy neurotického řešení základního konfliktu (Rudolf, 2000 in Hašto, 2005).

Psychický vývoj člověka se dá, ve zjednodušené podobě, popsat pomocí čtyř stádií, ve kterých se utvářejí systémy důležité pro život. Jedná se o komunikační systém, systém vztahové vazby, systém autonomie a systém identity. S každým z těchto systémů se pojí i základní konflikt a formy jeho zpracování. S tématem závislosti se nejvíce spojuje právě konflikt vztahové vazby, který bude dále více popsán (Rudolf, 2000 in Hašto, 2005).

2.1.1 Konflikt vztahové vazby - depresivní konflikt

Depresivní konflikt vzniká v situacích, kdy dítě nezažívá ze strany své primární osoby pocit bezpečí a lásky a nemůže tedy této osobě důvěřovat. Tato situace výrazně ovlivňuje sebepojetí jedince v budoucnosti. Nejlépe tuto situaci vystihuje následující tvrzení: „*I když to naléhavě potřebuji, nemůžu získat dobrou osobu, u které bych našel bezpečí, takže jsem na nic, nemám žádnou hodnotu, jsem vydaný na pospas, bezmocný.*“ (Hašto, 2005, s. 209).

Jedná se o silnou touhu po ideálním objektu (osobě), který by byl dítěti k dispozici v době, kdy to nejvíce potřebuje. Dítě se snaží tuto osobu získat všemi možnostmi, které má k dispozici. Snaží se přitulit, stojí o pomazlení, či jiný blízký fyzický kontakt. Tento typ chování často naráží na nemožnost nebo přímo na zákaz takto se projevovat vůči ideální osobě. Depresivní konflikt se může u dospělých lidí proměnit v různé klinické podoby, přičemž všechny mají společné znaky. Je to touha po ideální osobě, zklamání v této osobě a posledním znakem je zoufalství na straně jedince spojené s pochybnostmi o vlastní osobě. Zpracování tohoto konfliktu se dá vnímat jako určitá snaha jedince o zachování stability centrálních částí osobnosti. Různé formy zpracování konfliktu se dají popsat jako určité typy osobností s charakteristickými vzorci jednání a chování. Během života může docházet k dekompenzaci nebo naopak kompenzaci jedince pomocí psychoterapie či díky příznivému životnímu osudu.

Je mnoho způsobů, jak jedinec zpracovává tento vnitřní konflikt. K vhodným strategiím se dá zařadit humor a altruistické chování, pokud není ve své extrémní podobě, kdy jedinec popírá sám sebe ve prospěch ostatních či dokonce dochází k sebeobětování. Za méně vhodné způsoby se považuje narcistické, schizoidní a orálně regresivní zpracování konfliktu, při kterém dochází velmi často k závislosti na různých psychoaktivních látkách (Hašto, 2005)

Orálně regresivní způsob řešení konfliktu, na rozdíl od ostatních způsobů, se nezaměřuje na změnu vnější situace a na změnu vztahů k osobám a objektům, ale omezuje se na snahu změnit svojí vnitřní situaci. Dá se říct, že lidé v tomto modu zpracování konfliktu se chovají tak, že jim je jedno, co přijmou, důležité je, že dojde k jejich uspokojení. Uspokojení touhy po objektu. Kromě abúzu různých látek se sem řadí i bulimické záchvaty přejídání či gambling. Dominujícím pocitem u těchto lidí je beznaděj, která pramení z nemožnosti změnit okolní svět tak, aby pro ně byl dobrý, a zároveň nejsou schopni se vyrovnat se s reálným světem v té formě, v jaké existuje, to znamená je nudný, zlý a především zraňující (Hašto, 2005).

2.2 Vazba – závislost - výzkum

Vztahová vazba a závislost jsou v různých modalitách častým výzkumným námětem. Shodně se ukazuje, že mezi závislými se častěji vyskytuje nejistý typ vztahové vazby a tedy i naopak, že jistý typ citové vazby působí jako preventivní faktor jejího vzniku. Někteří autoři popisují, že závislost sama o sobě je určitým typem vztahové vazby. Nejistý typ vazby neumožňuje jedinci navázat a udržet vztah a tak se droga stává základním objektem, který slouží především ke kompenzaci nepříjemných pocitů a nedostatků pramenících z tohoto typu připoutání (Vondráčková, 2012) Zmíníme zde pár studií, které se problematice vztahové vazby a závislosti věnují. Jako první je uveden poměrně nový český výzkum.

Studie se zaměřuje na vztahovou vazbu, konkrétně na míru úzkosti a na míru vyhýbavosti ve vztahu a souvislosti se závislostí na návykových látkách. Typ vazby je sledován ve vztahu k matce a k otci u skupiny závislých a porovnáván s výsledky vztahů ke stejným osobám v kontrolní, tedy nezávislé skupině probandů. Výzkumný vzorek tvořily 103 osoby, které byly v době výzkumu v léčbě – v terapeutické komunitě. Při tom se nezohledňovala fáze léčby. Kontrolní skupinu tvořilo 105 probandů. Bylo použito sebeposuzujícího dotazníku vztahových struktur ECR –RS². V předchozích studiích se ukazuje, že různé typy vztahové vazby vykazují i rozdíly v efektivnosti emoční regulace. Východiska podporující tyto závěry vycházejí z vnímání závislosti na psychoaktivních látkách jako dopad nemožnosti fungování v různých mezilidských vztazích tak, jak bývá běžné. Tato neschopnost pramení nejspíše v dětství.

Výzkumné hypotézy předpokládají, že respondenti v experimentální skupině budou vykazovat vyšší míru úzkosti a vyhýbavosti ve vztahu k matce/otci než respondenti v kontrolní skupině.

Rozdíly ve sledovaných škálách byly testovány Mann Whitney U – Testem. Ukázalo se, že experimentální skupina má signifikantně vyšší skóre v obou škálách a k oběma rodičům.

Dá se tedy říci, že drogově závislé osoby vykazují větší míru úzkosti a vyhýbavosti, což poukazuje na existenci nejistých vztahových vazeb. Tyto úzkosti se mohou projevat například trápením, zda je rodiče mají dostatečně rádi, nebo strachem z jejich odmítnutí. Vyšší skóre u vyhýbavosti mohou poukazovat na problémy autenticity v situacích emoční blízkosti. V primárních vztazích tito lidé mají celkově méně jistoty (Pečtová, 2013).

Následující výzkum, přesněji kvalitativní studie se přímo zaměřuje a závislé matky v pobytové léčbě. Sedm matek, které byly minimálně 4 měsíce v léčbě, se zúčastnilo

² ECR –RS : Experiences in Close Relationships – Revised, název se většinou do češtiny nepřekládá, sebeposuzovací nástroj pro dvě dimenze vztahové vazby

skupinových sezení se zaměřením zvýšení jejich mateřské senzitivity. Hlavním smyslem vytvoření této skupiny bylo, aby si každá žena uvědomila, jakým způsobem projevovala její matka emoce a pocity, aby si nastavila osobní hranice a aby jí byla poskytnuta opora. Sezení probíhala jednou týdně po šesti týdnů. Skupina účastnic sezení byla vytvořena na základě klinického testování pomocí Adult Attachment Interview³. Matky byly nuceny reflektovat jak jejich kontakt a péče o dítě mají dopad na jejich pocity jistoty, lásky a celkový vztah k dětem. Ženy byly vedeny k rozvoji vlastní empatie, která jim bude hlavním „pomocným nástrojem“ k dalšímu budování vztahu a péči o potomky. Samotný výzkum byl realizován pomocí polostrukturovaného rozhovoru po ukončení těchto sezení. Všechny ženy uvedly, že si musejí dávat pozor, aby neopakovaly vzorce chování, které znají od svých matek a také, že nyní budou více přemýšlet a zohledňovat pocity svých dětí. Všechny ženy, které prošly kompletním šestitýdenním programem, se shodují, že nyní se cítí být více kompetentní v roli matky, než jak tomu bylo před počátkem „terapie“. Ve výsledcích „post terapeutických“ rozhovorů se objevila tři hlavní poznatky, která si odnášejí v souvislosti se svým rodičovstvím. 1) Nedopustit, aby jejich děti vyrůstaly ve stejných podmínkách, jako vyrůstaly ony. 2) Využívat empatii jako průvodce rodičovstvím 3) Vnímat důležitost komunikace se svým dítětem (Polansky, Lauterbach, Litzke, Coulter & Sommers, 2006).

Velká část výzkumů vztahové vazby se věnuje především problematice závislosti na psychoaktivních látkách. Existují však i takové, které pojednávají o vztahové vazbě v kontextu k jiné, „moderní“ závislosti. Uvedeme zde pro zajímavost ve stručnosti dva z nich, které se těmito tématům věnují. První se týká vztahové vazby a závislosti na internetu, druhý se věnuje vztahové vazbě u mužů trpících sexuální závislostí.

Cílem této studie byla snaha zjistit, zda existuje souvislost mezi typem vztahové vazby a závislostí na internetu, konkrétně zjistit míru závažnosti závislosti na internetu a typ vztahové vazby. Výzkumný soubor čítal 236 respondentů (91,2 % muži, 8,8% ženy), přesněji hráčů online her. Pro zjištění vztahové vazby byl použit Dotazník struktury vztahů ECR - RS. Pro určení míry závislosti na internetu byl použit dotazník, který v roce 2010 vytvořil Blinka se Šmahelem. Výzkumné otázky zjišťovaly, zda se u jedinců ohrožených závislostí bude vyskytovat častěji jeden konkrétní typ vazby a zda jedinci s nejistou vazbou budou více ohroženi závislostí. Dle kritérií splňovalo podmínku závislosti či ohrožení závislostí 44 respondentů (18,9 %).

³ Adult Attachment interview je klinický sebesposuzovací nástroj vytvořený Mainovou a Goldwynem (1991) sloužící k získání informací z historie klienta.

U těchto respondentů se v 90 % vyskytuje nejistý typ vazby, nejčastěji se jedná o typ zapletený (52,2 %). Tato studie ukázala, že u respondentů, kteří jsou závislí na internetu, nebo jsou touto závislostí ohroženi, se mnohem častěji vyskytovala nejistá vztahová vazba. Zároveň se u těchto respondentů častěji vyskytovala nejistá vztahová vazba k otci, než k matce (Dolejšová, 2014).

Druhý neadiktologický výzkum se zabývá souvislostí mezi typem vztahové vazby v romantických vztazích a sexuální závislostí. Autoři tohoto výzkumu vycházejí z předpokladu, že u lidí, vykazujících sexuální závislost bude častěji zastoupen nejistý typ vztahové vazby. Z možných definic a metod, jak určit sexuální závislost, použili dotazník SAST⁴, díky kterému zjistili, že z 52 respondentů jich 32 jeví známky závislosti. K určení vztahové vazby byl použit dotazník ECR – R. Z celkového počtu respondentů pouze 8 z nich (19%) vykazovalo jistou vazbu. Z nejisté vazby bylo největší zastoupení u bázlivě vyhýbavého typu, 18 participantů (48%), pro který je typická vysoká míra úzkosti a současně vyhýbavosti. Bylo statisticky dokázáno (ANOVA), že muži se sexuální závislostí vykazují v romantických vztazích nejistý typ vazby. Na základě těchto výsledků se autoři domnívají, že efektivnější léčba sexuální závislosti by bylo párové poradenství, oproti současným, převážně individuálním, způsobům léčby (Zapf, J. L., Greiner, J., Carroll, J., 2008).

⁴ The sexual Addiction Screening test – nástroj sloužící k posuzování sexuálně nutkavého chování, které může být známkou sexuální závislosti. Podle profilů odpovědí je možné rozlišit respondenty na sexuálně závislé a na ty bez závislosti.

3 Žena - uživatelka návykových látek

Užívání návykových látek je vnímáno více jako mužský problém, ale počty žen, které jsou závislé, jasně ukazují, že tomu tak není a je tedy nutné se tomuto stavu přizpůsobit. Následující kapitola se věnuje specifickým problémům žen a to jak z biologického, tak především z generového pohledu.

3.1 Situace u nás

V České republice vychází každoročně výroční zpráva o stavu ve věcech drog. Tato publikace popisuje všeobecné trendy a problémy spojeny s užíváním návykových látek u nás, ale informace nejsou ve většině případů rozděleny podle pohlaví. Informace genderově specifické jsou uvedeny ve zprávách Evropského monitorovacího centra, hlavní výstupy jsou zmíněny v samostatné kapitole.

Ve studiích realizovaných od roku 2008 se ukazuje, že dominantní drogou u nás jsou konopné látky, se kterými má zkušenost 27,9 %, což je pro populaci v daném věku 1,9-2,2 mil. osob. Druhou nejfrekventovanější drogou bývá dlouhodobě extáze, kterou v roce 2012⁵ předstihly halucinogenní houby. Ostatní drogy, pervitin, amfetamin, kokain a LSD, se konzistentně pohybují na hodnotách 2,3 -2,8 % celoživotní prevalence. V roce 2012 také proběhl rozsáhlý výzkum, kterého se zúčastnilo 2134 respondentů ve věku 15-34 let. Výsledky, které vzešly, byly převáženy dle demografickou –sociologických aspektu. Neuvádíme zde všechny výsledky, ale jen ty, které se blíže vztahují k naší práci. Ze zmíněných 27,9 %⁶ bylo 34,9 % mužů a 21,2 % žen. U lysohlávek bylo z celkového počtu 5,3% bylo 7,7% mužů a 2,9 % žen. U pervitinu, amfetaminu, LSD a kokainu jsou počty relativně vyrovnané, 2,3 -2,8%. Celkově se dá říci

V roce 2012 bylo odhadem v ČR přibližně 41,3 tisíc problémových uživatelů drog, z čehož 30 tisíc tvořili uživatelé pervitinu, 4,3 tisíce heroinu a 6,3 buprenorfinu. Prevalence problémového užívání drog u nás v populaci 14 -64 let je 0,6 %.

Přesnější informace o poměru mužů a žen lze vyčíst z údajů od jednotlivých specializovaných zařízení. V registru žádostí o léčbu bylo v roce 2012 8955 léčených uživatelů nealkoholových drog., z čehož ve 4313 případech se jednalo o první žádost. Ze všech léčených bylo 6075 mužů (67,8) a 2585 žen (31,9%). Toto číslo potvrzuje skutečnost,

⁵ V době psaní práce nebyly dostupnější aktuálnější informace

⁶ Počet uživatelů v celkové populaci později vnímáme za celek a z něj jsou vypočítávány procenta uživatelů mužů a žen.

že všeobecně je žen, které žádají o léčbu mnohem méně. Může to být mimo i tím, že u nás je málo programů zaměřených přímo na ženy (Mravčík, 2013).

Údaje lze doplnit i statistikami z největšího nestátního zařízení o.s. SANANIM. Tato data jsou sice více zaměřeny na muže a ženy, ale samozřejmě neposkytují údaje o celé populaci, ale pouze o populaci, která se dostala do kontaktu s některým ze zařízení této organizace. V roce 2013 prošlo jejich službami 8500 klientů, v komunitách se léčilo 123 klientů a na Karlově bylo během roku 28 dětí. Celkem bylo v léčbě s rodičem, nejčastěji matkou, 213 dětí, z čeho 7 bylo během doléčování svěřeno zpět do péče matky. Mimo děti na Karlově, byla většina dětí s matkou v Denním stacionáři (159) a v Doléčovacím centru (26). Ukazuje se, že v průměru 2 noví klienti z Kontaktních center nastoupili na léčbu (SANANIM, 26. června, 2014)

3.2 Genderová specifika žen

Termín gender je v současné době hojně užívaný. Stoller (1986) tento pojem popsal jako psychologicko - kulturně podmíněný termín, který nemusí být nutně spojovaný s lidskou anatomií a fyziologií. Gender může být vnímán jako poměr feminity a maskulinity u konkrétního jedince (Stoller, 1986). V českém prostředí bývá někdy používáno českého slova „rod“, ale mnohem častěji se používá anglický termín. Soudobá psychologie využívá pojmu gender pro zkoumání změn ve společnosti ve vnímání a postavení žen a mužů a jaké dopady tyto změny mají na jednotlivé muže a ženy. Zabývá se také mimo jiné i utvářením vztahů a postojů. Důležitou součástí je, jakým způsobem se o těchto tématech hovoří ve společnosti a jak s tématem pracovat na poli výzkumu (Výrost, Slaměnik, 2008).

Téma genderu, rozdílnosti mezi muži a ženami, se nevyskytuje jen jako teoretický koncept, ale v reálné praxi upozorňuje na tzv. „ženskou otázku“. Která tedy nutně zasahuje i problematiku užívání návykových látek (Vobořil, 2003). Zájem o genderovou problematiku v drogovém prostředí se objevuje v zahraniční literatuře koncem 80. let. S devadesátými lety se výskyt tohoto jevu objevuje častěji a to především díky výzkumným grantům, které vypisují ekonomicky vyspělé státy. V české literatuře bylo toho téma ještě v roce 2003 relativně málo frekventované, stejně tak jako výzkumy v dané oblasti. Situace se však pozvolna zlepšuje (Vobořil, J. 2003). V poslední době se rozdílu mezi muži a ženami, kteří užívají drogy, věnuje ale stále více pozornosti. Preslová (2003) se k situaci vyjadřuje následovně: „Nabízí se, zda to není způsobeno pouze snahou vyhovět proklamované potřebě věnovat se tzv. ženské otázce.“ (Preslová, 2003, s 243).

Při prvním zamyšlení nad odlišností uživatelů žen a mužů nás samozřejmě napadne rozdíl vyplývající z odlišné biologické funkce jednotlivých pohlaví, tedy především těhotenství a následné mateřství u žen. Je to samozřejmě logická úvaha a tomuto aspektu je třeba věnovat pozornost při utváření specifických služeb pro tuto část populace. Tento pohled na problematiku byl v EU hodně silný v osmdesátých letech, především kvůli propuknutí epidemie AIDS, kdy docházelo k častým výzkumům souvisejícím s nemocí, prevencí, a k vzniku služeb, které se zaměřovaly na pomoc ženám trpícím touto nemocí. Pomoc byla zaměřena především na problematiku přenosu choroby na plod. Na specifika ohledně ženské populace uživatelů, která se nevztahovala jen na otázky kolem těhotenství a mateřství, opět upozornilo feministické hnutí (Vobořil, 2003).

Drogově závislé ženy jsou v mnoha ohledech zranitelnější než muži. Jsou mnohem více vystaveny zdravotním rizikům a závažným psychickým problémům. Možná proto, že závislé ženy jsou menší skupinou uživatelů, není ještě tak rozvinut systém péče jen pro tuto cílovou skupinu (Stocco et al, 2000).

Specifika klientek, které užívají návykové látky, nejsou tedy jen v jejich mateřské roli, ale z výzkumů vyplývá, že průběh užívání i samotný vznik závislosti je u žen výrazně odlišný oproti závislosti u mužů. Závislost u žen vzniká rychleji, užívají nižší dávky, méně často řeší problémy se zákonem. Na druhou stranu se i méně často dostávají do terapeutických programů, a pokud jsou do programu přijaty, častěji jej opouštějí před řádným dokončením léčby. Další odlišností oproti nezávislé skupině žen je výrazně vyšší výskyt pohlavního zneužívání a prostituce v anamnézách žen. O zmíněných fenoménech bude pojednáno později, stejně tak o tématice partnerských vztahů těchto žen a komorbiditě (Preslová, 2009).

3.3 Genderové rozdíly mezi uživateli návykových látek (EMCDDA)⁷

V roce 2005 vydala EMCDDA zprávu, která pojednává o rozdílných vzorech v užívání návykových látek u mužů a u žen, stejně jako o dalších odlišnostech plynoucích z genderové tematiky.

V Evropské unii je užívání nelegálních látek mnohem častější u mužů než u žen. Z celkového počtu uživatelů, kteří využívají odbornou protidrogovou léčbu, je jen 20% žen. Toto číslo je výsledkem v rámci celé Unie, v jednotlivých členských státech je však situace

⁷ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti

velmi odlišná. Například na Kypru je poměr mužů a žen v léčbě 9 :1, v porovnání s Maďarskem, kde tento poměr je 1,6 : 1. (EMCDDA, 2005)

Rozdíly jsou i v užívání různých druhů látek. Napříč Evropskou unií muži užívají více konopné látky než ženy, u kterých naopak převyšují tlumící látky, především ve formě různých léků. Tyto výsledky byly shodné jak u skupiny studentů ve věku 15- 16 let, tak celkově u dospělé populace (15- 64 let). Od roku 1995 je zaznamenáno výrazné zvýšení užívání konopných drog mezi studenty, a to jak u mužů, tak u žen. Tento nárůst je patrný především v České a Slovenské republice, Estonsku, Slovinsku a Francii. Poměr mužů k ženám, kteří využívají léčby závislosti na konopných látkách je celkově vyšší, než u ostatních návykových látek. Rozdíly napříč zeměmi jsou evidentní, přičemž největší rozdíl v poměru mužů a žen je ve Španělsku a naopak nejnižší je ve Slovinsku. Genderové rozdíly mezi státy jsou nejpatrnější na vzorku studentů a také v užívání konopí a extáze. (EMCDDA, 2005)

Tlumivé léky a sedativa jsou skupinou látek, kde je výrazně vyšší počet uživatelů žen oproti mužům. Problémem této skupiny látek je i to, že velké množství je (zne)užíváno legálně, kdy jsou tyto léky předepisovány lékaři na předpis. Stejně tak se samozřejmě užívají nelegálně, kdy jsou sháněny na černém trhu. Poměrně nízké je číslo lidí, kteří se v rámci Evropské Unie léčili se závislostí na těchto lécích. Vysoký výskyt závislosti na lécích a barbiturátech je v České republice a Maďarsku. Jak u nás, tak v Maďarsku je v řadách těchto uživatelů relativně nízký zájem o léčbu v porovnání s ostatními drogami (EMCDDA, 2006).

Celkově je poměr žen mezi klienty v léčbě nejvyšší u mladých uživatelů do dvaceti let, kteří se léčí se závislostí na stimulantech a poté ve skupině starých, nad 39 let, kde převládá závislost na farmaceutických drogách (EMCDDA, 2005).

V roce 2004 byl největší podíl ženských klientek v léčbě u nás, ve Finsku a ve Švédsku, naopak nejhůře si v této otázce stojí Kypr a Turecko. Tato data mohou být ovlivněna jak jejich odlišným regionálním zpracováním, tak i rozdíly ve strukturálních faktorech, jako je organizace a dostupnost služeb pro tyto klienty.

Fenomén vyššího poměru mužů k ženám v rámci drogově závislé populace v Evropské unii se potvrzuje i v jiných částech světa, nezávisle na metodologických otázkách zjišťování dat (EMCDDA, 2006).

Genderové rozdíly nejsou jen v poměru užívání u konkrétní látky nebo v poměru osob, které jsou v léčbě. Ukazuje se, že vliv pohlaví se projevuje i v dalších oblastech souvisejících s užíváním drog. Ženy - injekční uživatelky - jsou mnohem více než muži

ohroženější a náchylnější k HIV infekci, stejně jako k dalším sexuálně přenosným nemocem. Pravděpodobným důvodem, proč tomu tak je, je skutečnost, že žen se mnohem více týká práce v „sexuálním průmyslu“ a prostituce.

Počet spáchaných trestných činů v souvislosti s užíváním drog je opět výrazně vyšší u mužů než u žen. Údaje z 21 zemí Evropy dokazují, že ženy spáchaly jen mezi 9-15% z celkového počtu trestných činů spáchaných závislými osobami. Nejvíce žen se na trestné činnosti podílelo v Litvě (25%) a Rumunsku (20%), naopak nejméně trestně činných žen (4%) je u nás (EMCDDA, 2006).

3.4 Fenomén dvojí deviace

Deviace, případně s přívlastkem sociální, je termín používaný pro označení porušení či odchýlení se od normy uznávané tou kterou společností. Jedná se o porušování pravidel, hodnot, chování, formálních i neformálních očekávání a požadavků, kterými se konkrétní společnost řídí. Společnost si sama vytváří „normy“ pro to, co je ještě běžné a je tedy akceptovatelné a naopak, co už běžné není a tuto normu to přesahuje a porušuje. Deviantní chování je tedy takové chování, které je mimo pásmo normy a společnost jej vnímá jeho důsledky jako značně negativní (Munková, 2013).

Na tematiku dvojí deviace upozorňuje feministické hnutí s odvoláním na historicko-společenský diskurz genderových otázek v adiktologii. V některých kulturách měly například ženy zákaz konzumace alkoholu, jelikož tato kratochvíle byla vnímána jako výsada mužů. Klasická patriarchální společnost očekává, že žena bude zodpovědná ke své rodině a bude vykonávat funkce, které vyplývají z její role ženy - matky. (Vobořil, 2003)

Ettore (1992)⁸ formulovala zjištění, že žena - uživatelka je společností vnímána jako „dvojí deviant“ (*ang. Double deviant*). A to proto, že vůbec užívá drogy, což je proti normě společnosti, ale také proto, že díky tomu selhává ve své ženské roli matky a partnerky (Ettore, 1992 in Vobořil, 2003).

Vnímání této deviace společností s sebou přináší na uživatelky i větší tlak, který jim brání vyjít z anonymity a vyhledat odbornou pomoc. Obávají se především stigmatizace, která může být například příčinou odebrání dětí z péče bez řádného zmapování důkazů nebo bez reálných známek zanedbání dětí (Vobořil, 2003).

Tento postoj zastávají někdy i zdravotníci a sociální pracovníci, což vede k tomu, že se ženy bojí na tyto instituce obrátit. Obávají se ztráty anonymity, odsouzení či dalších

⁸ Kniha „Women and Substance Use“

postihů. Toto jednání může ženy závažně ohrozit na somatickém i psychickém zdraví (Frišaufová, 2006).

3.5 Trauma spojené se sexuálním zneužíváním, znásilněním a prostitucí

Témata, která přímo souvisejí s genderovou otázkou, jsou problémy spojené se sexuální zneužíváním, znásilněním a prací v sexbyznysu.

Psychické trauma je situace, která vzniká náhle a nečekaně a jedinec jí vnímá značně negativně. Trauma většinou vede k určitému poškození nebo ztrátě, přičemž nejnápadnější projevy jsou v oblasti emocí. Člověk, který prožil trauma, ztratil jistotu a pocit bezpečí a do budoucna hledí se strachem. Objevuje se i smutek, jako možná reakce na ztrátu. Vlivem traumatické situace se mění u jedince jeho schopnost uvažovat, přestává být objektivní, je méně kritický, ovlivněn především svými pocity a prožitky. V chování jsou patrné reakce vedoucí k vyhnutí se případné hrozbě. Díky tomu se osoba postupně izoluje od společnosti, nebo naopak se stane velmi agresivní vůči ostatním lidem. Trauma může vzniknout na základě jedné jediné události, stejně jako při jejich opakování. Tyto zásadní změny v životě mohou být častým zdrojem stresu, potažmo se může rozvinout posttraumatická stresová porucha. Trauma i stres mají podobný fyziologický průběh, liší se především v prvotní fázi, kdy se může objevit šok. Jedinec si vytváří určité specifické reakce, které mu pomáhají situaci lépe zvládnout (Vágnerová, 2008). K situacím, které mohou způsobit trauma, patří různé živelné pohromy, dopravní nehody, domácí násilí, týrání, závažné trestné činy, jako pohlavní zneužití, znásilnění, vražda.

3.5.1 Pohlavní zneužití

Pohlavní zneužití je označení takového trestného činu, kdy dojde k vykonání soulože nebo jinému způsobu pohlavního zneužití osoby mladší patnácti let (§ 187, Zákon 40/2009 Sb. Trestní zákoník). Pohlavní zneužívání většinou vnímáme jako soubor aktivit, které vedou k sexuálnímu uspokojení pachatele. Na naplnění skutkové podstaty trestného činu nemá vliv, to, zda si zneužívané dítě uvědomuje, že dochází k jeho zneužití či nikoliv (Weiss, 2005).

Pohlavní zneužívání v jakémkoliv své podobě s sebou přináší závažné následky pro oběť, která se s nimi často vypořádává celý zbytek života. Velmi často jsou tyto případy utajeny, a pokud se oběť o nich zmíní, bývá to až po delší době, kdy byly páčány. Dospělé ženy, dle různých výzkumů, uvádějí, že do svých patnácti let byly vystaveny nějaké formě

pohlavního zneužívání ve 12 -33%. Není výjimečné, že oběti pachatele osobně dobře znají, ba dokonce, že je to jejich příbuzný (Veselý, 2011).

Důsledky sexuálního zneužívání mohou být dlouhodobé a odložené. Pokud je zneužívání doprovázeno i sexuální agresí, dochází k somatickému poškození oběti. Nicméně, v rovině psychologické bývá jedinec tímto zacházením velice traumatizován. Celkově jsou tito jedinci mnohem více emočně labilní, než běžná (tedy nezneužívaná) populace. Tito lidé často trpí i poruchami sebehodnocení, neurotickými symptomy jako jsou fobie a obsese, depresemi, suicidiálními tendencemi, někdy i s dokonaným suicidiem. Mohou se vyskytnout poruchy příjmu potravy, poruchy spánku, či abúzus drog a jiných látek. Objevují se i problémy v komunikaci, v navazování blízkých vztahů, jejich udržení a udržení vzájemných hranic. Partnerské vztahy bývají často asymetrické. Dětská zkušenost se zneužitím ovlivňuje v dospělosti vztah k sexualitě. Jako extrémní reakce se může objevit úplné zmizení zábran v sexuální oblasti, což může vést k naprosté sexuální apatii, promiskuitě nebo prostituci (Fifková, 2005).

Sexuální zneužívání bývá považováno ze zcela klíčové na budoucí cestě k prostituci. Značná část výzkumu se věnuje právě prostitutkám, které zažily v dětství zneužívání. V jednom holandském výzkumu se ukázalo, že ze 127 prostitutek jich v dětství bylo zneužíváno 20%. V českém prostředí se tento jev také potvrdil. U prostitutek se více než u běžné populace potvrdilo zneužívání do věku 15 let. Je tedy zcela zřejmé, že následky zneužití v dětství mají zásadní vliv na další život oběti, to jak ve sféře partnerské, tak i osobní. Není tedy příliš překvapivé, když se velké procento zneužitých žen nachází v populaci prostitutek, narkomanek a alkoholiček. Z žen, které se pokusily o sebevraždu, jich 56% u jednoho pokusu a 70% u opakovaného pokusu mělo v anamnéze sexuální zneužívání v dětství. U žen s psychiatrickou diagnózou je počet dívek a žen, které byly zneužity, výrazně vyšší než v běžné populaci (Zikmundová, 2010).

3.5.2 Znásilnění

Znásilnění zákon definuje jako akt, kdy je osoba jinou osobou pod pohrůzkou násilí nebo pod pohrůzkou jiné těžké újmy či za využití její bezbrannosti donucena k pohlavnímu styku. (§ 185. Zákon 40/2009 Sb, Trestní zákoník). Znásilnění bývá klasifikováno, hned po vraždě, jako nejhorší možný zločin mezi dospělými osobami. Z britského výzkumu Myhilla a Allena vyplynulo, že se ženy znásilnění obávají daleko více, než kteréhokoliv jiného trestního činu (Myhill, Allen, 2002 in Ciprová, 2010). I přes tyto informace není tomu činu věnováno tolik pozornosti, kolik si jeho závažnost zaslouhuje, což může vést k malé podpoře

pro oběť, zlehčování problematiky či udržování při životě mnoho mýtů a stereotypů. Mýtů týkajících se trestného činu znásilnění je velké množství a různí autoři uvádějí různé z nich. (Čírtková, Vitoušová, 2010) hovoří o kognitivních stereotypech, které mohou mít často vliv na následnou spolupráci s obětí. Prvním z nich je tvrzení, že *znásilnění probíhá formou přepadení*. Empirická fakta však poukazují na to, že naopak většina znásilnění se odehrává v sociální blízkosti a v 70-80% případů oběť dokonce zná pachatele a až v polovině případů je tímto pachatelem partner nebo manžel oběti. S tím souvisí i další stereotyp o patologičnosti pachatele, který ve většině případů nemusí být nijak sociálně nápadný, naopak je to člověk, který žije spořádaným životem, je společenský a má rodinu.

Znásilnění je z hlediska vzniku traumatu u oběti pravděpodobně nejvíce zmapovaný individuální trestný čin vůbec. Výzkumy na tomto poli se věnují dvěma hlavními otázkám, které jsou s fenoménem znásilnění spojeny. Zjednodušeně se dá říct, že jedna část výzkumu se snaží predikovat faktory, které u žen zvyšují pravděpodobnost, že budou znásilněny nad hranici náhody. Druhá oblast výzkumu se soustředí na dopady znásilnění na oběť. Rozlišují se dva typy obětí tohoto činu. Oběť vztahového znásilnění a oběť útočného znásilnění. Silverman zjistil, že dopady na oběť jsou odlišné podle toho, o jaký typ znásilnění se jednalo. U vztahového znásilnění oběti častěji pociťují vinu, kdežto u druhého typu obětí se vyskytuje velký pocit strachu a častěji se u nich nacházejí příznaky, které odpovídají klinickému obrazu u posttraumatické stresové poruchy. Je tedy nutný i odlišný způsob práce s takto traumatizovanými jedinci. (Silverman, Dätwyler, in Čírtková, 2008)

V současné době jsou výzkumy zaměřeny především na zvýšeně ohrožené skupiny žen, na prostitutky a na drogově závislé ženy a dívky. Tyto výzkumy se snaží na základě získaných dat vytvořit účelnou a zacílenou prevenci pro tyto specifické populační skupiny. Jeden z takových projektů se zaměřoval, na čem závisí vyšší pravděpodobnost znásilnění v rámci skupiny mladých, drogově závislých žen. Za znaky zvýšeného rizika jsou považovány konflikty se zákonem, výstřední a přepjaté chování a časté střídání partnerů v tzv. peer ve skupině (Čírtková, 2008).

Zážitek znásilnění má na oběť závažný dopad jak ve sféře zdravotní, sociální a vztahové, tak především ve sféře psychické, kdy jednak může být ovlivněno sexuální a intimní chování a pak také je výrazně narušena emocionalita a sebevědomí. Oběť očekává od svého okolí především pochopení, porozumění, podporu a důvěru, informace a hlavně ochranu a pomoc. Vyrovnavání se s tímto zážitkem je značně individuální, vliv na to mají i předchozí životní zkušenosti a událostí. Každopádně proces vyrovnavání se s tímto traumatickým zážitkem vždy vyžaduje čas a trpělivost ze strany pomáhajících. Nejčastější

pocity, které se vyskytují u osob postižených sexuální agresí, bývají většinou strach ze smrti (v 90%), bezmocnost (v 60%), vztek, který je u víc jak poloviny obětí (55%), dále ponížení a zhnusení (u 40%) a určitý odstup vykazuje téměř čtvrtina obětí (20%). Psychické trauma je přítomné vždy a jeho rozsah a hloubka není odvislá od případných fyzických (ne)zranění. Bohužel se ukazuje, že pokud u oběti nedošlo k viditelnému fyzickému poranění, bývá jí poskytována menší péče jak ze strany zdravotníků, orgánů činných v trestném řízení, tak i ze strany přátel a rodiny. Často si oběť vyslechne i něco ve smyslu: *Vždyť se vlastně zas tak moc nestalo*. Přitom trauma, které se po znásilnění objevuje, má i řadu nápadných projevů, jako je emoční labilita, deprese či suicidální tendence, různé psycho i somatické poruchy, sociální izolace a mnohé další. Znásilnění může vést i rozvoji PTSP⁹ (Čírtková, Vitoušová, 2010).

Populace drogově závislých žen vykazuje výrazně vyšší výskyt obou těchto jevů, než jak je tomu v ostatní populaci. Není tedy výjimečné, když se v anamnéze uživatelky objeví nějaká forma sexuálního násilí. Mnohem běžnější však je situace, kdy se tyto traumatizující události vynoří až v průběhu léčby a psychoterapie, potažmo až ve fázi doléčování. Z výše uvedeného je patrné, že tento zážitek je pro ženy velmi traumatizující a i v důsledku určitého tabu, které ve společnosti zneužívání a znásilnění stále vyvolává, se mnohdy bojí toto téma otevřít, případně si až díky dlouhotrvající léčbě přiznají, že chování, které zažily, rozhodně nebylo v pořádku a jsou schopny i uvažovat v určitých souvislostech, které mohou vést ke konkrétní změně. Typickým znakem pro tyto ženy je určitá neschopnost odlišovat a udržovat osobní hranice a vnímat svůj životní prostor. Stává se, že otázku zneužívání do terapie vnášejí buď ve smyslu, zda se skutečně jedná o tak špatný čin, případně se toto téma častěji objevuje u těhotných žen, které více uvažují o výchově dítěte a možných faktorech, ovlivňující jeho psychický vývoj. Zneužívání, které je běžnější v dětském věku a dospívání, se u závislých žen objevuje mnohem více i v dospělosti (Preslová, 2009).

3.5.3 Prostituce

Prostituce je většinou vnímána jako nejstarší sociopatologický jev, který porušuje dané společenské normy. Klasická prostituce je chápána jako poskytování sexuálních služeb za účelem ekonomického zisku či jiné protislužby. Může se však jednat i o způsob dosažení společenských výhod či kariérního úspěchu. Charakteristickým rysem prostituce je promiskuita. Nejedná se pouze o poskytování sexuálních služeb ze strany ženy muži, ale

⁹ PTSP- Posttraumatická stresová porucha

možná je i opačná forma, stejně jako homosexuální a lesbická prostituce (Kraus, Hroncová, 2010).

Prostituce se dá rozdělit do různých kategorií podle odpovídajících kritérií. Podle pohlaví prostituující osoby, sexuální orientace toho, kdo službu poskytuje, a jeho zákazníka. Třetí kritérium se opírá o sociální manifestaci a četnost poskytování služeb. Na základě tohoto dělení se dá určit skupina *profesionální – otevřená; poloprofesionální a polootevřená, příležitostní a skrytá*, která slouží jen jako nárazový zdroj financí. Posledním typem dělení prostituce je dělení z hlediska místa, kde k ní dochází. Asi nejznámějším, nikoli však nejrozšířenějším typem je pouliční, venkovní prostituce, dále existují: barová, hotelová, bytová a privátní. Specifickou kategorií jsou eskortní služby, kdy jsou prostituující osoby objednávány na přání zákazníka a následně jsou mu nabízeny služby na jím určeném místě, často v jeho bydlišti (Dobšíčková, 2013).

Z hlediska zaměření práce je nejpodstatnější první skupina, tedy pouliční prostituce, kde se ukazuje, že je nejvyšší procento uživatelů drog. Jedná se o nejrizikovější formu prostituce. Tato skupina bývá nejrůzněji tvořena velmi mladými dívkami, často ve věku 15-18 let. Jedná se většinou o ženy z nižších sociálních vrstev a společenských tříd. Jsou zde ženy, které jsou nějakým způsobem sociálně znevýhodněné, nebo dívky, které si snaží vydělat peníze po svém útěku z ústavního zařízení nebo z rodiny. Tato skupina prostitutek je více než jiné ohrožena trestnou činností a také jí více, než jiné skupiny, páchají. Forma pouliční prostituce je často spojena i s užíváním návykových látek, které může vést ke vzniku závislosti (Chmelík, 2003).

Ukazuje se, že mezi užíváním drog a prostitucí je dvojí kauzalita. Jednu skupinu tvoří ženy, které začaly užívat drogy, aby mohly nadále setrvat v sexbyznysu, aby zvýšily svou výkonnost, a aby alespoň částečně utlumily psychické problémy, které se s prostitucí nutně pojí. Po čase se stanou tyto ženy na drogách závislé. U druhé skupiny je situace přesně opačná. Ženy, aktivní uživatelky, si v určitém bodě závislosti začnou obstarávat prostředky na drogu, případně drogu samotnou, prostitucí. Zajímavé je, že obě skupiny se od sebe záměrně distancují a zcela odmítají jakékoliv meziskupinové propojování. Dívky a ženy, které primárně provozovaly prostituci, mnohem více upřednostňují individuální léčbu v ambulancích a odmítají jakkoliv se kontaktovat s „feťáky“, kterými druhou skupinu žen nazývají. U dívek a žen, které mají prostituci „jen“ jako zdroj prostředků pro drogu, je postoj jiný. Prostituci vnímají jako jednu z běžných součástí drogového života, která se jich osobně netýká, není to jejich téma. Občas toto chování zaměňují za náhodné známosti a vztahy (Preslová, 2011).

Provozování prostituce samozřejmě výrazně ovlivňuje život ženy ve všech oblastech. První z nich je zdraví a s ním spojená rizika onemocnění a šíření infekčních a sexuálně přenosných onemocnění, jako jsou hepatitidy, syfilis a AIDS. Ke zdravotním rizikům se dá z části zahrnout i neplánované těhotenství či vznik závislosti na psychoaktivních látkách. Poslední dvě jmenovaná rizika velmi úzce souvisí i s oblastí psychiky. Do kategorie zdraví se řadí i oblast primární prevence, tedy metody, které by informovaly a vedly prostitutky k bezpečnějším formám pohlavního styku (Zikmundová, 2010).

Prostituce je jednoznačně velmi náročná i psychicky a výrazně může ovlivnit ženin další život. Právě pro enormní psychickou zátěž je průměrná doba, kdy žena pracuje v sexbyznysu, 2-5 let (Zikmundová, 2010).

Také oblast sociální je u těchto žen výrazně ovlivněna. V podstatě v jakékoliv společnosti má prostituce negativní konotaci a žena, která se jí živí nebo živila, je vždy nějakým způsobem stigmatizována. Je tedy velmi těžké pro tyto ženy najít partnera, jiné pracovní uplatnění, což jim komplikuje většinou i nízké vzdělání. Nehledě na to, že pokud práci seženou, bude finančně výrazně méně ohodnocena, než práce, kterou vykonávaly dosud. Velká část žen nemá vysoké profesní ambice, touží se stát matkami a manželkami. A také často z oblasti sexbyznysu odcházejí, pokud se jim podaří navázat trvalé partnerské svazky (Zikmundová, 2010) Psychické dopady se objevují mnohem pomaleji, než dopady zdravotní, což může vést k tomu, že není jejich vlivu na ženu věnována patřičná pozornost a problémy se s ní mohou táhnout po zbytek života. Někdy jsou psychické problémy důvodem, proč se žena rozhodne odejít z oblasti sexbyznysu, jindy se tyto problémy projeví až po delší době po odchodu. Nejohroženější skupinou jsou profesionální prostitutky, jelikož jsou prostředí vystaveny nejvíce. Prostitutky mnohdy svou práci vnímají jako ponižující a stydí se za to. Tento pocit u nich může vyvolat i pocity méněcennosti a nenávisti vůči vlastní osobě. Pravděpodobně nejnáročnější je trvalé emocionální předstírání. Během své práce musí předstírat, že jí těší být se svým zákazníkem, projevovat sexuální zájem o klienta a v neposlední řadě i mnohdy sexuální vzrušení a orgasmus (Dobšíčková, 2013).

Ani prostitutkám se nevyhýbá sexuálně motivovaná agrese. Násilí či sexuální násilí se zde uplatňuje jako donucovací prostředek, který se objevuje, například pokud se žena nechce podrobit svému manažerovi, nebo klientovi, případně když se klient domnívá, že nebyly splněny dohodnuté služby, či vyžaduje služby mimo rámec dohody. Dochází k těmto praktikám i mezi samotnými prostitutkami, které v rámci rivalitních bojů jsou schopny svou sokyni fyzicky velmi vážně poranit (Čírtková, 2008). Zcela specifickou kategorií v oblasti

prostituce je kuplířství a obchod s lidmi. Obě činnosti jsou v českém právním řádu považovány na závažné trestné činy.

3.6 Komorbidita

S definováním pojmu komorbidita, respektive psychiatrická komorbidita, jsou trochu nejasnosti, neb bývá zaměňován s pojmem „duální diagnóza“, přitom mezi těmito pojmy existuje rozdíl. Psychiatrická komorbidita je označení pro současný výskyt dvou či více psychiatrických poruch, případně jejich symptomů, u jednoho jedince. Zároveň můžeme nalézt i výklad, kdy se jedná o výskyt dvou diagnostikovatelných psychických poruch spojených s užíváním drog, u jedince je tedy v jeden moment více diagnóz z kategorie F.10- F.18¹⁰. Kdežto označení duální diagnóza bývá používáno více specificky, v případech, kdy se vyjadřuje určitá etiologická souvislost mezi poruchami, nebo onemocněními, kterými jedinec trpí (Williams, Cohen, 2000 in Kalina, 2008b).

U osob užívajících návykové látky se vyskytují dvě skupiny komorbidních pacientů, které se dají rozlišit na základě původu onemocnění. První skupinou jsou lidé, u kterých je prvotní psychiatrické onemocněním jakékoliv jiné, mimo kategorii F. 10- F. 18. Tito lidé začínají návykové látky užívat v důsledku svých psychických obtíží. Tato situace bývá označována jako *automedikace* a je například častá u úzkostných nebo depresivních stavů, kdy návyková látka může dočasně zmírnit aktuální pacientovi problémy. Druhou skupinu tvoří lidé, u nichž je užívání návykových látek primární problematikou a díky jejich vlivu na organismus se v průběhu užívání mohou objevit různé nedostatky, například v kognitivní oblasti. Kauzalita obou jevů není zcela známá a ne vždy je možné určit, který jev zapříčinil který (Kalina, 2008. b).

Léčba těchto klientů je velmi náročná a jedná se o určitou výzvu pro všechny, kteří jsou v ní zapojeni. Jedinec, který trpí dvěma poruchami, potřebuje odborníka, který se velmi dobře orientuje jak na poli závislostí, tak i v oblasti psychiatrie. Dříve bylo časté, že léčba byla zaměřena jen na jeden z uvedených problémů, nikoli na oba současně. Psychiatrická komorbidita je pro pacienta, stejně jako pro terapeutický tým, velmi zatěžující situace. V tomto případě platí, že celek, tedy finální problém, je víc, než suma částí, dílčích diagnóz. To může vést například k tomu, že hostilní jedinci se stávají více ohrožujícími, u lidí, kteří jsou v mnoha ohledech dezorganizovaní, dochází k ještě většímu rozvratu a u osob se

¹⁰ MKN 10: F. 10 – F.10 – Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek.

suicidálními tendencemi se mohou prohloubit jejich sklony ublížit si (Evans, Sullivan, 1990).

Problematikou duálních diagnóz se u nás zabýváme zhruba od konce 90 let. Z dílčích studií je patrné, že mají podobný profil i výskyt (35%), jako je tomu v zahraničí. V roce 2004 byly stanoveny *Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách*, ve kterých je požadováno, aby zařízení věnující se lidem se závislostí na návykových látkách, zajišťovala i odbornou péči klientům s psychologickými a psychiatrickými obtížemi. Tato péče je očekávána nejen v psychiatrických nemocnicích, ale i v terapeutických komunitách, kde se předpokládá, že by pracovníci měli být schopni pracovat s lehčími až středně těžkými případy. Duální diagnózy s sebou do léčby nesou různé komplikace. Samotná psychická/psychiatrická porucha může stěžovat klientovu účast v samotné léčbě, snižuje jeho schopnosti náročnou léčbu vydržet a udržet. Projevy, které se vymykají normě projevům ostatních klientů, mohou být rušivé pro celé společenství a mohou vést k negativním reakcím skupiny vůči jedinci, jako je zvýšená agrese nebo jeho vyloučení z kolektivu (Kalina, 2008a).

V rámci Výroční zprávy o stavu ve věcech drog pro rok 2012 jsou uvedeny informace o výskytu psychiatrické komorbidity za rok 2011 u klientů terapeutické komunity Karlov a Němčice. Dohromady bylo v těchto zařízeních v péči psychiatra 92 osob, z nich zhruba polovina vyžadovala individuální psychiatrickou péči. U dvou třetin byl primární drogou pervitin, u zbytku osob se jednalo o užívání opiátů. Nejčastěji byly diagnostikovány poruchy osobnosti (u 35 klientů), které byly často doprovázeny značnými komplikacemi v oblasti emocí, chování a vztahů. U 23 klientů byla diagnostikována úzkostná nebo depresivní porucha, která byla často v kombinaci s poruchou osobnosti. Psychotická porucha se objevila u 15 klientů, ve většině případů šlo o paranoidní psychózu v důsledku užívání pervitinu. U 50 klientů byla indikována po nějakou dobu léčba antidepressivy ze skupiny SSRI nebo SNRI¹¹. Specifickou skupinou bylo 12 jedinců, kteří do léčby nastupovali bez zřejmé psychopatologie. Ta se u nich objevila až v průběhu léčby, kdy došlo k rozvinutí tzv. post-abstinenční psychopatologie, která se nejčastěji manifestuje formou deprese, úzkosti nebo projevy paranoie a sebepoškozování. Pravděpodobně se jedná o určitou latentní poruchu, která byla u jedince vyvolána díky abstinenci, který jí dříve řešil automedikací.

¹¹ SSRI – inhibitory zpětného vychytávání serotoninu; SNRI – inhibitory

Zajímavým poznatkem je skutečnost, že mezi klienty, kteří předčasně ukončili léčbu, byli více zastoupeni právě klienti s duální diagnózou. (Mravčík, 2013).

Skupina španělských výzkumníků se věnovala studii duálních diagnóz ve vztahu k sebevraždám. Hlavním cílem studie bylo porovnání dvou skupin psychiatrických pacientů a jejich tendencích k sebevražednému jednání. Vzorek celkem tvořilo 837 pacientů, kteří byli rozděleni do tří skupin, podle jejich aktuální diagnózy. První skupinu tvořili lidé s duální diagnózou (užívání návykových látek + psychiatrická diagnóza), druhou lidé trpící pouze závislostí a třetí osoby s duševním/psychiatrickým onemocněním, kteří však neužívali žádné návykové látky. Lidé s duální diagnózou tvořili 52.6 % (440 osob) z celkového vzorku. Data byla získána na základě rozhovorů s odborníky, kteří měli tyto osoby v péči a také pomocí dotazníků, které mimo jiné zjišťovaly i screeningové informace o hepatitidách, HIV a sebevražedných tendencích. Z návykových látek byly klasifikovány všechny běžné skupiny, včetně tabáku a alkoholu. Průměrný věk respondentů byl 38,4 let (SD=10,1) a 75% ze všech bylo v době výzkumu v pobytových léčebných centrech, muži tvořili většinu zkoumaného souboru, 73,9%.

Hlavním zjištěním výzkumu bylo, že zvýšené riziko sebevražd je spojováno s duálními diagnózami mnohem více, než s ostatními zkoumanými skupinami. Faktem je, že u pacientů s duální diagnózou se častěji vyskytují i faktory, všeobecně vnímané jako rizikové pro konání sebevražd; mužské pohlaví, psychická porucha, zneužívání návykových látek a sociální dysfunkčnost. U pacientů s duálními diagnózami je v souvislosti se zvýšeným rizikem sebevražd nutné zohlednit i jejich věk. Autoři navrhuji v této souvislosti u pacientů s duálními diagnózami provádět častěji měření aktuálnosti sebevražedných tendencí (Szerma, et al., 2012)

3.7 Poruchy příjmu potravy

Užívání psychoaktivních látek má shodné psychické charakteristiky, které se objevují i u některých poruch příjmu potravy. Jedná se především o impulzivitu, oslabení sebekontroly, nutkavost a nezdrženlivost. Proto někdy bývají poruchy příjmu potravy srovnávány s jinou formou závislosti. Nejčastější je kombinace mentální bulimie a abúzu alkoholu. Jak přejídání, tak užívání návykových látek jedinec praktikuje kvůli kontrole nad svými emocemi a situací samotnou. Panuje názor, že obě problematiky jsou multifaktorově podmíněné, přičemž tyto faktory zvyšují zranitelnost a náchylnost pro rozvoj těchto poruch. Ukazuje se, že samotná existence mentální bulimie, respektive její sociální dopady a způsoby, jak jí jedinec řeší, zvyšuje riziko vzniku závislosti na alkoholu. Ten se také často

objevuje v rodinných anamnézách bulimistických pacientek. Poruchy příjmu potravy, zvláště bulimie, často závislosti na alkoholu předcházejí. Mezi uživateli návykových látek, kteří byli v léčbě, se výskyt bulimického chování nebo samotné mentální bulimie pohyboval v rozmezí 8 - 40%, výskyt mentální anorexie byl v různých studiích zjištěn kolem 2- 10%. Výzkumy zabývající se komorbiditou poruch příjmu potravy a abúzu návykových látek mají mnohdy metodologické nedostatky, jako je třeba velikost souboru nebo ne vždy jasné vymezení poruch. Nicméně se ukazuje, že zhruba 20% dívek a žen s mentální bulimii zmiňuje užívání psychoaktivních látek v současnosti nebo v minulosti. U této diagnózy dochází k signifikantně častějšímu užívání amfetaminu a alkoholu. Zájem mladých dívek o drogy může přitahovat i „*utýraný*“ vzhled toxikomanek a nechutenství. Tuto skutečnost podporují i média, když prezentují informace o modelkách a jiných známých (hubených) osobnostech, které užívají drogy. Dochází k tzv. „*heroinové stylizaci*“. Nastane-li situace, kdy je u jedné dívky nutná jak léčba drogové závislosti tak poruch příjmu potravy, drogová závislost má přednost (Krch, 2005).

4 Závislá žena – partnerka – matka

Pro každou ženu je přechod ze životního modu *sama za sebe*, do modu, kde má za někoho plnou odpovědnost, velmi náročná situace, na kterou se dlouho předem připravuje a i po té, co se dítě narodí, trvá přivyknutí na tuto změnu nějakou dobu. Vezmou-li se v potaz výše zmíněné genderové faktory, zdravotní, sociální, psychické problémy pojící se s drogovou závislostí, a všechny další okolnosti, které závislá matka musí řešit navíc oproti běžné matce, jako je např. bydlení, zajištění zdravotní péče, finanční stabilita a především samotný fakt existence její závislosti, tak je zřejmé, že toto životní období je velmi náročné.

4.1 Postavení závislé ženy - matky

O společenské stigmatizaci závislé ženy bylo pojednáno výše. Závislá žena – matka je však i na drogové scéně zcela ve specifickém postavení. Její situace je veskrze zoufalá, vznikla převážně nechtěně a neplánovaně a její řešení není schopna sama díky závislosti a jiným aspektům zvládnout, ale i přesto od ní její drogová komunita očekává zodpovědné, vyspělé mateřské chování s vřelým poutem ke svému potomkovi (Preslová, 2007).

Závislé ženy mnohdy pocházejí z rodin, kde byly narušeny vztahy mezi matkou a dcerou. Je známé, že existuje mezigenerační přenos mateřsko- dětského vztahu a způsobu chování. Díky této skutečnosti jsou děti žen, které samy mají negativní a nedostatečné osobní zkušenosti z dětství, ohroženy nevhodnou péčí, prostředím a výchovou. Hlavní problémy těmto ženám činí nedostatek osobních zkušeností s kvalitní péčí v jejich dětství. Během období aktivního užívání je pro ženu stále těžší zajistit potomkům vhodné prostředí pro jejich vývoj. A i když ženy začnou svou závislost řešit, do hry vstupují traumatické zkušenosti s násilím a sexuálním zneužíváním. A tato traumata mohou přímo ovlivňovat i kvalitu jejich vztahů k dětem (Polansky et al., 2006).

Fenomén závislé matky je i náročným tématem pro terapeutický tým. Problematika závislých žen, které porodily, se více začala objevovat v devadesátých letech, což souvisí i se společensko-kulturním kontextem doby. Zcela pochopitelně byly s tímto jevem spojovány obavy a otázky, zda je náš systém péče na tuto situaci vůbec připraven a zda jsou k dispozici kompetentní lidé. V dnešní době je, především v Praze a jiných velkých městech, funkční a komplexní systém péče a pomoci pro tuto specifickou klientelu. (Preslová, 2009).

Při práci se závislými matkami je nutné si uvědomit, že fenomén mateřství je v každém z nás, provází nás v podstatě celý život. Do velké míry je jeho vnímání a prožívání ovlivněno zkušenostmi a zážitky z našeho dětství. Toto téma se tedy bezprostředně dotýká

jak klientek, tak i celého terapeutického týmu. Není jiná skupina uživatelů návykových látek, které by na obou stranách vyvolávala tolik předsudků, očekávání a představ, jak by ideální stav měl vypadat. Ve všech zařízeních, která jsou sice specializovaná pro závislé matky s dětmi, ale současně netvoří tyto ženy jedinou klientelu, se jim dostává drsné konfrontace ze strany ostatních uživatelů služby. Samy sice vědí, jaké to je bojovat s letitou drogovou závislostí, nic méně od uživatelky, byť bývalé nebo v léčbě, automaticky očekávají, že bude vzorná, správná a milující matka (Preslová, 2007).

4.2 Motivace k mateřství

Klasická definice motivace, jak jí popisuje Plháková (2003), považuje motivaci za „*souhrn všech intrapsychických dynamických sil neboli motivů, které zpravidla aktivizují a organizují chování a prožívání s cílem změnit existující neuspokojivou situaci nebo dosáhnout něčeho pozitivního* (Plháková, 2003, s. 318).

Motivy ovlivňují naše chování dvěma směry, buď se pokoušíme něčemu vyhnout či zamezit, anebo je naší snahou něco naopak získat. Motivy se dělí do čtyř kategorií, a sice na motivy sebezáchovné, stimulační, sociální a individuální psychické motivy. Do první kategorie se řadí mimo jiné i motivy zajišťující přežití druhu a tedy i poskytování a přijímání rodičovské péče, které spolu těsně souvisí. Vzájemná vazba mezi pečující osobou a dítětem, jak je popsáno v první kapitole, je zcela nezbytná pro život a je biologicky podmíněná (Plháková, 2003).

Poskytování rodičovské péče úzce souvisí s postoji, které jedinec k rodičovství má. Ne všichni však jsou k roli rodiče adekvátně zralí a vyspělí. Tyto postoje nevznikají až v době těhotenství, ale jejich počátky jsou zakotveny v primární rodině a ve vlastní zkušenosti s chováním, péčí a přijetím potomka rodiči či blízkou pečující osobou. Z toho tedy i logicky plyne, že pokud jedinec tyto zážitky nemá, nebo byly nedostatečně uspokojující, je u této osoby větší riziko, že její vlastní rodičovské postoje budou chudé a omezené. Tuto skutečnost potvrzují i mnohé studie dětí z dětských domovů. Na druhou stranu, i v těchto podmínkách mohou být jedinci, kteří, díky silné vůli a pomoci ze svého okolí, se stanou dobrými rodiči (Matějček, 2007).

Z analytického hlediska mají motivační charakter k mateřství i různé komplexy, jakožto hybné síly jedince, které si přináší z raného dětství v rodině. Bývají to důsledky situací se silným emočním nábojem. Mohou dostat podobu vnitřních hlasů, které nás povedou ke stejným, mnohdy chybným, schématům, které jednotlivec zažije v rodině. Rodičovské komplexy se řadí k nejsilnějším psychickým komplexům vůbec. Mají své

osobitě zbarvení, vycházející ze zkušenosti s vlastní matkou a otcem. Tento psychický konstrukt nevypovídá nic objektivního o rodičích, jedná se spíše o soubor vzpomínek na pečující osoby. Komplexy mohou být pozitivní, kdy dětství bylo bezproblémové, jedinec vnímal, že je milován a přijímán. Tento stav je zdrojem síly a sebedůvěry pro další rozvoj. Opakem jsou komplexy negativní, kdy dětství bylo zatíženo různými problémy či absencí vlídného prostředí a osoby. Ale i tato teorie počítá s možností změny a „opravy“, pokud se jedinec dostane do prostředí, kde má možnost být s pozitivními postavami, které mohou suplovat rodičovské vzory (Corneau, 2007).

4.3 Motivace a závislost

Téma motivace je s oblastí adiklogie neodmyslitelně spjato. Setkáváme se s ním především ve dvou rovinách. První souvisí se základní otázkou, kterou si pokládá spousta odborníků a laiků, jejichž blízký se dostal do problému s drogami. „*Proč začal brát? Co bylo impulsem? Co ho k užívání návykových látek motivovalo?*“ Této oblasti je věnována značná pozornost především prostřednictvím programů primární prevence.

Druhá rovina je práce s motivací během závislosti. Motivace, spolu se stupněm závislosti jedince, sociální podporou v okolí a jeho osobnostními kvalitami tvoří základní faktory určující úspěšnost léčby. Ve starších modelech léčby závislostí panovalo přesvědčení, že pokud si jedinec nesáhne na úplné (nejen drogové) dno, není řádně motivován. V současnosti se odborníci přiklání spíše k modelu, kdy je nutné pomocí motivačních rozhovorů přimět klienta k přesunu odpovědnosti za změnu z terapeutů na sebe. Ta tedy spočívá na samotném jedinci, nic méně na terapeutech zůstává úkol vytvoření adekvátního prostředí, které mu v této změně může pomoci. Jde o přeměnu prvotně vnější motivace, jako je rodina, přátelé, problémy s úřady, na vnitřní (Dobiášová, Broža, Kalina, 2008b).

Práce s motivací se ukazuje jako velmi účinná a vede u klientů ke změnám chování, prožívání i myšlení. Motivačních rozhovorů, jako specifické metody, se nevyužívá jen při práci s jednotlivcem, ale také při práci s jeho rodinou. Tato metoda je vhodná u situací, kdy se klient dostává do ambivalence v rámci vlastních myšlenek a chování. Čím dříve se s touto metodou začne, tím je efektivnější. Funguje také jako dobrá prevence relapsu. Má pozitivní vliv i na nižší motivace, což se uplatňuje při možnosti zahájení léčby co nejdříve, bez čekání na „*sáhnutí si na pomyslné dno*“ (Dobiášová, Broža, Kalina, 2008b).

4.4 Motivace k mateřství? Mateřství jako motivace!

V současné společnosti se vychází z předpokladu, že těhotenství a mateřství by mělo být ženinou motivací pro zanechání chování jako je zneužívání drog a alkoholu, které může negativně ovlivňovat život dětí. Zdá se tedy důležité zohledňovat roli dětí v motivaci matky k omezení či zanechání zneužívání návykových látek a k jejímu vstupu do léčby. Některé studie ukazují, že těhotenství a mateřství motivuje ženy k zanechání či snížení užívání látek nebo ke vstupu do léčby, je ale jasné, že řada žen pokračuje v užívání návykových látek navzdory těhotenství a rodičovským povinnostem. Je zřejmé, že v této oblasti je třeba mnohých výzkumů, než bude možné s jistotou stanovit, zda těhotenství a děti motivuje ženy ke změně k chování a ke vstupu do léčby (Fulcher, 2009).

Vnímání dítěte jako motivace je téma, na kterém se neshodují ani odborníci z dané oblasti. V podstatě jsou rozděleni na dva tábory, kdy první zcela zásadně odmítají, aby motivací ženě pro léčbu bylo dítě, přičemž ti druzí vnímají tento motiv jako nejpřirozenější a nejlogičtější důvod, proč se žena rozhoduje přestat užívat návykové látky a změnit svůj dosavadní život. Tato názorová neshoda panuje tedy i v léčbě. Preslová (2007) situaci hodnotí následovně: *„Není naším úkolem rozhodovat, jaký motiv je ten správný a jaký ne. Ale pokud se klientka rozhodne dítě si nechat, měla by vědět, že je třeba udělat zásadní změnu v jejím dosavadním životě a že my jí v tom budeme pomáhat.“* (Preslová, 2007, s. 391).

Významem motivace k léčbě u dvou odlišných skupin závislých žen se zabývala Maierová (2010). Cílem výzkumu bylo především zjistit, zda a jak se liší motivace k léčbě u žen, které jí podstupují dobrovolně a u žen, jež mají léčbu nařízenou soudně a na kolik v celém procesu hraje roli aspekt mateřství a společenská role ženy. Ukazuje se, že řada výzkumných studií prokázala, že samotný fakt dobrovolnosti či nucenosti léčby nemá vliv na její úspěšnost. Stejně tak neznamena, že dobrovolná léčba musí být vždy úspěšná. I když klient není v danou chvíli motivován, nedá se říci, že by léčba pro něj neměla smysl a že nebude úspěšná. (Kalina, 2003 in Maierová, 2010).

Autorka srovnávala skupinu deseti žen, které mají soudně nařízenou ochranou léčbu, s deseti ženami, které léčení podstupují dobrovolně. Ukázalo se, že u dobrovolně léčící se skupiny je motivační skóre na základě motivačních dotazníku vyšší (72.6) oproti skupině s nařízenou léčbou (57.5). Z polostrukturovaných rozhovorů, které také byly součástí výzkumu, vyplynulo, že ženy v nařízené léčbě, které neměly žádné prvotní důvody jí absolvovat, si postupem času našly tyto motivační faktory: Vysoký věk, obnovení vztahů s rodinou a s dětmi, partnerství a celkový životní neúspěch. U žen s opakovaným výkonem

trestu jsou motivací i právní záležitosti a celková potřeba změny. U dobrovolně léčících je na prvním místě psychické zdraví, tělesné zdraví, vztahy, práce a životní úroveň. Jedním z cílů studie bylo i porovnání získaných výsledků s odborníky, kteří s touto klientelou pracují. Zmiňují tyto motivační faktory: rodina, děti, klientka „sama sobě“ a zdravotní stav. U žen matek je důvodem k abstinenci často i mateřství, ale tato motivace většinou nestačí a během léčby si přijdou na další vnitřní důvody, proč žít bez návykových látek. Rodinu a její hodnotu vnímají velmi významně. Všechny uživatelky vnímají roli ženy jako velmi významnou především kvůli těhotenství a mateřství (Maierová, 2010).

Tématikou dítěte jako motivačního faktoru se zabývala i Šulcová (2013), která u 10 žen - matek v doléčovacím programu zjišťovala, zda je jejich dítě motivací k abstinenci, jaký vliv mělo otěhotnění během užívání drog a co jsou hlavní motivační faktory pro léčbu těchto klientek. Z polostrukturovaných rozhovorů mimo jiné vyplynulo, že nejčastější motivy¹² byly pasivní, konkrétně v devíti případech, partner a zdravotní komplikace a v sedmi případech hrozba odebrání dítěte z péče či již odebrané dítě a jeho opětovné navrácení matce, v pěti případech zaměstnání a ve třech rozhodnutí pro abstinenci přišlo s těhotenstvím. Dále se objevovaly motivy s menšími výskyty, např. špatný zdravotní stav, který neumožňoval adekvátní péči o dítě, nebo úmrtí a jiné.

Některé respondentky zmiňují, že jediné, co je může dostat z drogové závislosti, je těhotenství. Zprvu léčbu vnímaly především kvůli dítěti, aby mohly trávit čas spolu, ale postupně většina žen pochopí, že to dělá především kvůli sobě. Díky dítěti a těhotenství zůstaly v léčbě i ženy, které zprvu o léčbu vůbec nestály. Skutečnost, že se mohly léčit společně s dítětem, jim dodávala sílu a odvahu vydržet (Šulcová, 2013).

Hrozba odebrání dítěte z péče nebo naopak naděje na jeho získání zpět, se ukázaly jako silné motivační podněty ve studii, ve které se Hanzal (2009) zabýval motivačními faktory žen (n=29) při vstupu do léčby a případnými komplikacemi spojenými s abstinencí při odchodu z terapeutické komunity Karlov¹³. Dalším stimulem byl tlak rodiny a hrozba nástupu výkonu trestu. Jedná se tedy především o pasivní motivaci k léčbě. Nadpoloviční většina matek odpověděla, že narození potomka bylo tím momentem, kdy se rozhodly pro léčbu. Avšak je pořád poměrně početná skupina žen, které přestaly drogy užívat jen dočasně (40%) nebo v malém množství (9%) přešly na substituci (Hanzal, 2009).

¹² Respondentky mohly zvolit více možností.

¹³ Dále jen TKK.

4.5 Partneři

Partneři závislých žen a matek jsou velkým a jedním ze zásadních témat během léčby. Jsou to právě partneři, kteří bývají z dvojice starší, než ženy a kteří jí jako první nabídnou drogu. Ženy často začnou návykové látky užívat, aby se přiblížily svému partnerovi a mohli společně sdílet zážitky (Preslová, 2003). Na všech úrovních práce se závislými ženami se setkáváme s jejich velkou psychickou či existencionální závislostí na partnerovi. Mnohdy je právě partner ženin jediný blízký člověk. Je také běžné, že ženy s někým žijí v podstatě zprvu jen ze zjištěných důvodů, kdy jsou rády, že mají kde být a že se jich někdo ujal, ale postupem času nejsou schopny ze vztahu odejít. Ze začátku jsou to ženy v pravém slova smyslu, upravené, s ženským chováním a vystupováním, postupem času se jejich původní emancipace zcela vytratí a ženy se dostanou snadno do pozice, kdy muži nad nimi mají moc a ovládají je. Je to především tím, že partneři jsou většinou pro ženu primární zdrojem drogy, ať fungují jako dealeři, „vařiči“¹⁴ či jsou schopny drogu za sexuální protislužbu sehnat. Dalším typickým rysem bývá vysoká schopnost mužů manipulovat se ženami. Často k tomu dochází v momentě, kdy se žena rozhodne, například kvůli dítěti, léčit. Její partner však rodičovskou motivaci nesdílí a je schopen všemožnými technikami ženu přinutit, aby se raději vzdala dítěte a vrátila se k životu na drogách. Může to být i tím, že v posledních letech je patrný nárůst otců, již jsou sami uživatelé, což v minulosti tolik nebývalo. Strategie zmanipulování dívky a ženy je úspěšná především v těch případech, kdy dívka sama zažívala různé formy zneužívání a manipulace dominantním mužem v rodině nebo blízkém okolí. (Preslová, 2009).

Všechny matky v nějakou dobu dospějí do bodu, kdy si uvědomí, že situaci s partnerem je nutné řešit. Nemusí se jednat jen o partnera současného, ale i bývalého, který je často otcem jednoho z dětí. Mnohdy je to pro ženu velké a nevyřešené téma. Tématika partnerů, jejich pozitivních či negativních vlivů na léčbu, je v TKK věnováno poměrně hodně pozornosti, jak pro objektivní důležitost tématu, tak i proto, že ho ženy samy vnášejí na různé skupiny. Partneři většinou spolu fungují „na psí knížku“ a ústředním motivem jejich vztahu jsou drogy. Ne nezřídka jsou partneři po dobu léčby matky s dítětem ve výkonu trestu odnětí svobody, nebo jim hrozí. (Hanzal, 2009)

Hanzal, ve své studii (2007) uvádí, že pro 90% matek se partner jeví jako riziko pro její abstinenci a tedy zákonitě i jako riziko pro dítě. Jako hlavní úkol terapie spatřuje autor v zodpovědění otázek, proč ženy nejsou schopny odejít od svých rizikových partnerů, proč

¹⁴ Výrobci drog, nejčastěji se užívá pro výrobu pervitinu

nejdou schopny určit bezpečná pravidla pro jejich případné další soužití. Existuje více motivů, proč matka není schopna nebo ochotna opustit svého partnera, i přes objektivní i subjektivní rizikovost a celkovou neperspektivnost vztahu (Hanzal, 2007).

Prvním důvodem je logicky dítě, které s ním žena počala. Matky stále doufají, že se partner „lepší“ a po narození dítěte začne žít spořádaný život. Paradoxně se však ukazuje, že narození potomka je mnohem větší zátěží, především ve smyslu ekonomickém, ve smyslu nároků na péči, a celkovou změnou životního stylu. Je jasné, že životní styl aktivního uživatele drog se neslučuje se životním stylem a rolí rodiče.

Druhým důvodem může být značný tlak ze strany partnera, především jeho obavy ze ztráty kontroly nad ženou. Čím se žena snaží být aktivnější a samostatnější, tím víc se aktivizuje i její partner ve snaze získat jí zpět. Může to pramenit z dominantního postavení muže, nebo z možného ohrožení jeho zázemí, které žena svým způsobem tvořila. Hlavní strategií je snaha vyvolat u ženy pocity viny a odpovědnost za jeho chování.

Pravděpodobně největší jádro problému neschopnosti ukončit vztah tkví v primární rodině ženy. Žena vnímá zkušenosti z primární rodiny jako vzor, kdy jakákoliv abnormalita (např. násilí v rodině) je vnímána dítětem jako prostor pro případnou toleranci, objevuje li se něco podobného v jeho pozdějších partnerských vztazích. Hodně zde hraje roli to, jak rodiče o situaci ve vztahu s dětmi mluví a jak jeden rodič prezentuje druhého v očích dítěte. S rodinným prostředím souvisí i nerealizovaná potřeba přijetí v raném dětství. Pokud se dceři nedostávalo v rodině vlídného přijetí, je logické, že si tuto přirozenou potřebu kompenzuje někde jinde, tedy v partnerském svazku. Její potřeba připoutání je natolik silná, že raději podstupuje rizika spojená se setrváním ve vztahu, než aby byla sama. Tento princip se objevuje i u žen, kde se nevyskytuje žádný problém s návykovými látkami. Dalším vlivem může být neukončená nebo nerealizovaná separace dcery od matky. Není to však tak, že za všechny problémy v rodině vždy může jen matka. Na vině může být i komplikovaný vztah s otcem. Ženy často posuzují chování svého partnera ve srovnání se svým otcem. Nevhodné formy chování ze strany otce k dceři mohou mít vliv na její negativní sebehodnocení coby matky. Ze strany otce se jedná o zavrhuující chování, kam spadá i zneužívání nebo naprosté nedocenení, nepřítomnost otce v rodině případně otec, který sice je v rodinném systému přítomný, nijak se však do chodu rodiny neangažuje a svou otcovskou roli v podstatě vůbec neplní.

Mezi dalšími možnostmi, proč ženy setrvávají v konfliktních a nevyhovujících vztazích, může být i určitá forma návyku na vztah jako na určitou jistotu. Mnohdy nejen z ekonomického hlediska, ale i ze strachu, co by bylo, kdyby byly samy. Jako jeden

z posledních možných důvodů se dá považovat vlastní bránění se léčbě, což je patrné především u žen, které nevnímají svou drogovou kariéru ukončenou a věří, že péče o dítě se dá skloubit s kontrolovaným užíváním. Toto jsou pravděpodobně hlavní a nejčastější motivy, ale jistě existují i další důvody, proč tomu tak je (Hanzal, 2007).

4.6 Rodičovství a drogový problém

Je známo, že děti vyrůstající v rodinách, kde jeden nebo oba rodiče užívají drogy, jsou více ohroženy špatným zacházením, zneužíváním a týráním, než je tomu u zbytku populace. Problémové užívání drog bývá často spojeno se značnou nepředvídatelností, která pramení z chronicity onemocnění a z nezákonnosti celého jednání. Tato nepředvídatelnost má na děti logicky negativní dopady. Tato situace může trvat mnoho let, během nichž se životy dětí stanou také nepředvídatelné a chaotické. Stabilita rodinného systému je mizivá a snižuje jí i zvyšující se drogová závislost.

Drogová závislost u rodičů nemá přímou spojitost jen s fyzickým násilím a zanedbáváním péče, ale také přímo ovlivňuje vytváření emocionálních vztahů mezi dítětem a rodičem. U dětí, u kterých se rozvine NAS, a musejí být v prvních dnech života odděleny od matky, je větší pravděpodobnost, že navazování pevných svazků s matkou bude výrazně obtížnější. Nejen proto, že spolu nemohou trávit veškerý čas, ale i proto, že projevy dětí zasažených tímto syndromem působí spíše proti vazebně: např. pláč a křik, když je matka bere do rukou.

Děti, které vyrůstají v rodině s drogovým problémem, jsou vystaveny nepříznivým psychosociálním vlivům, které mohou způsobovat jejich větší zranitelnost. Tyto děti jsou i více depresivní a úzkostné a také se u nich častěji objevuje sociální izolovanost od vrstevníků. Největší riziko je u dětí, kde rodiče krom užívání psychoaktivních látek mají i psychiatrickou diagnózu. Nabízí se otázka, zda děti, které vyrůstají v drogovém prostředí, budou později následovat své rodiče v jejich rizikovém chování... (Barnardová, 2011)

Drogová závislost s sebou přináší i značné komplikace ve finanční oblasti. Shánění prostředků na drogu všemi způsoby, včetně nelegální činnosti, je většinou pro závislou osobu hlavní náplní dne, z čehož logicky vyplývá, že dítě se svými náročnými potřebami do tohoto modelu nemůže příliš zapadat. Mnohdy rodiče vyvíjejí úsilí, aby uchránili své děti světu drog, ale kompulzivita, která se s návykovým chováním neodmyslitelně pojí, jim v tom brání. Možná je vhodné se ptát, ne zda mají závislé matky své děti rády nebo ne, ale zda jsou schopny realizovat potřeby svých dětí, pečovat o ně a vytvářet jim bezpečný domov i přes svoje zaujetí drogou. Ilustrují to následující výroky: „*Když berete heroin, tak on je*

vaším pánem, víte... Neznám nikoho, kdo by toho zatím byl schopen; brát tuhle drogu a zároveň se starat o rodinu a tak... v konečném důsledku to prostě není možné, aspoň já nevím o tom, že by to fungovalo. Za ty roky jsem to viděl mockrát a podle mě se to nikomu ještě nepovedlo.“ (rodič Frank, in Barnardová, 2011, s74) nebo následující: „Stojím s desetilibrovkou v ruce a říkám si: ‚Co udělám? Dám to děckám jako kapesné nebo půjdu a koupím tohle? Nebo půjdu a koupím si balíček heroinu?‘ A nakonec to skoro vždycky dopadne tak, že si koupím ten balíček.“ (rodič Mary, in Barnardová, 2011, s. 75).

Kompulzivita není zdaleka jediným problémem, se kterým se setkáváme v rodinách, kde hlavní slovo mají drogy. Neméně závažné je vystavování dětí trestné činnosti, jejich častá absence ve školách, nulový režim dne a v neposlední řadě minimální nebo nulový zájem o děti samotné. Pro detailnější popis výzkumů a osobních výpovědí odkazují na publikaci *„Drogová závislost a rodina“*, kde jsou popsány další aspekty užívání drog v rodinném kontextu (Barnardová, 2011).

Zcela specifickou skupinou závislých žen – matek, jsou ženy, které jsou ve výkonu trestu odnětí svobody. V této specifické situaci panují odlišné podmínky a ženy řeší ještě rozličnější témata, než která byla zmíněna. Tato problematika je poměrně hodně obsáhlá, složitá a je jakým si pomyslným posledním prvkem skládky *„drogové problémy matky uživatelky“*. Nicméně, vzhledem k zaměření práce a jejímu omezenému rozsahu se této problematice záměrně nevěnujeme.

5 Služby a péče

Služby a péče pro ženu, a závislou matku především, se dají zjednodušeně rozdělit do tří oblastí. Péče lékařská, sociální a adiktologická, přičemž poslední dvě budou popsány společně, protože i v praxi jsou tyto služby úzce propojeny. Závislost na návykových látkách je sama o sobě hodně komplexní situace, která vyžaduje vysokou míru spolupráce mezi všemi službami vzájemně; v momentě, kdy se ženě narodí dítě, je odborná spolupráce již zcela nezbytná.

Na služby se dá pohlížet z dvojího úhlu pohledu. Jednak z pohledu dostupnosti a z pohledu řešení specifické genderové tematiky. Jedním z významných důvodů, proč se ženy bojí vystoupit z anonymity a vyhledat pomoc, je sociální stigma, které se s tématem nutně pojí. Ukazuje se, že služby pro ženy by neměly být časově náročné, nebo budou respektovat ženinu potřebu starat se o děti. Dalším poznatkem je skutečnost, že by služby měly být zacíleny na jejich specifické problémy, plynoucí z jejich společenské a biologické role (Vobořil, 2003).

V naší populaci je od devadesátých let zaznamenán nárůst těhotných uživatelék a uživatelék matek. Preslová (2003) popisuje tři nejčastější způsoby, jak se tato klientka dostane do odborné péče.

- 1) Otěhotní žena, která je již zaregistrovaná v kontaktním centru, což zjednodušuje následnou práci s ní. Tato situace se jeví jako nevhodnější, protože klientka již má vytvořenou důvěru k tamním pracovníkům a je tedy snazší jí motivovat jak k prenatalní péči a ke snížení různorodých rizik. Také jí může být snáze poskytnuta podpora během těhotenství a po porodu. Situace vzájemné důvěry usnadňuje i řešení sociálních otázek kolem její osoby a osoby dítěte, a to někdy i v předstihu, než se potomek narodí. Poradenství se v této době zaměřuje na substituční léčbu, eventualitu potratů, případně adopce a dalších velmi křehkých témat.
- 2) Žena, která delší dobu užívá návykové látky, porodí dítě, u kterého je detekován NAS¹⁵. Přímo z porodnice dochází ke kontaktování příslušného odboru, odkud sociální pracovnice informuje adekvátní zařízení věnující se drogové problematice. U této varianty záchytu závislé matky se stále častěji objevuje téma drogové závislosti prvně až během porodu. Dítě v těchto případech bývá na

¹⁵ Neonatal Abstinence Syndrome – Novorozenecký abstinenci syndrom- soubor příznaků projevujících se po narození pokud během těhotenství užívala matka návykové látky. Více viz kapitola: Zdravotní dopady na plod

základě předběžného opatření soudu umístěno do kojeneckého ústavu. Doba, po kterou dítě v kojeneckém ústavu zůstane, hodně záleží na matčině motivaci pro mateřství a ochota podstoupit léčení. Právě v těchto situacích je zcela nezbytná zmíněná spolupráce všech zúčastněných institucí a organizací.

Je důležité si uvědomit, že ta matka, která je po porodu hospitalizovaná se svým novorozeným dítětem, je motivovanější k léčbě a jeví větší zájem o své dítě, než žena, která musela být v této době bez svého dítěte. V čase po porodu je nutné rychlé vyhodnocení situace včetně motivace matky a vyhlídek na úspěšnou léčbu, protože vzájemná vztahová vazba, která v těchto dnech mezi matkou a dítětem vzniká, se zpětně vytváří jen velmi obtížně. Je také důležité si uvědomit, že pro závislou ženu je situace kolem porodu a následné budování vztahu s novorozencem mnohdy značně zkomplikovaná díky negativní zkušenosti z její primární rodiny, kdy neměla možnost zažít kvalitní emoční vztah. Situaci nezlehčuje ani fakt, že u závislých žen se často kojení vnímá jako nežádoucí a kojence ohrožující, a proto bývá cíleně pozastaveno a novorozenec je živen náhradní stravou.

- 3) Tento způsob zachycení rizikových matek, kdy žena dlouhodobě užívá drogy a současně má v péči dítě nebo děti, se jeví jako nejméně nadějný. Na tuto situaci nejčastěji upozorňuje někdo z jejího okolí, například pedagogové, sousedé nebo i rodinní příslušníci. Vzhledem k dlouhodobému užívání bez jakékoliv léčby či kontaktu s odbornými institucemi se stává, že děti jsou zanedbávány a je ohrožen jejich zdravý vývoj. V takových případech zasahují zvenčí příslušné orgány. Tyto zásahy bývají rodinou vnímány často velmi úkorně (Preslová, 2003).

Při práci s touto specifickou skupinou je třeba si uvědomit, že hledáme řešení rovnou pro dvě osoby zároveň. Automaticky se tedy nabízí otázka priorit a toho, kdo je naším klientem a jaký cíl tedy sledujeme. Definování si klienta a hranic pomoci nám může pomoci v přejetí otázek typu: Chceme zajistit terapii dítěti vhodnou matku, nebo zbavit ženu zavislosti či jí skrze dítě motivovat k léčbě? (Preslová, 2003).

5.1 Zdravotní péče

Zdravotní péče je zaměřena dvěma směry. První z nich je prenatální péče jako celek, kde se jednak uplatňují běžné postupy, jako u péče o nezávislou matku, tak také dochází k některým specifickým úkonům, které plynou z rizika drogové závislosti. Druhá oblast se týká léčby samotné závislosti, případně problému s ní spojených.

V průběhu první návštěvy je důležité určit, zda je jedná o ženu, která s návykovými látkami experimentuje, nebo o plně drogově závislou klientku. Míra závislosti se někdy pozná i podle doby, kdy se žena k lékaři prvně dostaví. Čím závislejší je, tím přichází k první návštěvě později. Jelikož se stává, že u závislých žen je první návštěva bývá mnohdy jediná až do porodu, je tedy nutné během ní získat anamnézu, včetně anamnézy drogové kariéry, provést příčinná laboratorní vyšetření především kvůli případnému riziku výskytu infekčních nemocí. Automaticky je prováděno ultrazvukové vyšetření plodu. U závislých žen je mnohem více než u běžné populace kladen důraz na edukaci v oblasti těhotenství, a to především proto, aby pro nedostatek adekvátních informací žena nezvyšovala rizikovitost situace. K těmto rizikům patří například aplikace látek ze skupiny stimulancií ve snaze o nižší porodní váhu dítěte a tedy teoreticky i k méně náročnému porodu. Práce s touto ženou však zaujímá širší rámec, jelikož nezřídka se řeší i problémy plynoucí ze špatné sociální situace. Žena nebývá násilně nucena k abstinenci, ale bývá jí doporučováno, ve spolupráci s odborníky na drogy, aby postupně snižovala dávku drogy, potažmo zahájila substituční léčbu.

U porodu je důležité zvýšené monitorování matky i plodu kvůli možným komplikacím spojených například s přísunem kyslíku, nebo rozvoj dříve zmíněného novorozeneckého abstinčního syndromu (Vavřínková, Binder, 2006).

5.1.1 Léčba závislosti v těhotenství

Tradiční způsob léčby drogové závislosti byl koncipován jako plná abstinence, kdy se farmakologicky zasahovalo pouze pro zmírnění abstinčních příznaků. Novodobá léčba nahrazuje opioidní drogu, která často není čistá a má různou úroveň síly, farmakologicky definovaným opioidem, který je pacientům podáván pod lékařským dohledem. Substituční léčba je udržovací a časově neomezená, která pomáhá odložit trvalou abstinenci do bodu, kdy bude klientka schopna podstoupit abstinčně orientovanou léčbu. Tento způsob léčby potlačuje abstinční příznaky a napomáhá ke zlepšení kvality života jedince. Tato léčba může být prováděna jen ve specializovaných zařízeních, která mají příčinná osvědčení a registraci (Vavřínková, Binder 2008).

Metadon

Tento syntetický opiát se v USA terapeuticky podává od roku 1962, u nás se začal léčebně používat v červenci 1997. Při užívání metadonu nedochází ke zvyšování tolerance a je možné jej podávat i po dobu několika let, aniž by musela být výrazně měněna dávka. Jeho poločas rozpadu je 30 hodin, blokuje abstinční příznaky a touhu po droze, současně

nevyvolává euforii. Při dlouhodobém užívání však také vyvolává návyk. Podává se v relativně vysokých dávkách, 60-150 mg, je to z toho důvodu, že při nižších se uživatelé vraceli zpět k původní droze. Užívá se u jedinců, kteří jsou převážně závislí na opiátových látkách a u kterých selhaly pokusy o léčbu vedoucí k abstinenci. U dlouhodobě stabilizovaných osob dochází k jejich opětovnému zařazení do nejen pracovního života.

Těhotné uživatelky jsou v substituční léčbě, pokud splní určité podmínky, upřednostněny. Náhlá abstinence během těhotenství je téměř stejně riziková, jako pokračování v užívání látky, nejčastěji heroinu. Užívání metadonu v těhotenství má krom samotné podstaty, proč se užívá, i jeden velký pozitivní dopad na život matky a nenarozeného dítěte. Látka se musí podávat denně, klientka je tedy po dobu užívání pod neustálým lékařským dohledem a je tedy možné sledovat průběh těhotenství i s možnými problémy. Metadon však působí i na plod, který po jeho podání snižuje svou pohybovou a dýchací aktivitu. Pokud se má substituční léčba ukončit, je nejlépe to provést v druhém trimestru. Substituční terapie však nezabraňuje rozvinutí NAS u novorozence. Čím vyšší dávky matka užívala, tím výraznější jsou příznaky na novorozenci. Otázka kojení není jasně zodpověditelná. Existují zcela odmítavé postoje, stejně jako úvahy o přesném dávkování mateřského mléka (Vavřínková, Binder 2008).

Během praxe s metadonovou substitucí v pražském Apolináři se ukázaly signifikantní rozdíly mezi muži a ženami, kteří tuto léčbu využívají. Ženy jsou v substitučních programech povětšinou úspěšnější než muži a komplex pravidel léčby je pro ně více akceptovatelný než pro muže. Subjektivní vnímání pravidel jako méně přísných je pravděpodobně jeden z aspektů, který napomáhá v setrvání v léčbě a tím pádem ženy tvoří vyšší procento klientů, kteří v léčbě vydrží od nástupu určitý počet měsíců (3,6,12). Jedním z pravidel, které je nutné při této léčbě dodržovat, je neužívání současně jiných návykových látek. Výskyt virové hepatitidy C je také hodně rozdílný mezi pohlavími. U žen se toto onemocnění vyskytuje výrazně častěji. Jedním z možných vysvětlení je praktikování prostituce a to především v rámci drogové komunity. Za deset let existence metadonové substituce¹⁶ se v léčbě objevilo 21 těhotných žen, přičemž 20 neplánovaně. 8 z nich se rozhodlo pro podstoupení interrupce, u tří došlo ke spontánnímu potratu, zbytek žen dítě porodilo. U všech těchto dětí se vyskytl NAS. V té době nebylo ani jedné matce umožněno kojení. Těhotné a kojící matky patří k nejlépe spolupracující skupině klientů, navzdory největší stigmatizaci společností. Tyto matky následně velmi těžko prožívají odvykací stavy

¹⁶ Článek je z roku 2007 a popisuje situaci u substitučního programu v letech 1997 – 2007.

svých novorozeneých dětí, které nyní trpí kvůli jejich chování. Což se může stát důvodem pro impulsivní ukončení substituční léčby. V následujících obdobích se stává, že ženy se snaží kompenzovat svůj negativní obraz ve společnosti a snaží se působit jako dobré matky, což mnohdy vede k nadměrné, až přehnané péči a ke snaze uspokojit veškeré potřeby a přání dítěte. Situaci dále komplikují partneři žen, kteří jen málo akceptují povinnosti plynoucí z otcovské role. Celkově se dá říct, že přestože je zájem o substituci mezi muži a ženami téměř stejný, ženy se v substituci udrží déle a častěji u nich dochází díky postupnému snižování dávky k úplné abstinenci (Bečka, 2007).

Buprenorfin (Subutex ®)

Buprenorfin je druhý přípravek, který se užívá v rámci substituční léčby. Je to přípravek s protibolestivým účinkem, který navozuje mírnou euforii. Účinek nastupuje pomaleji než účinek heroínu, a při nitrožilní aplikaci vydrží působit až 24 hodin, mnohdy i déle. Pro léčbu tímto preparátem jsou, na rozdíl od metadonu, vhodné i uživatelé, kteří trpí závislostí opiátového typu v kombinaci se zneužíváním jiných látek, jako je kokain nebo pervitin. Tato látka nepůsobí teratogenně na plod, ani nezpůsobuje mutaci genů. Do mateřského mléka se dostává jen v nízkých koncentracích, které nevedou k jeho odmítání. V ČR není hrazen ze zdravotního pojištění. (Vavřínková, Binder, 2008).

5.1.2 Rizika užívání drog pro plod

Skupiny těhotných uživatelek drog se v mnohých socioekonomických ukazatelích liší od běžné populace těhotných žen. Ze studií vyplývá, že se jedná převážně o ženy s nižším socioekonomickým statusem a nižším vzděláním. Velmi typickým znakem této kohorty je vysoká míra nezaměstnanosti, které se v souvislosti s užíváním různým drog pohybuje mezi 75 % u uživatelek pervitinu, a až ke 100% u heroínu. Závislost je často doprovázena ztrátou zaměstnání, což je vnímáno jako jeden z varovných signálů, že s dotyčnou osobou není vše v pořádku. Dalším typickým znakem je vysoké množství svobodných matek, až 90%.

Během prenatálního vývoje plodu je jeho primární prostředí, zprostředkovaně přes organismus matky, ovlivněno všemi vlivy z vnějšího okolí. Pokud je toto prostředí nějakým způsobem pozměněno, může docházet k negativnímu ovlivňování plodu. K poškození plodu může dojít chemickou cestou, kdy matka užívá léky, kouří, pije alkohol nebo užívá drogy. Stejně tak negativně působí i fyzické vlivy, jako například různá záření nebo úrazy. Veškeré faktory, které mohou vývoj plodu negativně narušit, nazýváme teratogenní. Závisí na délce a intenzitě působení podnětu i na době, kdy k jeho působení dochází. Nejrizikovějším obdobím je v tomto směru první trimestr. Důsledky působení teratogenu jsou odvislé i od

individuální citlivosti matčina těla na tyto faktory, stejně, jako každé embryo má svou vlastní individuální vnímavost k případně škodlivým vlivům (Vágnerová, 2008).

V těhotenství dochází k množství změn, které mají zásadní vliv na citlivost vůči drogám i na jejich metabolismus. Metabolismus kokainu a alkoholu může v určitých případech poškodit jaterní buňky. Velkým rizikem je samozřejmě i nitrožilní aplikace látek, kdy dochází často k přenosu infekčních nemocí, případně vzniku různých druhů abscesů, krevní řečiště je celkově hodně poškozené. U těhotných žen, v důsledku vyšší plicní ventilace a vyšší spotřeby kyslíku, může dojít při farmakologickém útlumu vyvolaném např. opiáty nebo alkoholem, k respiračnímu nebo srdečnímu selhání. Těhotenství je náročné i pro zvýšené nutriční nároky, přičemž drogová závislost je většinou doprovázena i velmi špatnými stravovacími návyky. Častěji se objevují infekce močových cest či pneumonie (zápal plic). Drogy ovlivňují i výměnu živin přes placentu. Užívání heroinu či kokainu může zapříčinit náhlé úmrtí plodu (Binder, Vavřínková 2006).

Abstinenční syndrom novorozence (NAS – neonatal abstinence syndrom) je označení pro soubor znaků typických pro fyzickou závislost novorozence. Tato diagnóza zahrnuje specifické reagování a fungování vegetativního nervového systému, které se může projevit problémy v centrální nervové soustavě (CNS), v gastrointestinálním traktu (GIT) a v respiračním traktu (RT). Na úrovni CNS se může jednat například o krátké trvání spánku po nakrmení, vysoký pláč, zvýšený svalový tonus, třes. V oblasti respiračních a metabolických poruch se může jednat například o pocení, mramorovou kůži, kýchání, časté zívání... Nesprávné fungování GITu se může projevit jako problémy se stolicí (průjem), špatná výživa či přehnané sání. NAS vzniká především po vystavování plodu drogám s tlumivým účinkem. Vysoké hladiny látky v krvi novorozence jsou zjistitelné několik hodin i dní od porodu, ale k úplnému očištění dětského organismu dochází až po dlouhé době, kdy je již matka s potomkem zpět z porodnice. Příznaky tohoto syndromu se manifestují nejčastěji v rozmezí 24 - 48 hodin od porodu. U užívání je doba expozice prodloužena až na 2 - 4 týdny. U 60 - 90% novorozenců se tento syndrom objevuje. Novorozenci, u kterých je známo, že jejich matka užívala návykové látky, musejí být zvýšeně sledováni pro případné komplikace z nastupujícího abstenenčního syndromu. Jeho léčba je především podpurná a farmakologická. Ideální je zabránit hluku a přehnanému osvětlení, stejně jako snížit manipulaci s kojencem na minimum a vytvořit tepelně neutrální prostředí. (Vavřínková, Binder, 2007)

Působení každé kategorie drog na organismus matky a plodu je trochu odlišný a péče se může lišit v dílčích postupech, ale základní problematika dopadu užívání drog

v těhotenství byla nastíněna. Nezávisle na skupině látek je při péči o (budoucí) matku a dítě nutná interdisciplinární spolupráce mnoha odborníků.

5.2 Adiktologicko – sociální služby

V České republice funguje poměrně ucelený systém péče pro osoby závislé na návykových látkách. Tento systém se skládá z jednotlivých složek, které jsou uzpůsobeny aktuální fázi léčby, ve které se klient nachází. Systém péče může být považován za efektivní, pokud splňuje kvalitativní a kvantitativní kritéria. Ke kvalitativním se řadí komplexnost, provázanost a efektivita služeb, kvantitativní složku tvoří (Richterová-Těmínová, 2008).

U následujícího výčtu dostupných služeb nepovažuji za nutné popisovat všeobecný charakter služby, zaměřím se zde vždy jen na tu část služby, které se bezprostředně dotýká tématu práce.

- **Terénní program:** Je první článkem celého systému, který se řadí k nízkoprahovým službám a ctí dva hlavní principy: ochrana zdraví veřejnosti (public health) a snižování zdravotních a sociálních rizik (harm reduction). Pracuje se zde s klienty bez ohledu na to, ve které fázi závislosti se nacházejí, bez ohledu na jejich motivovanost k abstinenci. Do této skupiny mnohdy patří i závislé matky s dětmi, které ze strachu, že by jim mohlo být dítě odebráno z péče, považují kontakt s pomáhajícími institucemi za značně rizikový. (Richterová-Těmínová, 2008).
- **Nízkoprahová kontaktní centra:** Tato zařízení přímo navazují na předchozí službu. V České republice není specializované kontaktní centrum pro závislé matky. Pravděpodobně to vyplývá ze samotné nízkoprahovosti zařízení. Se závislými matkami tedy nepracují, pouze je odkazují na specializovaná místa.
- **Denní stacionáře:** Je zařízení na pomezí ambulantní a pobytové služby, které je psychoterapeuticky orientované a je určeno především klientům motivovaným k ústavní léčbě. V Denní stacionáři o. s. SANANIM jsou jednou z primárních cílových skupin těhotné závislé ženy a matky, které jsou motivovány k celkovému řešení situace své a svého dítěte/dětí a které mají zájem o léčbu v Terapeutické komunitě Karlov (viz dále). Podmínkou pro spolupráci je kromě základní motivovanosti i somatický a psychický stav, který nevyžaduje hospitalizaci, určitou sociální stabilitu (bydliště, základní opora v nedrogovém prostředí). Kromě standardních služeb poskytuje i specializované služby jako je zprostředkování kompletní péče pro těhotnou ženu, matku i dítě, bezplatné testování těhotenství, vztahové poradenství a řešení intimních ženských témat, sociálně – právní servis

(jednání s úřady, OSPOD¹⁷, snaha o získání dítěte zpět do péče, aj.), podpora rodičovství, péče o dítě a rozvoj rodičovských kompetencí, finanční poradenství a základní materiální pomoc. K těmto speciálním službám mohou klienti 1 - 2x týdně navštěvovat individuální terapii, tříměsíční intenzivní stacionární pobyt, 2x týdně motivační skupinu a párové a rodinné terapie a sezení. Denní stacionář koordinuje, zprostředkovává nástup do TKK a vede také pořadník žadatelek o tuto rezidenční léčbu (SANANIM, 4. října 2014)

Centrum pro rodinu¹⁸ – je služba provozovaná organizací Drop in. Do nedávna se jednalo o zařízení na pomezí kontaktního centra a stacionáře, které zajišťovalo služby adiktologické a sociální pro závislé ženy, především těhotné a matky. K 1. 6. 2014 se rozdělilo na dvě samostatné služby. Na adiktologickou ambulanci a na složku sociální, kde probíhá Odborné sociální poradenství a Integrační program, v jehož rámci funguje projekt *Slunečnicová zahrada*. Odborné psychosociální poradenství je poskytováno se zaměřením na specifickou situaci ženy a jejího dítěte či dětí. Často se zde pracuje s klientkami, jejichž děti jsou aktuálně v ústavní péči, a ony je chtějí získat zpět. Pracuje se zde i s přípravou klientky na pobyt v TK Karlov.

Slunečnicová zahrada (dále jen SZ) – je zaměřena na prevenci specifických vývojových poruch u dětí ze znevýhodněného prostředí. Program vychází z aktuálních potřeb komplexního systému péče o děti, které byly během nitroděložního vývoje vystaveny působení různorodých chemických látek, jako jsou drogy, léky, alkohol. V rámci pedagogického pracoviště ve SZ probíhá kompletní screening dětí od tří let. Vede ke stanovení adekvátního plánu práce s dítětem, potažmo s rodičem, který odpovídá jeho současnému stupni vývoje, tak aby se pomohlo snížit či eliminovat jeho případná znevýhodnění. Jedná se o spolupráci speciálního pedagoga, psychologa, lékaře a sociálního pracovníka. Mimo screeningových šetření v SZ funguje samostatná práce s předškolními dětmi, žáky a rodiči. Cílem celého projektu je zvýšit rodičovské kompetence, jejich motivaci k zařazování dětí do předškolních zařízení a později do školy a zajistit dětem co nejvhodnější prostředí a podmínky (Sedláčková, 2009 ; Slunečnicová Zahrada, 1. srpen 2014).

¹⁷ Odbor sociálně právní ochrany dětí

¹⁸ Dále jen CPR

- **Střednědobá ústavní léčba:** Je pobytová léčba ve zdravotnickém zařízení, nejčastěji v psychiatrických nemocnicích. Doba pobytu bývá v rozpětí 3 - 6 měsíců. Hlavním cílem je změna životního stylu. Tato zařízení neumožňují pobyt matky s dítětem. Děti v této době bývají u prarodičů nebo v ústavních zařízeních (Richterová - Těmínová, 2008).
- **Terapeutické komunity:** V širším slova smyslu může být terapeutická komunita vnímána jako určitá forma řízení instituce, organizace léčebného oddělení. V užším pojetí se jedná o specifickou formu psychoterapie, založenou na blízkých a intenzivních vztazích klientů, kteří spolu určitou dobu žijí v chráněném prostředí (Kratochvíl, 1979). Současné terapeutické komunity mají několik společných rysů, mezi které patří například bezdrogové prostředí, relativně vysoký stupeň organizační autonomie, vnímání drogové závislosti jako poruchy celé osoby a z toho tedy plyne pojetí léčby jako léčby celé osobnosti, role a pozice a funkce klientů určených podle pokrok, které v léčbě dělají. Důležité v komunitách je, že všichni musí dodržovat stejná pravidla, ale ne všichni mají stejná práva a povinnosti (Kalina, 2008b).

V jiných částech textu bylo již uvedeno, že mezi uživateli jsou značné rozdíly mezi pohlavími, což potvrzují u mnohé statistické údaje, a je tedy nutné volit odlišný způsob práce jak s muži, tak s ženami. Současné pojetí ženské závislosti upozorňuje na fakt, že determinanty užívání návykových látek u žen jsou mnohem méně hledány v osobnostních faktorech ženy a jsou více připisovány faktorům sociálním. Léčebné programy jsou u nás víc orientované na muže, protože stále jich je v léčbě převaha, ale i přesto terapeutické programy přinášejí ženám větší prospěch, než mužům. Ženy, které dokončily pobyt v komunitě, vykazují signifikantně až mnohonásobně větší zlepšení, než muži. Problémem ale je to, že ženy častěji léčbu nedokončí. Je tedy nutné vytvářet „genderově vstřícné“ programy, které budou komplexnější, budou pružně reagovat na soubor specifických problémů (viz. Kapitola 3), které si žena s sebou do léčby nese (Kalina, 2008a).

Takovým genderově vstřícným krokem může být společný pobyt matky a dítěte v komunitě. Jedním z pilotních projektů společné léčby závislé matky a dítěte proběhl v 90. letech v USA. Dvě terapeutické komunity, Odyssey House in New York City a Amity INC of Arizona, zkusily nově poskytnout léčbu závislým matkám na kokainu společně s jejich dětmi, protože se ukazuje, že absence dětí a minimální možnost jejich vídání je nejčastějším důvodem, proč ženy zanechají léčby. Studie se zúčastnilo 53 žen s diagnostikovanou závislostí na kokainu, náhodně byly rozděleny do komunit, přičemž 22 bylo v léčbě bez dětí

a 31 je mohlo mít u sebe. Výsledky ukazují, že setrvání matek v léčbě se výrazně zvýšilo u žen, které mohly pobývat v léčbě se svými dětmi, oproti ženám v kontrolní skupině v běžné terapeutické komunitě, kde své děti mohly vidat maximálně 3x do týdně. Posílení v udržení v léčbě bylo nejpatrnější v prvních čtyřech měsících. Pět žen dokonce zanechalo léčby, když byl příjezd dítěte značně opožděn z administrativních důvodů. Nejen, že se ukázalo, že ženy setrvaly v léčbě déle, ale i se značně zlepšila vzájemná vazba mezi nimi a jejich dětmi (Bromberg, Backman, Krow & Krankel, 2010)

Z nedávného výzkumu Šefránka (2013) se potvrzuje, že léčba v terapeutických komunitách je opravdu efektivní. Cílem tohoto výzkumu bylo zjistit, jak se rok po dokončení léčby v komunitě, změnilo užívání drog, kriminalita a kvalita života uživatele. Základem byla data získaná z polostrukturovaných rozhovorů s klienty terapeutických komunit. Studie porovnává především změny v problematickém chování u klientů 30 dní před začátkem léčby a 30 dní po jednom roce od jejího ukončení. Výzkumný soubor tvořilo 176 uživatelů ze čtyř českých terapeutických komunit, přičemž rok po ukončení byla data získána od 137 klientů, tedy 77,8%. Po roce se ukázalo, že se výrazně zvýšila abstinence od opiátových drog, metamfetaminu a benzodiazepinů, kdy před léčbou abstinovalo 13,8 % klientů a po léčbě 89,7% klientů. U konzumace alkoholu bylo zjištěno jen částečné zlepšení. Závěr tohoto výzkumu¹⁹ je, že klienti terapeutických komunit, navzdory různé úrovni drogových a sociálních problémů, dosahují velmi dobrých léčebných výsledků a léčba v komunitách signifikantně snižuje užívání návykových látek a kriminalitu (Šefránek, 2013).

Camplingová a Haigh popisují principy působení terapeutické komunity v rámci psychoanalytické orientace. Vycházejí přitom z konceptu, kdy je komunita vnímána jako prostředí sekundárního vývoje. Určili si pět základních fenoménů: Vazba, přimknutí (attachment), ohraničování (containment), komunikace, zapojení a jednání. (Campling, Haigh, 1999 In Kalina, 2008a)

Zmiňování autoři doporučují vnímat klienty terapeutických komunit jako jedince trpící selháním primárního připoutání. Raná zkušenost s chaotickými, nefungujícími vztahy bývá ovlivněna nedostatkem bazální důvěry a problémy s vyjádřením vnitřních stavů nebo schopností si umět říct o adekvátní pomoc. Ale i v situacích, kdy v dětství nedošlo k prožitku bezpečného vzorce připoutání, může být tento získán sekundárně. Stává se tak tehdy, kdy jedinec v pozdějším životě zažije jiný významný a především bezpečný vztah. Nemusí se jednat jen o vztah milostný, či přátelský, ale může to být také důsledek psychoterapie. To je

¹⁹ Výzkum je uveden ve značně zjednodušené podobě, spíše pro doplnění.

tedy hlavní přínos terapeutických komunit, které dávají prostor a možnost pro sekundární emoční vývoj jedince. Terapeutická komunita díky své bohaté síti vztahů, podpoře ostatních klientů, neustálou péčí a především díky výraznému pocitu vzájemné sounáležitosti umožňuje rozvoj terapeutického přílnutí, které jedinci může spustit reorganizaci jeho nefunkčního a nedostatečného vzorce připoutání a posílit víru v mezilidské vztahy. Z těchto důvodů se může stát, že pro některé klienty je ukončování pobytu velice náročné, někdy až zcela katastroficky vnímané a je tedy nutné jim věnovat zvýšenou pozornost v následné péči (Campling, Haigh , 1999 In Kalina, 2008a).

5.2.1 Terapeutická komunita Karlov

Tato terapeutická komunita, která vznikla v roce 1998, je nyní určena dvěma cílovým skupinám. Mladistvým uživatelům (tj. 16-25 let) a závislým matkám a jejich dětem a těhotným ženám. Dále je léčba určena ženám s nařízenou ústavní léčbou a těm, kterým bylo dítě odebráno soudně z péče. Léčbu matkám začala poskytovat až v roce 2001. Počet matek se postupně zvyšuje, stejně jako počet dětí, které léčbu s matkami podstoupí. V roce 2009 se jednalo o 19 matek a 22 dětí a v roce 2013 to bylo 26 matek a 28 dětí (SANANIM, 26. června, 2014)

Je to v současné situaci jediné pobytové zařízení u nás, kde se mohou léčit závislé matky společně se svými dětmi. Podmínky pro nástup k léčbě jsou absolvovaná detoxifikace, dobrovolnost, nepřítomnost akutního psychotického onemocnění či výrazně snížené IQ a zpráva od pediatra (SANANIM, Terapeutická komunita Karlov, 10 října 2014).

Hlavním cílem je integrace a plnohodnotné zapojení ženy - matky do běžného fungování každodenního života, kde hlavním prostředkem k dosažení má být abstinence. Specifické cíle jsou rozděleny na cíle týkající se matky a na cíle u skupiny dětí.

Ke specifickým cílům u skupiny matek se řadí:

- Vytvoření pevného vztahu mezi matkou a dítětem
- Sžití se s rolí matky, výchova k rodičovství a partnerství
- Osvojení si základů péče o dítě
- Nalezení a upevnění své role a pozice matky v primární rodině, případně ve fungujícím partnerském svazku
- Zvládnutí dovedností nutných pro vytvoření bezpečného a zdravého prostředí pro sebe a své děti po ukončení léčby.

Cíle, zaměřené na děti

- Hlavním cílem je snaha o zajištění adekvátní a vřelé péče ze strany matky po dobu jejího léčení
- Zajištění adekvátní výchovy a tedy i vývoje
- Zdravotní diagnostika a zajištění případného léčení
- Zajištění speciálních potřeb, vyžaduje li to jeho zdravotní stav

Komunita nabízí služby, které bývají dostupné i v jiných komunitách, tedy skupinovou psychoterapii, případně individuální, pracovní terapii, rodinné poradenství a terapii, zdravotní a psychiatrickou péči, sociální služby, výchovu – vzdělávání a volnočasové aktivity. Veškeré aktivity pro matky jsou během dne plánovány s důrazem na to, aby se mohly léčit a zároveň se věnovat svým dětem v co největší míře. Z toho plyne, že denní program je do značné míry přizpůsoben dennímu rytmu dítěte. Součástí léčby je i nácvik k upevnění rodičovských kompetencí. Společná skupina pro matky je místem, kde společně mohou řešit problémy spojené s mateřstvím a drogovou minulostí. Vše je zaměřeno na to, aby společný pobyt matky a dítěte byl pro všechny příjemný a přínosný, protože veškerý společně strávený čas přispívá k rozvoji a upevnění vztahové vazby. Ale jelikož není možné léčebné programy absolvovat společně, jsou v komunitě zaměstnány i dvě vychovatelky, které matky v těchto chvílích zastupují. Starší děti mohou navštěvovat blízko školku. Je podporován kontakt se širší rodinou, případně s otcem dětí formou návštěv, případně je možné, aby dítě na krátkou dobu opustilo komunitu za účelem kontaktu s otcem, nebo dalších příbuzných. Podmínkou je souhlas zákonného zástupce, tedy v některých případech OSPODu (SANANIM, Terapeutická komunita Karlov, 10 října 2014).

V rámci volného času je matkám nabídnuta možnost videotréninku pod vedením sociální pracovnice. Většinou se jedná o sérii pravidelných setkání v týdenních intervalech. Na začátku každého sezení je shlédnut záznam z minula a probírají se pokroky, které udělala, a také si stanovuje dílčí cíle pro následující nahrávání. Mezi ty nejčastější patří zlepšení komunikace, naučení se hrát si s dítětem, umět reagovat na jeho pláč a jiné projevy bez křiku a zbytečné agresivity. Tyto hodinové bloky pomáhají závislým matkám naučit se to, co je pro jiné ženy zcela přirozené (Voříšková, 2012).

- **Doléčovací centra:** Jedná se o poslední článek systému služeb, který plynule navazuje na předchozí léčbu v terapeutických komunitách. U nás jsou dvě doléčovací centra, která přijímají klientky po léčbě v TKK. Prvním je

Doléčovací centrum pro matky s dětmi²⁰ pod o. s. SANANIM, které je v Praze a druhým je zařízení Prevent v Českých Budějovicích. Obě zařízení nabízejí i chráněné bydlení.

- **DC MAT** – oblast doléčování je zaměřena na dvě oblasti. Na pomoc nalezení klientce nového místa ve společnosti a na oblast osobního rozvoje: sebeakceptaci, osobní svobodu a spokojenost.

5.2.2 Dětské centrum s komplexní péčí a podpůrnou rodinnou terapií při FTN²¹ v Praze

Toto zařízení spadá pod sektor zdravotnictví, ale poskytuje interdisciplinární péči dětem převážně raného věku, které jsou ve svém vývoji ohrožené především nevyhovujícím prostředím, kdy se o ně jejich rodiče nechtějí nebo nemohou starat. Jedná se o pobytové zařízení (kojenecký ústav), kde matky mohou být se svými dětmi, pokud se jejich sociální situace nezlepší, případně kde jsou umístěny děti matek, které jsou aktuálně v léčbě, především na detoxu.

Přibližně 50 matek ročně dochází do centra k závěru správné péče o dítě. Centrum funguje i jako „rozcestné“ diagnostické pracoviště při určování dalšího postupu. Počet drogově závislých matek v posledních letech narůstá. Poskytují se jim komplexní diagnostické, sociální, rehabilitační programy, které se snaží upravit na míru každé z nich. Hlavním cílem Centra je snaha o co vytvoření co nejkvalitnější vazby mezi matkou a dítětem v co nejkratším časovém horizontu. Je snahou být podporou pro matku a doprovázet jí v její nové roli, v roli matky. Matky se zde učí vnímat své dítě, jako živou bytost se svými potřebami, které se snaží naplňovat a současně se učí přijímat zodpovědnost za svého potomka. Velmi důležitá je pro tyto ženy podpora, že roli matky jsou schopny zvládnout. Centrum úzce spolupracuje s institucemi a organizacemi zmíněnými výše (Litovová, Čermáková 2009).

Na začátku roku 2014 vydalo Národní monitorovací středisko publikaci zaměřující se na poradenskou a léčebnou práci s uživatelkami drog, které jsou ohroženy stigmatizací. Cílem publikace je především zlepšení kvality života, osobnostní rozvoj a také vymezuje rámec terapeutické opory. K efektivní pomoci rizikové skupině obyvatel je potřeba funkční

²⁰ Dále jen DC MAT

²¹ Fakultní Thomayerova nemocnice

model vzdělávání, který klade důraz nejen na znalosti, ale i na kompetence a dovednosti a to vše v souladu s potřebami klientky. Každá z pěti oblastí potřeb je definována pěti kategoriemi, zastupujícími hlavní témata, se kterými se při práci se závislými ženami setkáme. V publikaci je popsáno i několik témat, kterým je třeba věnovat v poradenství a péči pozornost. Jedním z šesti vybraných témat je i attachment, tedy vztahová vazba, s podtextem „*Citové pouto k dítěti, partnerovi a další významné osobě, zvířeti, k Bohu.*“ Každé téma má svou edukační část a svoje cíle. Jedním z cílů tohoto tématu je i schopnost reflexe vztahové vazby k blízké postavě, uvědomění si potřeb a očekávání od blízkých vztahů nebo významu vazby pro zdravý vývoj potomka. Důležitá je i možnost práce s afekty díky bezpečnému terapeutickému vztahu.

Je důležité mít stále na paměti, že ženy se od mužů liší nejen fyziologicky, ale odlišují se i v emocionalitě a v kognitivní oblasti. Ženy jsou více citlivé na traumatické zážitky a tak jsou častěji zraňovány. Neméně významná jsou i témata vztahů, somatických komplikací a samozřejmě témata těhotenství a mateřství. Aspektů, které je třeba zohlednovat při práci se ženami, je mnohem víc. Závěrem lze říci, že genderové aspekty spojené se škodlivým užíváním návykových látek vyžadují odlišné a citlivé přístupy všech složek, které se s takovouto klientkou dostanou do styku (Doležalová, 2014).

PRAKTICKÁ ČÁST

6 Výzkumný problém, cíle výzkumu a výzkumné otázky

Obsahem této kapitoly je specifikace problematiky výzkumu a především popis výzkumných cílů a výzkumných otázek, které cíle adekvátně rozvíjejí a doplňují.

6.1 Výzkumný problém

V celé práci se zabýváme problematikou mateřství u drogově závislých žen a jejich vztahových vazeb. Jak bylo uvedeno v teoretické části, že u závislých osob se mnohem častěji vyskytuje nejistý typ vazby. Závislost je sice multifaktorově podmíněné onemocnění, nicméně typ vztahové vazby je jedním z významných aspektů, který má na vznik závislosti vliv. Hlavním východiskem pro celou práci je fakt, že způsoby a formy mateřství jsou založeny na osobních zkušenostech z dětství, které pak nevědomě opakují v situacích, kdy ony samy se stanou matkami. Záměrem celého výzkumu je tedy na vzorku jednotlivých případových studií popsat, pochopit a především hlouběji proniknout do zmiňované problematiky vztahové vazby a především do „drogového mateřství“, ve kterém se vzájemně mísí vlastní zkušenosti respondentek z dětství spolu s problémy spojenými s aktivní kariérou uživatelky návykových látek. Celý výzkum je pojatý v kontextu různých fází závislosti a léčby

6.2 Cíle výzkumu

Pro tuto práci jsme stanovili tři výzkumné cíle:

C1: Zjistit, jaký typ vztahové vazby převažuje u zkoumaného vzorku matek na základě dvou hlavních dimenzí vztahové vazby

C2: Zmapovat mateřství a jeho dílčí aspekty u zkoumaného vzorku

C3: Popsat vnímání a prožívání léčby z pohledu zlepšení vztahu k dítěti

6.3 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky vyplývají z výzkumných cílů, snaží se o jejich specifikaci a zpracování získaných poznatků do logických celků.

V1: Jaký vztah mají respondentky se svými matkami nyní a zda se na současném vztahu odráží typ vazby, který vyšel v dotaznících?

V2: Jaký význam pro respondentku má / jí dítě/ děti?

V3: Jak respondentky vnímají sebe samu jako matku?

V4: Čeho se v souvislosti s rolí matky obávají?

V5: Jaké představy mají o budoucnosti?

7 Výzkumný soubor

Tato kapitola popisuje složení výzkumného souboru a kritéria pro výběr respondentek souboru. Výzkumný soubor byl vybrán z populace žen, které jsou v kontaktu se zařízením poskytujícím služby a péči drogově závislým ženám. Jednalo se jak o zařízení, která pracují s klientkami aktivně beroucími, tak především o zařízení věnující se léčbě, tedy terapeutické komunity a doléčovací centra.

7.1 Způsob a kritéria pro výběr respondentek

Výběr respondentek byl kombinací dvou nepravděpodobnostních přístupů výběru souboru. Metoda záměrného (účelového) výběru a samovýběru. První z nich byla použita ve dvou úrovních. Nejprve při kontaktování konkrétních institucí, které pracují s cílovou klientelou²², a poté se buď v tomto přístupu pokračovalo a byly mnou respondentky cíleně osloveny, což bylo v situacích, kde byla výzkumnice na týdenních stáží²³. Nebo se přešlo k metodě samovýběru, který vnímáme jako vhodný i proto, že pracuje na bázi dobrovolnosti, a nabízí potencionálním respondentům možnost, zda se výzkumu chtějí nebo nechtějí zúčastnit, což vzhledem k tématu je velmi podstatné (Miovský, 2006). Tento postup byl volen především u doléčovacích center, kde po dohodě s jejich vedoucími byla klientkám terapeutickým pracovníkem v rámci skupinového sezení představena možnost spoluúčasti na výzkumu. Pro výzkum jsme si stanovili vzorek čítající 10 respondentek, který se díky zmíněným metodám podařilo naplnit. Ze všech oslovených se 50% osob výzkumu účastnilo.

Základní soubor tvoří ženy uživatelky návykových látek. Kritéria pro výběr do zkoumaného vzorku byla stanovena hodně „nizkoprahově“. Bylo by technicky asi velmi náročné získat vzorek, který by měl splňovat mnoho kritérií pro. A ani to nepovažujeme za nutné, vzhledem k tématu celé práce, naopak pestrost vzorku by mohla být v tomto výzkumu jakousi „přidanou hodnotou“. Kritéria byla tedy jen dvě. Žena, která má alespoň jedno narozené dítě, nezávisle na tom, zda ho má nyní ve své péči, nebo je v péči příbuzných či v ústavním zařízení. Věk ani pohlaví nehrálo roli. Díky této podmínce byly vyloučeny prvotěhotné ženy. Druhým kritériem byla prokazatelná drogová závislost na nealkoholových látkách, respektive na tvrdých drogách, vycházející ze subjektivního hodnocení a

²² Oslovené instituce byly: Kontaktní centrum; Centrum poskytující ambulantní sociální služby – Centrum pro Rodinu; a centrum poskytující sociální služby na malém městě, (bez konkrétního názvu, součást městského komplexu sociálních služeb, všeobecné, bez specifikace pro matky*), Terapeutická komunita Karlov, o.s. SANANIM, Doléčovací centrum SANANIM, Doléčovací centrum Prevent, České Budějovice, Doléčovací centrum *

²³ TKK; CPR

objektivních informací z institucí. Tato podmínka měla vyloučit ženy, u kterých by byla primární závislost na alkoholu nebo na lécích, ale žádná taková se v námi osloveném souboru neobjevila.

7.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor je tvořen deseti ženami. Průměrný věk byl 30,9 let s rozpětím 22 – 42 let. Tři byly v době sběru dat v péči ambulantního centra sociálních služeb, čtyři v TKK, jedna v doléčovacím centru, dvě v sociálních bytech a s ambulantním navštěvováním doléčovacích center. Respondentky jsou v celé práci řazeny logicky, podle toho, kde na „časové ose“ závislosti nacházejí v rozpětí: Aktivní užívání – léčba- doléčování. Respondentka 1 je tedy aktivně užívající a řeší nástup do léčby, přičemž respondentka 10 má za sebou už pobyt v doléčovacím centru a nyní bydlí samostatně. Celkově mají tyto ženy 22 dětí, včetně jednoho nenarozeného, 13 je chlapců, 9 dívek. Věkové rozpětí u dětí je značné, což odpovídá i rozpětí věků matek. Nejmladšímu bylo 8 měsíců, nejstaršímu 24 let. Všechny matky byly závislé na pervitinu, jako na hlavní droze, mnohdy v kombinaci s heroinem, marihuanou. Jedna respondentka měla primární závislost na nelegálním Subutexu a jedna kromě závislosti na drogách trpěla závislostí na výherních automatech. Průměrná doba užívání je v tomto souboru 13,8 let (6 – 22 let). Všechny ženy mají pouze základní vzdělání. Údaje jsou pro přehlednost uvedeny v tabulce číslo 1.

Tabulka č.. 1.: Charakteristika výzkumného souboru

Resp.	Věk	Typ léčby	Děti	Droga	Doba užívání	Partner
			Pohlaví: věk: umístění			
1.	41 let	A.S.S	♂ - 24 let; není styk ♂ - 12 let; Klokánek ♂ - 9 let. Klokánek	PER.	20 let	ANO, není spol. domácnost
2.	35 let	A.S.S	♂ - 13 let; Klokánek ♂ - 10 let; Klokánek ♀ - 8 let; teta, Belgie ♀ - 7 let; teta, Belgie	Subutex HER	17 let Přílež.	ANO, nesezdané p.
3.	26 let	A.S.S	♀ - 4 roky; Klokánek ♂ - 1 rok; v péči	PER THC	12 let 12 let	Rozvodové řízení

4.	22 let	TKK – 2.fáze	♂ - 2 roky; v péči ♀ - 1 rok; v péči	PER. THC	6 let Průb.	ANO; výkon trestu
5.	31 let	TKK- 2.fáze	♀ - 4 roky; v péči ♀ - 2 roky; v péči	PER THC Gam.	15 let 15 let Neuv.	NE
6.	26 let	TKK – 2.fáze	♂ 4 - roky; babička ♂ 8. měsíc těhotenství	THC + LSD PER	4 roky 6 let 10let	V občasném kontaktu s bývalým p.
7.	22 let	TKK -3. fáze	♂- 18 měsíců; v péči	PER.	8 let	ANO, ne spol. domácnost
8.	42 let	Doléčovací centrum	♀- 22 let; není styk ♂ -neuveveno; adopce ♀- 2 roky; v péči*	PER. HER.	22 let 22 let	NE
9.	28 let	Sociální byt	♂- 1 rok; v péči	PER.	11 let	NE
10.	36 let	Sociální byt	♂- 10 let; v péči ♂ - 5 let; v péči	PER HER THC	17 let 2 roky Průb.	V kontaktu s bývalým p.

Vysvětlivky:

- A.S. S. – Centrum poskytující ambulantní sociální služby závislým
- TKK – Terapeutická komunita Karlov
- Klokánek- Fond ohrožených dětí Klokánek
- V péči* - dítě má u sebe, ale právně v péči instituce
- Přílež. – příležitostně, podle nálady, zdrojů, zcela nepravidelně
- Průb. – průběžně, nárazově během užívání hlavní drogy
- Doba užívání- celková doba užívání je vždy nejvyšší údaj, dílčí údaje jsou doba současného užívání další látky
- THC – je užíváno pro označení celé skupiny látek s tímto obsahem, ale v reálu se u všech respondentek jednalo především o marihuanu
- Gam. – gambling

8 Metodologický rámec výzkumu

Tato kapitola se věnuje dvěma oblastem. První z nich pojednává o designu výzkumu, metodologickému přístupu a práci s daty. Druhá část popisuje použité výzkumné metody.

8.1 Typ výzkumu a přístup

Vzhledem k našemu výzkumnému problému, jeho cílům a charakteristice zkoumaného vzorku jsme se rozhodli pro kvalitativní výzkum, který je vhodnější pro lepší pochopení vzájemných souvislostí a hlubší poznání této problematiky, což vede k detailnějšímu rozboru získaných dat. Výhodou tohoto přístupu je využívání jedinečnosti a neopakovatelnosti, což nám umožňuje lepší popis, analýzu a interpretaci jevů, které by se jen těžko kvantifikovaly (Miovský, 2006). Mimo hlubšího poznání problému jsou další předností i zkoumání jevu v jeho přirozeném prostředí, možnost zachycení procesů a různých událostí a také je tento přístup značně flexibilní. Umožňuje například v průběhu doplňovat a upravovat výzkumné otázky dle aktuálního vývoje a reagovat na změny a potřeby výzkumu. Jedná se o jakousi konstrukci obrazu, který nemá předem daný formát ani podobu, ale získává ji během samotného výzkumu (Hendl, 2005).

U kvalitativního výzkumu všeobecně, a našem případě v kombinaci s nízkým počtem respondentek, nelze hovořit o reprezentativnosti výzkumného souboru, a proto nemohou být výsledky zobecněny na celkovou populaci, tedy na populaci závislých žen.

Za výzkumný přístup jsme zvolili případovou studii. Tento přístup se zaměřuje na podrobný popis jednoho nebo nemnoha případů, což považujeme za ideální v souladu s výzkumným záměrem. Případová studie se zaměřuje na získání co nejvíce dat od jednoho nebo od malého počtu jedinců. Vychází se z předpokladu, že detailní prozkoumání mála případů může vést ke snazšímu pochopení případům podobným.

8.2 Práce s daty

První data byla získána v polovině července 2013 a poslední v září 2014. Práce se všemi získanými daty a materiály byla v souladu se zákonnými a etickými normami (více kapitola 8.5). Všechna data byla získána při osobním kontaktu s respondentkami. Místo a čas setkání bylo, v rámci možností, podřízeno přání respondentky, tak, aby se cítila bezpečně a příjemně. „V rámci možností“ je myšleno tak, že většina (9/10) setkání proběhla na půdě instituce, kde byly omezené nebo přímo určené pro realizaci sběru dat. Stejně omezení platilo i pro denní dobu. Instituce, které byly osloveny a kde probíhal sběr dat, byly: Kontaktní centrum; Centrum poskytující ambulantní sociální služby – Centrum pro Rodinu;

a centrum poskytující sociální služby na malém městě, (bez konkrétního názvu, součást městského komplexu sociálních služeb, všeobecné, bez specifikace pro matky), Terapeutická komunita Karlov, o. s. SANANIM, Doléčovací centrum o. s. SANANIM, Doléčovací centrum Prevent, České Budějovice, Doléčovací centrum v rámci zmíněného komplexu sociálních služeb. Všechny respondentky měly během setkání u sebe alespoň jedno dítě, které mnohdy průběh setkání značně ovlivňovalo. Zároveň se pozorování jejich vzájemné interakce stalo cenným materiálem.

Na začátku každého výzkumného sezení proběhlo stručné představení osoby výzkumníka a záměru výzkumu, byla podána informace o etických principech a o stručném časovém plánu setkání. Jádrem setkání byl polostrukturovaný rozhovor, dále dva dotazníky, týkající se vztahové vazby, a poté stručný screeningový dotazník. Respondentky si mohly zvolit pořadí, čemu se chtějí věnovat nejdříve, ale v reálu této možnosti nikdo nevyužil a nechaly to na výzkumníkovi. Postup byl tedy screeningový dotazník, oba dotazníky ohledně vazby a jako poslední polostrukturovaný rozhovor. Tento postup se velmi osvědčil a více o jeho praktičnosti bude popsáno v kapitole *10.1 Diskuze o metodách*.

Data z rozhovoru byla fixována pomocí diktafonu, s čímž všechny respondentky souhlasily. Tento způsob zachycení dat je velmi usnadňující pro výzkumníka, který si nemusí vést poznámky, což jednak může být rušivé a také se mu třeba nepodaří zachytit vše. Druhou nespornou výhodou je zachycení projevu respondenta jako celku, včetně emočního doprovodu, paraverbálních prvků a samozřejmě autentičnost celého rozhovoru (Miovský, 2006)

Kvalitativní přístup nám umožňuje využití *hermeneutické spirály*. Dochází k opakování jednotlivých fází, kdy se získávání dat váže s jejich analýzou. Je v podstatě možné realizovat všechny tři fáze, získávání, zpracování a analyzování dat, současně. (Miovský, 2006).

Po fixaci dat následovala jejich transkripce. Tato fáze neprobíhala bezprostředně po jejich získání, ale s mírným časovým odstupem. Transkripce byla téměř doslovná, včetně ponechání slangových, nespisovných a vulgárních výrazů. Stejně tak byly pomocí znaku „*podlomítka*“ zaznamenány dlouhé pauzy a emoční projevy byly zapsány v rovných závorkách. Drobné úpravy přepisu byly nutné ve dvou případech, kdy se respondentka sama „*zacyklila*“ a větná konstrukce postrádala jakýkoliv smysl. Stejně tak byly zaznamenány rušivé vlivy, které byly nejčastěji způsobeny dětmi či náhlou přítomností třetí osoby.

8.3 Analýza dat

Prvním krokem bylo kódování, což je proces přiřazení specifického kódu. V našem případě byl tvořen prvními písmeny názvu aktuálně diskutovaného tématu, v kombinaci se symboly. (např.: „*Dět -*“ byla část textu věnovaná negativům v dětství). Po této mezi fázi následovalo *vytváření trsů*, kdy došlo k seskupení různých částí textů podle logické či významové souvislosti mezi diskutovanými jevy. Došlo tedy k obecnějším kategoriím, které na základě opakujících se prvků byly rozděleny do skupin. Jedním z možných společných znaků může být i tematický překryv, což není nežádoucí a samozřejmě k němu hojně docházelo. (Miovský, 2006).

Dotazníky byly zpracovány a vyhodnoceny dle dostupných manuálů a informací, přičemž screeningový vyhodnocován nikterak nebyl, sloužil pro dokreslení situace a doplnění statistických údajů. Po těchto dílčích krocích následovala samotná tvorba kazuistik²⁴. Jedná se o syntézu údajů získaných jak z dotazníků, tak především z polostrukturovaného rozhovoru, případně pozorování či informací z konkrétního zařízení. Kazuistiky nemají v některých ohledech přesnou podobu, jakou známe například z klinického prostředí, ale jsou touto formou zápisu hodně inspirovány s tím, že bylo přihlédnuto k cílům výzkumu. Kazuistiky mají pevnou strukturu, která je tvořena následujícími body: Úvod, minulost, interpretace výsledků, současná situace, budoucnost a úvaha výzkumníka. Výstupy z kazuistik jsou obsahem kapitoly 9 – Výsledky, a také jsou v příloze této práce.

8.4 Metody použité ve výzkumu

Bylo nutné zvolit takové metody, které jsou adekvátní vzhledem k tématu a cílům práce. S prvním cílem se pojí dva dotazníky věnující se vztahové vazbě. ECR (Experiences in Close Relation) a PBI (Parental Bonding Instrument). Pro většinu dalších cílů a výzkumných otázek sloužil především polostrukturovaný dotazník. Čtveřici použitých metod uzavírá stručný screeningový dotazník. Nežle ani opomenout metodu *zúčastněného pozorování*, které bylo nejintenzivnější během pobytu v TKK. Všechny zmíněné metody se vzájemně doplňovaly a výsledky vycházejí z jejich „souhry“ nikoli z jednotlivých metod samostatně.

²⁴ Ačkoliv bylo uvedeno, že hlavním přístupem budou případové studie, přišlo nám vhodnější používat termín kazuistika. Bude se tedy nadále v textu vyskytovat tento termín.

8.4.1 Dotazník ECR

Dotazník *Experineces in Close Relationship* je sebeposuzovací nástroj určený k měření dvou významných dimenzí vztahové vazby, a sice *úzkostnosti a vyhýbavosti* u dospělých osob. Tato metoda se skládá z 36 tvrzení, přičemž 18 lichých tvoří šubškálu pro vztahovou vyhýbavost a 18 sudých pro vztahovou úzkost. Položky jsou jednotlivě hodnoceny na Likertově stupnici. „Rozhodně *nesouhlasím*“ s číslem 1 a na opačném konci je „*rozhodně souhlasím*“ s číslem 7 (Lečbych , Pospíšilíková, 2012).

Subškála týkající se vztahové úzkosti obsahuje například tato tvrzení: „*Dělám si starosti o své vztahy*“ nebo „*Vadí mi, když můj partner/partnerka tráví čas beze mě*“. Oproti tomu škála vztahové vyhýbavosti je složena z kupříkladu z: „*Nevadí mi požádat blízké osoby o útěchu, radu nebo pomoc.*“ nebo „*Jsem nervózní, když se se mnou chce někdo více sblížit*“.

Tento dotazník není v České republice příliš znám a není ani standardizován pro naše podmínky. O změnu situace se výrazně zasadil Lečbych s Pospíšilíkovou (2012), kteří tento nástroj přeložili do češtiny a současně provedli jeho pilotní výzkum. Ten spočíval ve srovnání výsledků dvou dimenzí, které se s jeho pomocí měří, na vzorku amerických (n =51) a českých (n= 108) vysokoškolských studentů oboru psychologie. Výsledky vnitřní konzistence u českého překladu dotazníku (vztahová úzkostnost: 0,842; vztahová vyhýbavost: 0.838) se dají považovat za uspokojivé (Lečbych , Pospíšilíková, 2012).

8.4.2 Dotazník PBI

Dotazník *Parental bonding instrument* se věnuje zhodnocení rodičovské vazby vnímané respondentem během prvních 16 let života, kdy vychází z předpokladu, že právě citové vazby v rodině jsou velmi podstatné pro další vývoj. Nástroj je určen pro dospělé, případně dospívající osoby. Je tvořen 25 položkami a dvěma subškálami. Subškálou *péče* (což je míra přátelskosti, blízkosti) a šubškálou *kontroly* (neboli míra kontroly a autonomie). Každá subškála představuje osu. U subškály *péče* se jedná o prostor vymezený na jedné straně něhou a emociální vřelostí, na straně druhé lhostejností a emocionálním chladem. Druhá subškála je vymezena kontrolou, přílišným opatrováním, infantilizací, kdy na druhé straně se nachází nezávislost a samostatnost. Jednotlivé položky jsou hodnoceny na čtyřstupňové škále: Velmi často – Spíše souhlasím – Spíše nesouhlasím – Zřídka. Dotazník je tvořen dvěma záznamovými archy. Jeden pro matku, druhý pro otce. Položky jsou na obou zcela shodné (Čikošová, Preiss, 2011).

Příkladem položek jsou následující tvrzení : (M) „*Mluvila na mě milým a přátelským hlasem*“ případně: (O) „*Připadal mi citově chladný*“. Výhodou tohoto nástroje je jeho rychlá

administrace, přibližně 10 minut. Dotazník se jeví jako relativně konzistentní napříč životními událostmi. Vzhledem k tomu, že je vyplňován s odstupem k dotazovanému období, slouží spíše pro popis celkové situace v rodině, nikoli pro práci s rodinnou dynamikou (Čikošová, Preiss, 2011).

Dotazník je v zahraničí hojně využíván. U nás je k dispozici v českém překladu od roku 2002 od autorů Čikošové a Preisse. Výzkumný soubor byl tvořen 269 jedinci. Výsledky jednotlivých subškál se převedou na percentilové normy, s kterými je výsledek srovnáván. Pokud se objeví extrémní skóry, tj. více než 95 a méně než 5, je nutné oblasti věnovat zvýšenou pozornost a případně se i doptat. Optimální typ vazby je definován u vysokého skóru péče a současně a u nízkého skóru kontroly (Čikošová, Preiss, 2011).

8.4.3 Polostrukturovaný rozhovor

Jedná se pravděpodobně o nejrozšířenější metodu rozhovoru. Můžeme hovořit o skloubení výhod zbývajících dvou, plně strukturovaného a nestrukturovaného, a současně o eliminaci jejich nevýhod. Schéma otázek bylo vytvořeno tak, aby co nejvíce odpovídalo výzkumným cílům a otázkám a současně dávalo hodně prostoru pro potřeby respondentek se k některým tématům vyjádřit jen povrchně, nebo naopak probrat to hlouběji (Miovský, 2006).

Okruhy byly následující – a k nim se pojily různé otázky, s tím, že ne u všech respondentek byly nebo mohly být položeny

- Dětství – popis osob; vztahů, trávení volného času
- Drogová kariéra – okolnosti počátku užívání drog, komplikace, drogový život; zdroj prostředků

Tomuto bodu bylo z hlediska výzkumu plánováno věnovat méně prostoru, avšak většinou to byla nejobsáhlejší část rozhovoru.

- Dítě – okolnosti početí, otec, kdo je největší oporou, jak reagovala rodina – nejen matka, význam dítěte pro respondentčin život, téma motivace, změna vztahu díky léčbě
- Vnímání sebe jako matky – co to přináší, co se daří/nedaří
- Budoucnost – plány osobní, pracovní a především otázky ohledně strachu z budoucnosti ve spojení s potomkem

8.4.4 Screeningový dotazník

Rychlý a stručný dotazník, který je inspirován dotazníkem *IN-COME*, sloužící pro prvotní získání statistických informací o klientovi, později začal být užíván i jako nástroj pro práci s klientem. V dotazníku se zjišťují základní demografické údaje, jako rok narození a kraj bydliště, vzdělání, zaměstnání. Také se zjišťují informace o případném pobytu v ústavním zařízení. (Česká asociace streetwork, červen, 2013).

Dotazník jsme upravily pro potřeby výzkumu. V praxi byly přidány položky týkající se dětí a jejich případného ústavního pobytu, informace o pobírání mateřských dávek. Poslední část dotazníku byla zaměřena přímo na drogy: jaké látky, s jakou frekvencí a jak dlouhé období je užívala/užívá.

8.4.5 Zúčastněné pozorování

Jedná se o jednu z nejdůležitějších kvalitativních metod. Často se používá v kombinaci s případovými studii. Pro téma mateřství, kam se dá zařadit mimo jiné i vzájemná interakce, komunikace, vztah mezi matkou a dítětem, je to velmi vhodná.

Vzhledem k tomu, že jak bylo uvedeno výše, všechny matky měly své dítě přítomné během získávání dat, dalo se něco málo vidět. Pozorování byla omezena jen na dobu sběru dat, což bývalo celkově něco kolem dvou a půl hodiny, což je poměrně málo. Jiná situace byla v TKK, kde byla výzkumnice týden ubytována společně s klientkami.

8.5 Etika

Etika je i nedílnou součástí všech výzkumů, včetně výzkumů studentských. Je tedy důležité věnovat i této části náležitou pozornost. U všech výzkumných prací by se mělo dodržovat několik základních etických pravidel. Jejich dodržování je velmi důležité, jelikož díky nim se začínající výzkumník učí určovat své osobní etické parametry, ale především výzkum, ve kterém nejsou dodržovány základní etické principy, nelze považován za věrohodný a kvalitní Weiss (2011).

Etika se dá rozdělit dvě hlavní oblasti. První z nich je oblast zacházení s informačními zdroji. Druhá oblast se týká získávání, zpracovávání a archivování dat s výzkumem spojených.

Veškeré zdroje, které jsem použila během psaní této práce, byly patřičně ocitovány a uvedeny v seznamu literatury.

Účast na výzkumu byla dobrovolná a anonymní. Především anonymita byla pro samotné respondentky velice důležitá. Je tomu tak ze dvou pochopitelných důvodů. Prvním je skutečnost, že informace o sobě a svých dětech jsou velice intimní a osobní a druhým, a ne

li významnějším, důvodem je samotný fakt drogové závislosti, a tedy vše, s čím je tento životní styl nutně spojován. Opakovaně se stávalo, že se respondentky během hovoru na anonymitu ptaly, s důrazem na zachování naprosté anonymity svých dětí. Respondentky mohly kdykoliv z výzkumu odstoupit a jejich data by nebyla nadále zpracovávána nebo mohly odmítnout jakoukoliv dílčí část výzkumu. Veškerá práce s daty, včetně jejich archivace, byla v souladu se zákonem č. 101/ 2000 Sb. O ochraně osobních údajů. Nutným předpokladem pro práci s daty byl informovaný souhlas. Tento dokument obsahoval velmi stručné informace o respondentce, tedy rok narození a v případě zájmu o výsledky i možnost uvedení kontaktu, a dále informaci o následném zpracování dat a kontaktní údaje na výzkumnici. Jeden dokument dostala účastnice, druhý si ponechala výzkumnice. Účel výzkumu byl každé jedné respondentce individuálně vysvětlen. Podepsáním informovaného souhlasu respondentky vyjádřily souhlas s možností publikace a prezentace výzkumu a se zpracováním osobních údajů. Strana výzkumníka se svým podpisem zavazuje k anonymnímu zpracování údajů a k jejich neposkytnutí třetí osobě. Nepsanou součástí informovaného souhlasu byl i souhlas s možností zaznamenání rozhovoru pomocí diktafonu, kdy opět mohly respondentky odmítnout a v takovém případě bychom se domlouvaly na variantě „tužka papír“, ale tato situace nenastala.

Respondentky nebyly za účast ve výzkumu odměňovány, především proto, že to mnohdy neumožňovala pravidla konkrétních zařízení a také by to bylo v rozporu s dobrovolností. Výjimkou byly rozhovory s matkami v doléčovacím programu, kdy děti byly obdarovány drobným dárkem.

Počítalo se i možným emočním doprovodem během sběru dat. Případné negativní emoce, především jako rozrušení, pláč, smutek, byly odborně ošetřeny.

9 Výsledky

Tato kapitola obsahuje výsledky výzkumné části práce. Jedná se o souhrn dílčích výsledků získaných ze všech použitých metod. Dvě dotazníkové metody přinesly zajímavé údaje, ale vzhledem k nízkému počtu respondentů z nich nelze vyvozovat a predikovat závěry platné pro celý základní soubor. V následujících částech budou jednotlivé výsledky analyzovány, aby pak mohl být vytvořen komplexnější obraz diskutované problematiky. V závěru této kapitoly jsou uvedeny i tři vzorové kazuistiky. Jsou vybrány tak, aby se v nich zobrazilo co nejvíce sledovaných aspektů, a současně poukazují na komplexnost celé problematiky. Mimo kazuistiky jsou náplní této kapitoly především rozborů získaných dat podle jednotlivých cílů a výzkumných otázek naší práce.

9.1 Výsledky dotazníku ECR

Výsledky tohoto nástroje zobrazují hodnoty hlavních dvou dimenzí vztahové vazby, úzkostnosti (anxiety) a vyhýbavosti (avoidance), jejichž kombinace poukazuje na převažující typ vztahové vazby. Výsledky a jejich následnou interpretaci je nutné brát s rezervou, jelikož v České republice zatím nejsou platné populační normy. Při vyhodnocování našich dat jsme vycházeli z předběžných norem, které vznikají na katedře psychologie na Palackého univerzitě v Olomouci (Charvát, Lečbych, Seitl, 2014). Autoři sami uvádějí, že normy lze považovat za provizorní a slouží pro obecnou populaci bez známé patologie. I z těchto důvodů vnímáme data získána z dotazníků jako doplňková. Více se problematice nástroje ECR věnujeme v / kap. 10.1/

Hodnoty hrubých Z skóre z dotazníku ECR jsou pro přehlednost uvedeny v tabulce číslo 2.

Tabulka č. 2: Výsledky dotazníku ECR

ECR	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
Úzkostnost Hrubé Skóry	5,50	5,70	5,22	4,33	4,61	4,33	4,83	4,49	3,36	3,28
Vyhýbavost Hrubé Skóry	4,05	3,16	3,22	2,94	2,27	2,88	3,27	4,11	3,77	3,55
Úzkostnost Z-Skór	2,10	2,33	1,76	0,69	1,02	0,69	1,29	0,88	-0,48	-0,58
Vyhýbavost z-Skór	1,04	-0,13	-1,97	-0,42	-1,30	-0,50	0,01	1,11	0,67	0,38
TYP VAZBY	Ú -V	Ú	Ú	-	Ú	-	Ú	V	-	-

Vysvětlivky: Ú –V úzkostně - vyhýbavý typ; Úzkostný typ; Vyhýbavý typ

Dle provizorních norem je **hrubý skór** u žen na škále **úzkostnosti: 3,76 a standartní odchylka má hodnotu 0,83**. Z těchto údajů je patrné, že část našeho výzkumného vzorku je na této škále „*mimo normu*“. Za **klinicky signifikantní jsme u obou škál považovali hodnoty se směrodatnou odchylkou +1 a více**. Hodnoty, kterých se to týká, jsou označeny tučně. Jak je patrné z tabulky, v 50 % případů respondentky skórovaly „*mimo normu*“ vztahové úzkostnosti, tři ženy jsou v pásmu normy a u dvou je hodnota úzkostnosti nižší, než jsou normy. Hodnoty mají, i přes nepřesnosti v linearitě, relativně sestupnou tendenci. Skóry u prvních dvou respondentek jsou znatelně nejvyšší, jsou to také ty respondentky, které u sebe v současné době nemají ani jedno dítě, neboť všechny jsou umístěny v Klokánku nebo u příbuzných. Poslední dvě respondentky mají naopak skóry nejnižší. Právě ty žijí s dětmi v samostatných sociálních bytech. **Lze se tedy domnívat, že současná situace týkající se umístění dětí a léčba samotná (její úroveň) mají pozitivní vliv na snižování vztahové úzkosti**. Zajímavé je, že první dvě respondentky žijí s partnerem (první má partnera, ale nežijí v jedné domácnosti, druhá žije s partnerem (nesezdáni) ve společné domácnosti). Naopak, respondentka 9 partnera nemá, stejně jako respondentka 10, která je sama, ale s bývalým partnerem je v kontaktu především kvůli dětem. Zdá se tedy, že toto zjištění je v souladu s poznatkami, které přinesl Hanzal (2007), o závislosti na (mnohdy „nevhodném“) partnerovi a nutnosti řešit během léčby i otázky týkající se partnerského vztahu.

Provizorní normy pro dimenzi vyhýbavosti u žen stanovují **hrubý skór s hodnotou 3,44 se standartní odchylkou 0,76**. Ukazuje se, že **pouze u jedné respondentky jsou výsledky mimo „normu“**. U této vztahové dimenze není pozorovatelný jakýkoliv trend ve vývoji v souvislosti s léčbou, přítomností dětí, partnerů či jiných aspektů. Dvě respondentky vykazují zvýšenou vztahovou vyhýbavost, tři jsou na této subškále zcela v pásmu normy a u zbylých pěti žen je vztahová vyhýbavost nižší, než je tomu v běžné populaci.

9.1.1 C1: Zjistit, jaký typ vztahové vazby převažuje u zkoumaného vzorku matek na základě dvou hlavních dimenzí vztahové vazby

Tato otázka vychází z teoretických poznatků, které dokládají, že mezi drogově závislými lidmi převažuje nejistý typ vazby. Tyto teoretické poznatky se potvrdily i v naší práci. **Z 10 respondentek jich šest vykazuje nejistý typ připoutání. U jedné se jedná o úzkostně vyhýbavý typ, u pěti o úzkostný typ vztahové vazby.** Vyšlé výsledky považujeme za uspokojivé, převažující úzkostný typ vazby nám, vzhledem k jejich zkušenostem, přijde jako „logický“ a více se odpovídá obrazu jejich životů

9.2 Dotazník PBI

Ve vyhodnocování dotazníku PBI se hrubé skóry převádějí na percentily, přičemž každá subškála (péče; kontrola) má svou vlastní interpretaci. Výsledky jsou uvedeny v tabulce číslo 3.

Tabulky č. 3: Výsledky dotazníku PBI

PBI		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
MATKA	PÉČE	45	75	30	70	75	97-100 !	50	X	80-85	55
	KONTROLA	50	45	10!	30	25	10 !	15 !	X	20	15!
OTEC	PÉČE	15!	90	X	90	15!	4!	80	X	X	20
	KONTROLA	98!	75	X	20	50	96!	45-55	X	X	15!

Pro snazší orientaci v tabulce i dalším textu zde uvedeme stručné popisy jednotlivých rozpětí percentilů tak, jak je uvádějí Čikošová, Preiss (2011) v manuálu k tomuto nástroji.

Péče:

- **15. a méně:** Pásmo mimo normu, vazba je málo laskavá, málo přátelská, není příliš snaha vytvořit příjemné prostředí, dítě nezažívá pocit chůbenosti, rodiče s ním málo komunikují, spolupracují a dítě nebývá chváleno. Hrozí zvýšené riziko psychické deprivace.

- **15- 50** : pásmo průměru, vazba je dostatečná, ale méně přátelská oproti nadcházející kategorii, méně laskavá, je zde menší, ale dostatečné porozumění dítěti. Dítě má pocit chtění, ale je méně chváleno.
- **50- 85** : pásmo průměru s přiměřeně přátelskou vazbou. Rodiče se snaží dát najevo dítěti jeho přijetí, vytvářejí příjemné prostředí. V rodině je přiměřena komunikace, dítěti je porozuměno a je adekvátně chváleno.
- **85 a více**: Mimo pásmo normy, vazba je velmi přátelská, rodiče mají snahu o velmi příjemné prostředí. Dítě zažívá pocit nápomocnosti, chtění a je nadprůměrně chváleno.

Kontrola:

- **15 a méně**: Mimo průměr. Vazba je vnímána jako důvěrná, dítě se má svobodně rozhodovat, je mu ale poskytnuta opora. Snaha rodičů je dítě nebrzdit ve vývoji, dítěti se dostává značná volnost v jeho aktivitách, rodiče respektují jeho soukromí, není rozmazlováno a o rodiče se celkově moc nezajímají a nekontrolují dítě.
- **15-50**: Pásmo průměru. Rodiče kontrolují potomka spíše méně, nechávají jej samostatně rozhodovat, je mu však při rozhodování poskytována podpora. Rodiče mají snahu nebrzdit dítě ve vývoji a dítě má volnost ve svých aktivitách.
- **50-85**. Pásmo průměru. Vazba je spíše kontrolující, dítě se může nezávisle rozhodovat, ale rodiče ho nikterak nepodporují a mnoho rozhodnutí činí sami za něj. Rodiče mají tendence nadměrně kontrolovat činnosti dítěte.
- **85 a více**: Mimo pásmo normy. Tato vazba je hodně kontrolující, dítě nemá příliš možnost samostatně rozhodovat, zároveň mu není poskytována opora v rozhodování. Rodiče se snaží kontrolovat vše, co dítě dělá, přičemž může docházet i k narušení soukromí. Také tyto děti bývají rozmazlovány a rodiče se o ně přehnaně pečují.

Ze samostatných výsledků vzešlých z tohoto nástroje se hůře dělají závěry, jakékoliv úvahy či predikce dalšího vývoje. Percentilové umístění ve většině případů odpovídá i obsahům rozhovorů, někdy situaci v dětství respondentky dokresluje a lépe objasňuje. Tato data jsou důležitá při zodpovídání výzkumné otázky V1. kde jsou i zhodnoceny výsledky pro matky. Na první pohled nás však **zaujmu výsledky „otců“** a to v obou zjišťovaných kvalitách. Kromě několika málo případů (kontrola u respondentek 2, 5, 7) jsou všechny hodnoty na obou škálách u všech respondentek **výrazně mimo pásmo normy**, mnohdy se jedná i o

extrémní hodnoty. Neméně varovným signálem je i odmítnutí u tří respondentek vyplnit dotazník o svém otci. Z výsledků se dají pojmenovat dva hlavní typy otců. S vysokou mírou kontroly a nízkou péčí, což je obraz velmi přísného, vše kontrolujícího otce, bez vřelejší vazby k dětem. Opačné hodnoty, vysoká péče a nízká kontrola, vymezují otce, který své děti rozmazluje, je velmi milý, ale současně není schopen nastavit a dodržet pravidla a děti tak mají obrovskou volnost. Vzhledem k tomu, že otázka otce není nijak vymezena v cílech práce, budeme se jí více věnovat v kapitole 10.2.

9.2.1 V1: Zjistit, jaký vztah mají respondentky se svými matkami nyní a zda se na současném vztahu odráží i typ vazby, který vyšel v dotaznících.

Tato otázka rozvíjí první cíl práce, a sice určení typu vztahové vazby.

Zajímalo nás, jak se nadále vyvíjí a mění vztah mezi respondentkou a její matkou, a to v souvislosti s ne zcela ideální vazbou v dětství. Pro přehlednost jsou v následující tabulce (č. 4) uvedeny hodnoty z dotazníku PBI, ECR a stručný popis současného vztahu mezi nimi vycházející ze subjektivního popisu respondentek

V 1 : Tabulka č. 4. popisuje současné vztahy respondentek s matkami.

Re	ECR Úzkostnost /Vyhýbavost	PBI Péče /Kontrola	Současná situace
1.	2,10 / 1,04	45; 50	Vztah s matkou je nyní stále nefunkční, respondentku tato situace velmi „ničí“, ráda by situaci změnila, ale v současné době, kdy řeší mnoho záležitostí, na to nemá energii a sílu.
2.	2,33 / -0,13	75; 45	S matkou mají částečně funkční vztah. Větší podporu má však ze strany sestry.
3.	1,76 / -1,97	30; 10	Vztahy s matkou značně rezervované. Případná změna může nastat díky podstoupení léčby. Matka respondentku označuje za „špatnou matku,“ když má dítě Klokánku
4.	0,69 / -0,42	70; 30	Podpora celé rodiny, především ze strany matky. Vztahy jsou velmi dobré. Matka respondentku hodně podporuje.

5.	1,02 / -1,30	75; 25	S matkou po celou dobu (užívání drog + léčby) v kontaktu. Vztahy se výrazně zlepšily s narozením první dcery/vnučky. Matka respondentku podporuje jak materiálně, tak emočně.
6.	0,69 / -0,50	97-100 ; 10	Vztahy s matkou jsou velmi dobré, je jí největší oporou a také byla obrovskou motivací respondentky pro nástup do péče. Matka respondentky má v péči jejího prvorozeného syna. Dokonce respondentka vnímá matku jako svou nejdůležitější osobu vůbec.
7.	1,29 / 0,01	50; 15	Rodinné vztahy se zlepšily s nástupem do léčby a poté především s narozením syna. Největší podporu a pomoc má od otce, i když celá rodina se snaží respondentce pomáhat.
8.	0,88/ 1,11	X; X	Biologickou matku téměř nezná, s pěstouny v kontaktu není. Žádného blízkého člověka nemá, je zcela sama jen s dcerou.
9.	-0,48/ 0,67	80-85; 20	Vztah s matkou se zlepšil s nástupem do léčby. Nyní je dobrý, ale kvůli velké vzdálenosti bydlišť nejsou příliš v kontaktu.
10.	-0,58 / 0,38	55; 15	Vztahy s matkou se zlepšily po narození prvního potomka, kdy se matka nabídla, že se o něj bude starat, aby nemusel do kojeneckého ústavu. Nyní mají vztahy dobré, respondentku podporuje jak finančně, tak vypomáhá s péčí o vnuky. Sama respondentka má k matce nyní ambivalentní vztah.

Z výsledků se dá soudit, že čím vyšší hodnotu vykazovaly skóry v dotazníku PBI pro matky na subškále „péče“, tím jsou vzájemné vztahy v současnosti kvalitnější. Příkladem tohoto tvrzení je respondentka 6, která svou matku vnímala jako velmi pečující, možná až přehnaně moc, a sama uvádí, že její matka byla pro ni velkou motivací pro léčbu a celkově je její největší oporou. Zároveň naší tezi zpochybňuje situace respondentky č. 2, kde péče matky byla vnímána v pásmu „vyššího průměru“, dítě je chváleno, podporováno a vyrůstá v přátelském prostředí, ale současná vztahová situace není ideální. V tomto případě to může být způsobeno i velkým věkovým odstupem mezi matkou a dcerou, jelikož respondentka 2 je desáté dítě v rodině a jak sama říká, „rozmazlený benjamínek“. Dá se tedy předpokládat, že matka je nyní starší a i proto není nebo nemůže být z její strany taková podpora, jakou by respondentka potřebovala. Jedná se však pouze o naši nepotvrzenou hypotézu.

Nabízí se tedy úvaha, kterou však nelze z našich výsledků potvrdit ani vyvrátit, a sice že **pokud má matka k potomkovi vřelý vztah v dětství, tento vztah přetrvává i přes vážné problémy, jakým drogová závislost bez pochyby je.**

Hodnoty v tabulce ukazují, že u všech respondentek matky vykazovaly relativně **nízkou míru kontroly dětí**, ponechávaly jim svobodu a volnost v rozhodování a v konání různých aktivit. Tyto hodnoty poměrně dost odpovídají informacím získaných z rozhovorů. Žádná z matek nebyla popisována jako přehnaně přísná, jako žena, která by děti bila nebo jako „zlá“ žena. Ve většině případů spíše matka o děti, tedy respondentky, nejevila přílišný zájem, nebo nebyla k dispozici v takové míře, v jaké by bylo třeba (především pro pracovní vytížení, osobní problémy). **Problémem tedy spíše je, že „matka nebyla“ než to, jaká byla.** S tím souvisí i hodnoty z dotazníku ECR, kde se ukázalo, že **dominantním typem vazby je úzkostný typ**, případně úzkostně vyhýbavý. Úzkostná vazba vniká v situacích, kdy je dítě často vystaveno separaci od matky.

Z výsledků je však dosti patrné, že na kvalitu a zlepšování vzájemných vztahů mají výrazný vliv dva faktory. Prvním z nich je **nástup do léčby** a tedy aktivní řešení situace ze strany respondentky a druhým je v mnoha případech **narození dítěte**. Drogová závislost je jedním z nezatěžujících aspektů rodinného fungování a proto, když se situace začne hýbat směrem k řešení, promění se i atmosféra a dynamika rodinného systému. Narození vnoučete je mnohdy vnímáno jako „spása“ a také jako posouvání generační příslušnosti osoby. Nejzřetelnější je to u narození prvního vnoučete, které automaticky dává svým prarodičům „nálepku“ moudrých a zkušených lidí. S každým dalším vnoučetem tento stav klesá. Narození vnoučete má výrazný vliv na vztahy v rodině, především s vlastními dětmi, které se z podřazené role dětí dostávají na stejnou pozici rodičů (Vágnerová, 2007). O významu prarodičovství v nekompletních rodinách píše Daňková (2014), která zmiňuje, že pokud chybí rodič v rodině, prarodiče, v našem případě babičky, často přejímají úlohu chybějícího rodiče. Mají snahu mladým lidem pomáhat. Tato pomoc je tím větší a významnější, čím je situace potomka nepříznivější (Daňková, 2014).

Narození vnoučete je silným motivačním prvkem vedoucí mnohdy ke změně vzájemných vztahů a současně se jedná o významný faktor potvrzující identitu a integritu jedince. Otázkou zůstává, zda u matek, tedy babiček, v našem vzorku figurují pouze uvedené aspekty, nebo na fakt, že se vztahy v rodině zlepšují, mají vliv i jiné okolnosti a jevy. Nabízí se úvaha, zda tyto ženy netrpí samy „výčitkami svědomí“ kvůli své (ne)pěči a zda si nekladou (částečně) za vinu dceřinu drogovou závislost, a nyní se snaží chybějící vztah kompenzovat péčí o vnoučata. Důvodem může být touha samy sobě dokázat, že nejsou tak špatné ženy a

matky a také domněnka, že pokud budou své dceři pomáhat s péčí o děti, je to cesta ke vzájemnému zlepšení vztahů.

9.3 C2: Zmapovat mateřství a jeho dílčí aspekty u zkoumaného vzorku

Mateřství u drogově závislých žen mám mnoho specifík. Některá byla popsána i v teoretické části práce. V našem desetičlenném vzorku se objevovalo více fenoménů, které v běžné, neklinické populaci nejsou tak časté, jako v populaci závislých žen. Všechny tyto fenomény mají vliv na průběh a prožívání mateřství u respondentek. Uvedeme zde ty, které se v našem souboru opakovaly nejčastěji.

- **Narušený / přerušovaný kontakt s dětmi**

U každé respondentky byla v jejím životním příběhu epizoda, kdy neměla své dítě u sebe v péči. Nejčastěji se jednalo o období po porodu, kdy děti byly dočasně umístěny do kojeneckých ústavů. Po několika měsících šly buďto zpět ke své matce, nebo se jich často ujala matka respondentky. Žádná z žen nebyla v situaci, kdy by své dítě měla od porodu až po naše setkání kontinuálně v ústavní péči. Avšak jsou mezi respondentkami případy, kdy děti byly po nějaké době, kdy se svou matkou žily, umístěny opět do ústavního zařízení, nejčastěji do Klokánku. U dvou matek (resp. 1 a 8) které mají jedno dítě již dospělé, došlo k úplnému přerušení styků s tímto potomkem. Bohužel se objevily i situace, kdy jsou děti odděleny i mezi sebou. Nejčastěji tak, že starší sourozenec bývá v péči rodinných členů a mladší je spolu s matkou v léčbě.

Je tomu například tak u respondentky 2, kdy synové jsou v Klokánku a dcery v Belgii, podobná situace nastane i u respondentky 6, kdy starší syn je vychováván babičkou a mladší bude od porodu se svou matkou v komunitě

Ať už je důvod k oddělení matky od dítěte jakýkoliv a dítě stráví bez matky různě dlouhou dobu, má tato, povětšinou nedobrovolná, **separace výrazně negativní vliv** na jejich budoucí vzájemné vztahy. Je zde tedy o zřejmé určité opakování situace z jejich dětství, i když v trochu jiné podobě, kdy jejich matky mnohdy nebyly v rodinách dostatečně přítomny. Separace logicky brání vytvoření adekvátních vazeb a tak i tyto **děti se stávají zranitelnějšími a ohroženějšími**, než jejich vrstevníci ve funkčních rodinách.

- **Neplánovaná a nechtěná těhotenství**

Neplánovaná anebo nechtěná těhotenství²⁵ se týkají, alespoň u jednoho ze svých dětí, šesti žen, přičemž od dvou respondentek nemáme na tuto otázku odpověď. Všechny ženy, které mají potomka z nechtěného těhotenství, zmiňují následující aspekty: Nové těhotenství jim v danou chvíli výrazně **zkomplikovalo situaci** v mnoha oblastech. Dalším shodným faktem bylo **zhoršené budování mateřského pouta k nechtěnému dítěti**, někdy až zcela odmítavý postoj k tomuto dítěti. Jako určitý protiargument k těmto tvrzením, se čtyři respondentky svěřily, že nechtěné těhotenství vnímaly jako určité **znamení, signál „z hůry“**, aby svou situaci začaly řešit.

Téměř žádná z žen, nejen těch s nechtěným potomkem, ale z celého souboru, v podstatě neuvažovala o dání dítěti k adopci, a to ani ve chvílích, kdy jim to jejich okolí navrhovalo jako pro ně ideální řešení. Pouze jedna žena dala dítě k adopci, ale jakékoliv bližší informace odmítla sdělit. Ohledně potratu byla situace jiná, některé jej zvažovaly, ale ze zdravotních důvodů, nebo z důvodu pozdního detekování, jej nebylo možné provést.

Pokud je potomek narozený z nechtěného nebo neplánovaného těhotenství, může to mít značný vliv na jeho přijetí matkou a na utváření vzájemných vztahů. Tvorba vzájemného pouta trvá matkám k těmto dětem mnohdy déle, než k dětem plánovaným a chtěným. A i jeho kvalita může být odlišná. Během společného času se většinou situace zlepšuje. Tuto situaci můžeme vidět u respondentky 4.

- **Rozdílní partneři & jejich neuvedení v rodném listě**

Dalším aspektem, který může mít vliv na vnímání a prožívání mateřství, je skutečnost, že děti **mívají různé otce**. V našem souboru se jiní otcové vyskytli u čtyř respondentek, které uvedly, že každé dítě počaly s jiným partnerem. Tato situace není však nijak specifická pro závislou populaci. V běžné populaci se s tímto jevem setkáváme díky vzrůstající rozvodovosti stále častěji. U závislých žen vstupuje do hry v tomto směru i více promiskuitnější životní styl.

Setkáváme se i s **menší ochotou uvést otce do rodného listu dítěte**. Jedním z důvodů je fakt, že ženy **mnohdy neví**, kdo je opravdovým otcem dítěte. V tomto směru se přímo či nepřímo vyjádřily tři respondentky. Druhým důvodem je **snaha potomka chránit**, jelikož otcové jsou sami často uživatelé nebo se jiným způsobem angažují na drogové scéně a ženy

²⁵ Jsme si vědomi odlišností daných pojmů, nicméně mají některé společné rysy a v pro účely této práce je budeme spojovat do jedné kategorie.

nechtějí, aby jejich děti byly s nimi později spojovány. Případně nechtějí, aby si otec mohl jakkoliv potomka nárokovat a to především v situacích, kdy se samy ženy, chtějí od muže úplně odstříhnout.

Ze zkušeností i literatury je známé, že v určitém věku děti samy začnou pátrat po svém biologickém otci. Jedná se o přirozenou lidskou vlastnost a potřebu. Hodně záleží, kdy a jakou formou se děti tuto informaci dozví. Nevhodné načasování nebo interpretace skutečnosti může mít neblahý dopad na jejich psychiku. Toto téma se hojně objevovalo mezi obavami respondentek. Dále bude ještě zmíněno u výzkumné otázky V4.

9.3.1 V2: Jaký význam pro respondentku má/mají dítě/děti.

Ze všech rozhovorů vyplývá jeden zcela jasný závěr. Dítě má pro matku především **význam motivační, vedoucí k abstinenci**. Některé respondentky se pokoušely abstinovat již během těhotenství, jiné alespoň snížily dávky, nebo přešly na substituční léčbu. Tento postup se projevil u plánovaných dětí. U dětí, které byly neplánované, ženy užívaly drogy po celé těhotenství, nebo jeho výraznou část, a snaha o abstinenci byla citelně nižší. Zároveň se **nevyskytla žádná respondentka, která by přestala užívat drogy proto, aby mohla založit rodinu**. Současně se u dvou žen vyskytla situace, že drogy začaly užívat až po narození prvního dítěte, například v důsledku stresu s tím spojeného. (Viz respondentka 1; 10). Motivace se ukazuje ve dvojí podobě. V prvním případě je dítě cíleným prostředkem k abstinenci, tedy „*pořídím si dítě, abych přestala*“. Dokládá to tvrzení respondentky 8 : „*To jsem si nechala pak cíleně upíchnout tuhle dceru. Kdybych jí neměla, tak tady nejsem. To bych dojela do konce.*“ Tato motivace je zcela zřejmá ve dvou případech (respondentka 4,8). U zbývajících osmi žen byla situace opačná, tedy „*Mám dítě, tak přestanu brát*“. K tomuto rozhodnutí dospěly některé respondentky během těhotenství, jiné později, často v porodnici, anebo až ve chvíli, kdy bylo dítě proti jejich vůli umístěno do ústavní péče. Například respondentka 4 uvádí na otázku, co pro ní děti znamenají: „*Je to pro mě strašná motivace. To co zažil syn kolikrát. Vařili jsme u něj a on tam běhal. To nebylo hezký*“. Na otázku priorit odpovídá resp. 5 následovně: „*100% jsou to holky, kvůli nim jsem to všechno absolvovala. To určitě, jinak bych tu nebyla. To je motivace.*“ Podobné reakce se objevovaly u všech respondentek, s tím, že **chtějí abstinovat** především proto, **aby děti měly pěkné dětství a životy**, a také, což je argument, který se logicky objevil u prvních tří respondentek, **chtějí abstinovat proto, aby jim byly děti vráceny do péče**.

Méně často a především méně explicitně se v odpovědích objevovaly jiné významy dětí v životě žen. U čtyř respondentek byl zmíněn „*smysl života*“. Pěkně to dokazuje výrok

respondentky 9: „*Od tý doby, co se mi narodil malej, tak vím, že předtím mi v životě něco chybělo, možná to bylo i tím otcem, jak se na mně vyřádl. Pořád mi něco chybělo. Tak jak se mi narodil malej, tak je to obrovskoj smysl života. On potřebuje mě, já potřebuju jeho.*“

U žádné z žen se nevyskytla odpověď, která by nějak reflektovala její ženskou roli, přirozenost či touhu po „*zanechání stopy*“. V ojedinělých případech (u dvou žen) bylo jejich mateřství logické vyústění života v páru.

9.3.2 V3: Jak respondentky vnímají sebe samu jako matku?

Tato výzkumná otázka, která se také vztahuje k obecnějšímu cíli mateřství, nabízí asi nejširší pole odpovědí. U všech odpovědí je přítomna sebekritika k dané situaci. Vnímají, že nejsou dobré matky už jen proto, že užívají/užívaly drogy. Nicméně spektrum odpovědí je obsáhlejší a ne vždy nutně souvisí pouze s drogami.

Ty ženy, které samy sebe popisují především nebo zcela jako **špatné matky**, vykazují určité **společné znaky**. První skupinou jsou první tři respondentky, které mají děti v současně době umístěny v Klokánku nebo jiném podobně zaměřeném zařízení. Ty samy sebe hodnotí velmi negativně. Je to samozřejmě podmíněno jejich současnou situací, kdy kvůli vlastnímu chování jsou jejich děti mimo domov. U těchto žen je však znát silná touha po získání dětí zpět do péče: „*Chci je přesvědčit, aby mi dali s těma dětma šanci. Protože citovej vztah k nim mám obrovskoj a oni ke mně taky. Je to můj problém (drogy) a já si to řeším. Ale nemění to nic na tom, že bych měla míň ráda ty děti.*“ (Resp. 1)

Druhou skupinu tvoří ženy, které **v dětství nezažily vlídné prostředí a vhodnou mateřskou péči a lásku**. Zjednodušeně se dá říct, že jim chybí mateřský vzor. Tato situace je zřejmá u respondentky 8, která vyrůstala v různých dětských domovech a pěstounské péči. Sama si je této skutečnosti zcela vědoma: „*Já si myslím, že je ve mně hodně malá matka. Já vím, že je průser, že když se nad něčím zlomím, tak žádná matka nebudu. Se seberu a půjdu. To je fakt upřímně řečený. Snažím se teď blíž k ní přitáhnout, ale je to obrovsky náročný. Právě proto mám strach, že nebudu dobrá matka. V podstatě já nevím, jak funguje skutečná rodina. To co mi předváděli pěstouni, to nebylo vůbec nic.*“ V hodně podobném duchu reagovala i respondentka 10: „*Vono je to asi divný, ale já vlastně někdy moc nevím, co mám jako máma dělat. I když se snažím a chci bejt pro ně dobrá máma, tak moc nevím, co to v podstatě obnáší. Moc jsem to doma nezažila, že by se mě máma třeba ptala na nějaký osobní věci, že by mi něco vysvětlila nebo tak, to ne*“, u které matka větší část dětství nebyla kvůli pracovním povinnostem přítomna.

Určitá **míra nejistoty z role matky byla u všech respondentek**. Záleželo hodně na okolnostech, které se s jejich mateřstvím pojily. Např. respondentka 4 se obává svých „záchvatů vzteku“ a neschopnosti se v určitých chvílích o děti postarat.: „*Jsem prostě náladová, někdy mám pocit, že děti nejsou to nejdůležitější, ale to pak zase přejde. No a taky to, že nejsem úplně zodpovědná, že by se mohlo něco i stát. Ale snad to půjde.*“ Současně vnímá jako problém svůj vztah k dceři, jejíž neplánované početí bylo v podstatě příčinou manželovy nevěry. Jiná situace je ku příkladu u respondentky 9, která se nejvíce obává, že bude syna hodně rozmazlovat: „*Já jen jsem hodně přehnaná, moc jsem starostlivá. Moc se bojím. Kolikrát, když ho vezme někdo do náruče, tak to úplně pozoruju. Já si myslím, že on si zaslouží veškerou moji lásku. Měli jsme takový těžší začátek, takže si zaslouží veškerou pozornost. Bude to mamánek.*“

Ukázalo se, že čím jsou **respondentky starší, tím mají ze své role matky větší obavy**. Domníváme se, že to nutně souvisí s přirozeným vývojem a zralostí pro mateřství. Tyto ženy jsou schopny situaci vidět více z nadhledu a jsou tedy schopnější i více kritického hodnocení. Míra obav o plnění mateřské role se nepatrně zvyšovala s postupující úrovní léčby. Což opět souvisí s celkově větším odstupem od nemoci a schopností dohlédnout více do důsledků svého jednání. Samozřejmě se zde odráží i vliv opory ze stran rodinných příslušníků. Ty ženy, které mají v současné době vztahy s matkami dobré, nebo alespoň přijatelné, prožívají svou mateřskou roli méně úzkostně a cítí se více kompetentní k jejímu zvládnutí.

9.3.3 V4 : Čeho se v souvislosti s rolí matky obávají?

Odpověď na tuto otázku většinou zahrnovala **čtyři hlavní okruhy**. Prvním okruhem, který byl více popsán v předchozím bodě, je jejich **mateřská role**, její ideální zvládnutí a plnění všech potřeb a povinností, které se s ní pojí. Druhou oblastí byla, bez většího překvapení, **finanční a materiální situace**. Respondentky, které již byly v komunitě, nebo ještě výrazněji ty, které již žily v doléčovacím centru, prožívaly strach z nedostatku finančních prostředků. Všechny respondentky mají pouze základní vzdělání, téměř ve všech případech nemají žádnou odbornou praxi ani základní pracovní zkušenost a k tomu mají především malé, předškolní děti, takže z objektivního hlediska jsou obavy stran získání zaměstnání a finančního zajištění zcela oprávněné. V šesti případech mají však ženy podpory ve svých příbuzných (čtyřikrát je to matka, jednou oba rodiče a jednou sestra), kteří jím vypomáhají mimo jiné právě i finančně.

Téma, které se zcela jednoznačně objevilo u všech žen, je **informovanost potomků o jejich závislosti**. V souboru panuje 100% shoda. Všechny respondentky jsou toho názoru, že o

svém problému s drogami svým dětem řeknou. Až nastane vhodný čas. Mají proto více argumentů. Jednak se dá předpokládat, že děti by se o problému dříve nebo později samy dozvěděly, a je samozřejmě lepší, pokud budou znát pravdu o situaci od svých matek, než od třetí osoby. Respondentka 4 k tomu dodává: „*Já si myslím, že až jim to budu říkat, tak oni taky budou mít už nějakou rozum. Rozhodně jim to nebudu říkat v pěti letech, Až budu v pohodě. Řeknu jim to, až se na to někdy zeptaj. Nebudu jim lhát. Bude to už za mnou, doufám tahle minulost, tak proč bych jim to neřekla...*“

Současně doufají, že autentické vyprávění jejich matek o drogové závislosti bude mít na potomky značně **demotivující vliv a drogám se vyhnou**. V neposlední řadě považují za slušné svým dětem tuto skutečnost sdělit, chtějí mít s nimi kvalitní a upřímný vztah. Současně se zde objevuje i velký strach z toho, v jakou dobu a jakou formou jim tento fakt říct. Matky, které mají více dětí, řeší i to, zda tuto informaci podat všem najednou (s cílem, aby nedošlo k tomu, že starší sourozenec to sám sdělí mladšímu), či zda naopak zohlednit jejich věk a aktuální úroveň kognitivních funkcí a informaci podat každému individuálně. Je jasné, že již nyní děti nějakou povrchovou informaci mají, zvláště ty, které jsou v Klokánku nebo u příbuzných. Většinou si však vzhledem k věku spokojí s tvrzením tohoto typu: „*Maminka je nemocná, tak tu teďka nemůže být, ale pořád tě/vás má ráda.*“ Samy respondentky to takto dětem podávají, jelikož se děti pochopitelně na ní ptají. Objevuje se i značný strach z reakce dětí na drogovou závislost matek. U matek, které nemají děti u sebe, navíc figuruje i strach z jejich selhání, nesplnění a nedodržení podmínek a tedy nenavrácení dětí do jejich péče. Poměrně výstižná ve všech ohledech je výpověď respondentky 6, ve které zmiňuje svoje obavy: „*Bojím se toho, že budu mít velký problém, aby mě malej zase přijmul. Taky se bojím, že na tom budu zle finančně. Že jim nebudu moct dát to, co bych chtěla. Ze všeho se nejvíc bojím, že nevím, jak jim vysvětlit, že nemají fetovat. Že nebudu vědět, jestli jim říct, že jsem fetovala, nebo neříct. Nebo zda o tom nemluvit vůbec. To je to, co ve mně vězí, to čeho se hodně bojím. Taky se bojím, že se budou ptát na tatínka.*“

Jak uvedený výrok dokládá, dalšími oblastmi, ve kterých respondentky mnohdy pociťují strach a nejistotu, je **znovuvytvoření vzájemného pouta**. Posledním, ne však méně významným zdrojem obav je **partner**.

Partner, ať současný, či bývalý, je pro respondentky velké téma. Na tuto mnohdy stresující problematiku se dá nahlížet z více pohledů. Již nastíněným tématem je situace, kdy děti nemají v rodném listě uvedeného otce, nebo z jakéhokoliv jiného důvodu otce neznají. Ženy se musí připravit, že nepříjemné situaci s vysvětlováním, kdo je otcem dětí, se nejspíše nevyhnou.

Během své léčby se často musí také rozhodnout, zda budou pokračovat v rizikovém partnerství, nebo se osamostatní. Nevyřčeným tématem, které však bylo u některých rozhovorů znát, byl **strach ze samoty a z budoucnosti**. Z toho, co bude, až opustí brány ochranné instituce a budou muset žít samy za sebe, bez partnerů a bez garantů a terapeutů, kteří by jim „*kryli záda*“ a pomáhali.

Z popsaného je evidentní, že drogové mateřství provází spousta oprávněných obav a strachů. Pokud se jejich množství nebo intenzita nebude adekvátně, tedy za odborné pomoci, řešit, jsou tyto ženy výrazně ohroženy recidivou.

9.3.4 C 3: Popsat vnímání a prožívání léčby ve vztahu k dítěti

Jen v menší části rozhovorů byla tato otázka položena, ale většina žen se k tomuto tématu sama spontánně vyjádřila. **Pobytovou léčbu hodnotí** všechny respondentky, které jí absolvovaly nebo právě absolvují, **jako velmi přínosnou**. Především proto, že mají prostor a čas, který mohou v poměrně bezpečném prostředí trávit se svými dětmi. Zároveň se během léčby učí, jak se chovat a jak jednat se svými dětmi, při čemž jim pomáhá jednak odborný personál, ale také i silná svépomoc mezi samotnými matkami. Během léčby se u žen posunula i motivace a postoj k sobě: „*Musím se naučit myslet i sama na sebe, jinak se z toho nevyližu.*“ (resp. 6). Jak bylo uvedeno v začátku kapitoly, nástup na léčení má vliv i na zlepšení rodinných vztahů a tedy i psychické pohody matky, která se zákonitě odráží ve vztahu k dítěti. I respondentky, které nemají dobré rodinné zázemí, nebo dokonce nemají žádné zázemí, vnímají léčbu pozitivně. Možná právě proto, že nikoho jiného nemají, kdo by jim s problémy pomohl, krom pracovníků v odborných zařízeních. Je jasné, že léčba má na zlepšení vzájemného vztahu velký dopad a zdá se tedy důležitější, než samotná podpora v rodině, ale současně funkční sociální opora celou situaci výrazně ulehčuje a někdy i urychluje návrat do běžného života.

9.3.5 V5: Jaké představy mají o budoucnosti

Odpověď na tuto výzkumnou otázku se přímo odvíjela od aktuální situace každé respondentky. Všechny však uvažují především v modelu „*tady a teď*“, což je jednak pochopitelné a také asi správné, i když se domníváme, že mít nějakou vzdálenou vizi a přání je velmi důležité. V odpovědích se tedy objevovala témata, která byla pro respondentky aktuálně velmi důležitá. Především získání dětí zpět do péče, řádné absolvování celé léčby, sehnání zaměstnání. Velmi často se respondentky vyjádřily, že by chtěly pracovat v sociální oblasti, kde doufají, že by jim mimo rekvalifikačního kurzu pomohly především jejich četné zkušenosti s různými institucemi. Jako poměrně překvapivá a zajímavá se u tří respondentek

objevila odpověď, že by se rády v **budoucnu věnovaly „osvětě“** a chtěly by vyprávět o svém životním příběhu, tak aby byly varovným příkladem dalším ženám a mladým dívkám. I formy realizace tohoto snu se lišily. Jedna žena by ráda pořádala přednášky na školách, druhá by chtěla vydat obdobu knihy „My děti ze stanice Zoo“, ale z pohledu závislé matky, a poslední uvažuje o filmovém a divadelním ztvárnění svého příběhu. Toto zjištění je zajímavé především ve srovnání s reakcemi oslovených již delší dobu abstinujících žen, které rezolutně odmítly se jakkoliv vracet ke své minulosti. Je tedy otázkou, zda našim respondentkám toto přání vydrží i po dokončení léčby nebo se jejich postoj ke své závislosti změní a nebudou ochotny o problému více mluvit.

Ač je jejich současná situace značně rozdílná a i jejich výchozí pozice se lišily, všechny se shodují v jednom. **Chtějí vést život bez drog a především žít společně se svými dětmi.**

9.4 Vzorové kazuistiky

Vybrané kazuistiky poukazují především na složitost a propojenost problematiky. Každá z nich reprezentuje ženu v jiné fázi léčby, první je respondentka v ambulantní péči, druhá je v komunitě a třetí v doléčovacím centru. Liší se také jiným typem vztahové vazby: První vykazuje úzkostně vyhýbavý, druhá úzkostný a třetí vyhýbavý. Posledním rozdílem je vztahem k matce, potažmo matky k respondentkce. U první se jeví matka jako málo podporující, u druhé je vztah s matkou dobrý a matka respondentku podporuje a u poslední matka zcela schází. Zbýlých sedm kazuistik jsou uvedeny jako příloho této práce

- **Kazuistika číslo I**

Úvod: Respondentka číslo 1, rok narození 1972, setkáváme s v Centru poskytujícím ambulantní sociální služby. Návykové látky užívá 20 let. Má tři syny, s nejstarším (* 1992) se téměř nestýká, prostřední (*2002) a nejmladší (*2005) jsou nyní umístěny v Klokánku. Má partnera, se kterým však nesdílí společnou domácnost. Zaměstnání nemá.

Minulost: Vyrůstala v kompletní rodině, má dva starší sourozence, se kterými se stýká jen příležitostně. Dětství popisuje jako relativně normální, jen se upřednostňovala materiální rovina rodiny před vztahovou. Rodiče dbali na to, aby vždy měli co jíst, aby byly děti slušně oblečené, jezdili na společné výlety a dovolené. Jak sama respondentka uvádí: „*Rodiče hodně dbali na to, abysme dělali na venek dobrej dojem, aby nás jako sousedi nepomluvili, ale to, že si s náma nepovídali a nehráli, to je už nezajímalo.*“ Matka občas s dětmi čas trávila, i když se zaměřovala především na praktické fungování rodiny. Otec děti fyzicky trestal a bil například za špatné známky či za nevhodné chování. Respondentka popisuje,

s jakým strachem chodila domů a různě se skrývala, pokud byl otec doma. „*Vždycky jsem šla ze školy prvně do garáže a tam jsem se koukla klíčovou dírkou, a když tam táta auto neměl, tak to byla varianta, že nebyl doma a to bylo dobrý. A opačně. A to bylo hrozně moc dlouhý tenhle ten stres ve mně*“

Drogy začala užívat v 21 letech, jako reakci na pracovní vyčerpání a velkou únavu z péče o malého syna. V té době pracovala v noci v baru a ráno musela plně fungovat, aby partner či rodiče nic nepoznali, když jí jezdili kontrolovat, zda má uklizeno a uvařeno. Kolegyně v práci jí nabídly pervitin, s tím, že se nebude cítit unavená a bude vše stíhat. Droga splňovala to, co jí slibovaly. Zhruba po roce a půl se užívání projevilo i na jejím psychickém stavu, kdy začala paranoidně obviňovat všechny ve svém okolí a trpěla hysterickými stavy. Po 2,5 letech její závislost vyplynula v plném rozsahu na povrch a její matka jí nechala proti její vůli hospitalizovat v léčebně a o jejího syna se střídavě starala ona, střídavě partner. Matka, aby respondentku potrestala „za nevhodné chování“, nechala nakonec soudně syna svěřit do péče partnera, který se s ním odstěhoval na neznámé místo. Po předčasném návratu z léčby zjistila, že syn doma již nebydlí. Tato skutečnost vedla k masivnímu rozvoji závislosti „*K manželovi jsem nemohla, ani jsem nevěděla, kde bydlel, takže jsem lítala, fetovala jsem. Deset let uplynulo, kdy jsem vlastně nebyla se svým synem, vidávala jsem ho hrozně namátkově, když mi to dovolili, třeba tak jednou, dvakrát do roka.*“

Po deseti letech si respondentka uvědomila a přiznala, že syn je pro ní už „ztracený“. Protože, jak sama uvádí: „*Měla jsem potřebu dávat lásku dítěti,*“ a tak přišla s novým partnerem do jiného stavu. Tehdejší partner byl v té době také uživatel a ona věděla, že jako narkoman se nejspíš nebude o dítě příliš zajímat a ona po porodu bude moct „zmizet“ s dítětem pryč. A tento plán jí vyšel. Druhý syn tedy nemá otce uvedeného v rodném listu a vůbec se nekontaktují. Se synem byla rok v komunitě a ještě zhruba rok po dokončení léčby vydržela kvůli synovi být „čistá“.

Zrecidivovala kvůli novému partnerovi. V té době však užívala jen nárazově, pro „*pobavení.*“ Nikdy jiné drogy neužívala, než pervitin, který jí pomáhal zbavit se silných komplexů z dětství a dospívání, kdy byla, dle jejích slov, velmi pomalé dítě a všichni kvůli tomu nadávali. A i proto se jí závislosti těžko zbavuje, jak vysvětluje: „*A proto se toho nemůžu zbavit, protože je tam hodně věcí, co mi to jakoby doplňovalo. Samozřejmě to má obrovský daně, obrovsky se za to platí. Ale ono je někdy silnější, že víte, co za to zaplatíte, ale stejně do toho jdete.*“

Mezitím se jí narodil třetí syn, opět s jiným partnerem, který byl také plánovaný. Hlavní motivací bylo, aby druhý syn měl na světě někoho k sobě a nebyl sám. Synové jsou od sebe

3 roky. Prvně byli oba chlapci (v době umístění: 5 a 2,5 roku) umístěni v Klokánku, poté, co byla jejich matka odvezena do vězení. Matka respondentky si děti odmítla vzít k sobě a zařídila jim právě pobyt v Klokánku. První pobyt v Klokánku netrval příliš dlouho.

Interpretace výsledků: Hodnocení matky v dotazníku PBI na škále *péče* ukazuje na málo přátelskou, ale dostatečnou vazbu, kde je malá snaha o vytvoření příjemného prostředí, percentil 45. Míra kontroly ze strany matky je též v pásmu průměru, percentil 50. V těchto případech je kontrola dítěte přiměřená jeho potřebám a přáním. Matka nechávala v některých případech rozhodnutí zcela na respondentce, v jiných případech však rozhodla sama.

Výsledky PBI u otce poukazují na velmi málo přátelskou a nelaskavou vazbu, s absencí komunikace a pochval. Hodnoty na škále *Péče* jsou tedy mimo pásmo normy, percentil 15. I hodnoty druhé škály, *Kontroly*, jsou mimo pásmo normy, ale tentokrát na druhé straně. Výsledky na této škále, percentil 98, poukazují na zcela kontrolující vazbu, bez možnosti volby či diskuze. Výsledky jasně odrážejí otcovo bití.

U dotazníku ECR je Z skór pro úzkostnost 2,10, což jsou dvě směrodatné odchylky od normy. Dimenze vyhýbavosti je s hodnotou 1,04 také mimo normu, ale „pouze“ o jednu směrodatnou odchylku. Ukazuje se, že u této respondentky je úzkostně vyhýbavý typ připoutání. Jistě se v těchto výsledcích odráží celkově méně příjemné rodinné prostředí a chladnější vztahy v rodině.

Současná situace: Nyní jsou synové opět v Klokánku, kde je respondentka pravidelně navštěvuje. Vztah se syny má postavený na vzájemně otevřené komunikaci, starší syn ví, že nyní chodí na *léčbu* a sám se jí na to i ptá. Soud o svěřeni dětí do její péče by měl proběhnout přibližně za dva měsíce. Do té doby musí vyřešit několik záležitostí, aby měla šanci u soudu vůbec uspět.

Jednou z nich je situace s bydlením. Žije ve vlastním bytě, ale společně s ní tam již několik měsíců žije „nějaký“ muž, sama nebyla schopna přesně vysvětlit, kdo to je a kde se u ní vzal. Bydlí tam i s přítelkyní a dcerou. Soužití je pro respondentku velmi psychicky náročné, nejen proto, že on sám drogy užívá, ale přímo v bytě je vyrábí, takže její občasné pokusy o abstinenci nejsou a ani nemohou být reálně moc úspěšné. Dalším aspektem, proč je současná situace pro ni velmi nepříjemná je fakt, že on má v jejím bytě svou malou dceru a ona má své syny v ústavním zařízení. Toto komplikované soužití má i přímý vliv na její současný partnerský život, kdy jí partner řekl, že dokud toho muže nevyhodí z bytu a nezačne situaci sama aktivně řešit, není s ní ochoten nadále být. Přítomnost partnera by si moc přála, je to pro ni psychická opora, a zároveň se domnívá, že díky jeho pomoci by zvládla začít s abstinencí.

Dalším důležitým požadavkem, aby jí soud mohl svěřit děti zpět do péče, je její pravidelné docházení na substituční léčbu a její zařazení do terapie nebo alespoň podaná žádost do komunity. Dodává, že si je vědoma, že soud bude nutné přesvědčit hodně důkazy: *„Chci je přesvědčit, aby mi dali s těma dětma šanci. Protože citovej vztah k nim mám obrovskej a oni ke mě taky. To budou vidět i v tom Klokánku a oni znají i tu minulost. Jim je divný, že se to opakuje. Takže mi teďka nedůvěřujou. Takže je chci přesvědčit o tom, že to je můj problém ty drogy. Je to můj problém a já si to řeším. Ale nemění to nic na tom, že bych měla miň ráda ty děti.“*

Díky drogové závislosti se u ní rozvinula s největší pravděpodobností bipolární porucha osobnosti. Zatím jí nemá oficiálně diagnostikovanou, ale veškeré dostupné informace tomu více než nasvědčují. Doufá, že během soudního přelíčení se její psychické problémy neprojeví, a také, že nikdo ze svědků o této skutečnosti nebude soud informovat.

Budoucnost: V současné době se především věnuje poctivé přípravě na soud. Snaží se vyřešit veškeré požadavky pro přidělení synů do péče. Podle jejích slov by jí pomohlo, kdyby si ji současný partner vzal. *„Protože by to mohlo pomoct u soudu, třeba by to nebrali, ale já to беру jako takovej důkaz, že to s těma dětmi myslíme vážně. Protože, když se lidi vezmou, tak na sebe berou určitý závazky, takže i ty děti se na ně pak můžou víc spolehnout.“* Situaci s dětmi i případný sňatek se svým partnerem opakovaně řešila, ale bez větších výsledků. Partner je ochoten se s respondentku oženit za předpokladu, že ona přestane užívat drogy a bude vyléčená. Ráda by také urovnala vztah se svou matkou, který jí aktuálně hodně ničí. Náročnost současné situace asi nejlépe vystihuje její vlastní shrnutí: *„Jestli on neodejde a mě se nevrátí ten můj a máma nezačne se mnou komunikovat, tak bez nich to nedokážu. Jakože ne fyzicky bez nich, ale tím, že jsou při mě. Že nejsem s nima na nože. Já už nemám sílu a energii řešit s mámou problémy, řešit partnerský problémy.“*

Ve vzdálenější budoucnosti by si ráda udělala rekvalifikační kurz pracovníka v sociálních službách. O této možnosti jí informovala vedoucí centra, která jí velmi podporuje. Přemýšlení o rekvalifikačním kurzu je pro ní i určitou formou odpočinku, kdy si dovolí alespoň na chvíli myslet sama na sebe a ne jen na svoje problémy. V souvislosti s užitečností kurzu zmiňuje, jak jí těšilo, když byla pozvaná na křest knihy *„Maminka ve vězení“*, kde divákům vyprávěla své zkušenosti z pobytu, takže by se rozhodně nebránila do budoucna se podobných akcí opět účastnit.

Největší obavy samozřejmě má nyní ze záležitostí kolem soudního jednání. Nemá strach, že by péči o děti nezvládla, nebo že by nebyla dobrá matka, naopak, chce udělat všechno proto,

aby její děti měly dobré životy. Svým synům chce říct o svém drogovém problému. Považuje za slušné, aby to věděli, když už se kvůli tomu všichni tolik trápí.

Klinická úvaha: Z uvedeného je zřejmé, že její dětství nebylo ideální. Malý zájem ze strany matky a fyzické týrání ze strany otce jsou faktory, které výrazně negativně ovlivnily její život. Odráží se to i ve výsledcích v dotaznících. O (ne)kvalitě vztahu s matkou svědčí i fakt, že její matka se vlastně zapříčinila, aby respondentka ztratila kontakt s prvorozeným synem. Je to velmi závažná překážka pro znovuvytvoření vztahu, o který by respondentka tak moc stála. Zdá se však, že matka respondentku kvůli problémům s drogami dost odsuzuje. V současné době stále užívá pervitin, i když v blízké době by měla přejít na substituční léčbu. Její situace je velmi nepříjemná, v krátkém časovém rozpětí řeší hodně náročných situací. Z jejího projevu a z celkového rozhovoru je zřejmý silný a upřímný zájem mít syny u sebe a žít s partnerem jako rodina. Nad problémy má jen částečný nadhled, uvědomuje si, že situace není v tuto chvíli příliš příznivá a že stačí velmi málo a může se vše výrazně zhoršit, že ona sama musí na hodně věcech zapracovat. Na druhou stranu se domníváme, že si neuvědomuje do důsledků, co všechno musí pro získání dětí sama opravdu udělat, a že naprosto nepočítá s případným neúspěchem u soudu. Ten by však mohl reálně nastat. Argumenty, které existují v její neprospěch, jsou například: aktuální užívání pervitinu, nebo již jednou neúspěšně absolvovaná léčba v TKK. Nezdá se, že by byla příliš vnitřně motivovaná pro život bez drog, abstinenci vnímá „jen“ jako prostředek pro získání dětí do péče. Poměrně komplikovaný je bludný kruh, ve kterém se ocitla se svým partnerem, kdy on od ní žádá abstinenci a ona svatbu. Jako rizikové také spatřujeme samotné argumenty, proč vlastně drogu užívá. Díky ní netrpí komplexy méněcennosti kvůli svému přirozeně pomalému tempu. Nevíme, na kolik si uvědomuje, že pokud začne abstinovat, pravděpodobně se to projeví i v oblasti, která jí léta trápila, a sice v jejím přirozeně pomalejším tempu. Situaci výrazně znesnadňuje i podezření na diagnózu bipolární poruchy a její dlouhodobá psychická nepohoda a nestabilita, která však u osob s úzkostně vyhýbavým typem vztahové vazby je poměrně běžná. V jejím případě se nedá, bohužel, ani spoléhat na podporu a pomoc v rodině. V podstatě s nikým ze své rodiny nemá funkční vztah, přičemž vztah s matkou je pro ní velmi podstatný a stojí o něj, ale současně, jak sama uvádí „*už nemá sílu*“, aby řešila ještě tento vztah.

Jsme toho názoru, že pokud soud nevyhraje a děti zůstanou v ústavní péči, „spadne“ do závislosti ještě mnohem více, než jaká je současná situace. Je vidět, že nyní žije jen pro své děti, aby je měla zpět. Je to její jediný smysl života, a pokud je nezíská, nemá v podstatě nic a nikoho, bude úplně sama. Takže její budoucnost hodně záleží na tom, zda se jí podaří

zajistit takové podmínky, včetně opuštění bytu s nezvaným nájemníkem, aby jí děti byly svěřeny. Věříme, že pokud je bude mít u sebe, bude schopna fungovat na substituční léčbě a později možná i bude moci absolvovat léčbu v komunitě.

- **Kazuistika číslo V**

Úvod: Respondentka číslo 5, narozena 1983. V době sběru dat byla druhý měsíc v TKK spolu s dvěma dcerami, (* duben, 2010) a (* květen, 2012). Respondentka je v komunitě kvůli své více jak patnáctileté závislosti na pervitinu. Užívala denně, nitrožilně, spolu s kouřením marihuany. Jedná se o její třetí léčbu, s tím, že první ukončila reversem ještě během pobytu na detoxikačním oddělení. Krom závislosti na nealkoholových látkách je ještě závislá na výherních automatech. S dětmi žije sama, není a nikdy nebyla vdaná a partnera nyní nemá, stejně jako neměla před nástupem do léčby zaměstnání.

Mínulost: Respondentka je jedináček. Dětství popisuje jako příjemné a nekonfliktní. Rodiče byli oba pracovně vytížení a ona od jednoho roku navštěvovala jesle. Během dětství se mnohokrát rodina stěhovala. Rodinná situace se změnila, když byla ve druhém ročníku na střední škole a bydlela na internátě. Rodiče se rozvedli, rozvod iniciovala matka, která s manželem setrvala jen kvůli dceři, ale v momentě, kdy ta odešla z domu, neměla další důvod ve vztahu pokračovat. Rozvod byl komplikovaný, otec dceři vyhrožoval spácháním sebevraždy a dělal různé problémy a naschvály, jak jí, tak její matce. V té době již respondentka bydlela u svého tehdejšího partnera a doma se příliš nezdržovala. Vztah to nebyl ideální, partner byl žárlivý a materiálně ji vydíral, v té době již fetoval. Jednou po příchodu domů jí v podstatě prvně nitrožilně aplikoval pervitin. *„Jak mi dal jehlu, tak si pamatuju, že to strašně bolelo. Měla jsem stíhy, prosila jsem kamarádku a ostatní, aby mi pomohli. Všichni měli strach, nikdo mi nic neřekl. Ještě nebyly Káčka.“* Od tohoto okamžiku do narození první dcery žila po různých bytech, s různými lidmi. Dlouho získávala drogy *„směnným obchodem - bydlení za pervitin“*. Později si finanční prostředky obstarávala prostitutí. Většinu vydělaných peněz prohrála na automatech. Sama svůj život vnímá jako divoký, a to především v oblasti intimních vztahů. *„Byla jsem sviňucha, v jedné době jsem chodila se dvěma najednou a třetí to nevěděl.“*

V důsledku svého nevázaného života v sedmadvaceti poprvé otěhotněla. První dcera byla plánovaná a chtěná, druhá nikoli. Každá má v rodném listě uvedeného jiného otce. *„Takže mám dcery s klukama, se kterejma bych normálně v životě vůbec nebyla.“* S druhou dcerou chtěla na potrat, ale gynekoložka jí oznámila, *„že se jí plod velmi drží“*, a dceru si tedy ponechala, přestože jí matka od ponechání důrazně odrazovala. Během obou těhotenství

stále užívala drogy, byť se jí podařilo na doporučení odborníků dávku stáhnout na minimum. Obě dcery jsou zdravé, bez jakéhokoliv poškození. Poprvé přestala sama brát po porodu. Abstinence jí vydržela pár měsíců, ale pod vlivem stresu z péče o dítě začala opět užívat. S péčí a výchovou jí příležitostně pomáhala matka, která si děti brávala k sobě, a to především v době, kdy respondentka nastoupila na první léčbu. Byla také období, kdy děti byly dočasně umístěny různě u známých a přátel matky, případně u partnerů respondentky. Tyto situace nastávaly ve chvílích, kdy si šla respondentka „na chvíli“ zahrát na automatech. *„Moje máma byla na mě kvůli tomu strašně nasraná. Mě to hrozně mrzelo. No, mám tu závislost. Velkou. Je to spouštěč, bez perníku mě to tak nebavilo.“*

Interpretace výsledků: Výsledky obou matčinych skóre jsou v pásmu průměru. Percentil 75 u *Péče* u ní poukazuje na přátelskou vazbu, se snahou o tvorbu příjemného prostředí s dostačným chválením a podporováním hodnoty dítěte. Matčiny druhý skóre, *Kontrola*, je s percentilem 25 spíše nízký. Dítě se může o všem rozhodovat samostatně, má volnost ve všech svých aktivitách. Ukazuje se, že u otce je situace opačná, o dceru příliš nepečoval, vztah k ní nebyl příliš vřelý, což potvrzuje i percentil 15, který je mimo pásmo normy. V těchto případech může hrozit i psychická deprivace. Na druhou stranu, míra kontroly s hodnotou 50 percentil je průměrná. Dítě je dostatečně samostatné, je vedeno k schopnosti umět se rozhodnout, má dostatek volnosti.

Úzkostnost vyšla v dotazníku ECR 1,02 což je jednu směrodatnou odchylku od normy a vnímáme ji jako klinicky významnou. Druhá dimenze, vyhýbavost, je naopak podprůměrná, -1,30. Jedná se o respondentku s úzkostným typem vazby.

Nynější situace: Nyní žije v TKK se svými dcerami. Několikrát zde měla již podanou žádost, ale nikdy nenastoupila, takže tohle byla její poslední šance, která byla podmíněna minimálně tříměsíčním pobytem na PN. Nyní jsou zde druhý měsíc, ještě sedm jich mají před sebou. Pobyt v PN na detoxu měl na ní nepříznivý vliv. Nejen proto, že nemohla být s dcerami, ale i pro problémy s medikací. Sama tvrdí, že nyní spatřuje jako svou hlavní motivaci v léčbě své dcery: *„100% jsou to holky, kvůli nim jsem to všechno absolvovala. To určitě, jinak bych tu nebyla. To je motivace. Já jsem byla i dost gambler, jakože fakt dost.“* Se svou matkou je po celou dobu v kontaktu, který se hodně z kvalitnil po narození první dcery. Tehdy jí matka začala víc pomáhat. Zároveň si respondentka uvědomuje, že má od ní už poslední šanci. Matka jí pomáhá především finančně, tím, že splácí respondentčiny dluhy a platí jí nájem za byt, aby se měla s dětmi po léčbě kam vrátit. Vzájemný vztah funguje i přesto, že se respondentka v osmnácti letech dozvěděla, že její matka vlastně není její

matkou, že si jí jako malou vzali z dětského domova. „*Ale já jí jako mámu беру a ona mě taky tak.*“

Budoucnost: V nejbližší době musí řešit nástup dcery do školky a soud, který by měl proběhnout v nadcházejících dnech. Nyní je v podmínce za trestný čin nedovolené výroby návykových látek. Předchozí dvě podmínky byly amnestovány. Předpokládá, že by soud mohl dopadnout v její prospěch i proto, že je nyní v léčbě a situaci řeší: „*Jakože já policajtům věřím, oni říkali, že když nebudu lhát a podepíšu to, že nebudou dělat problémy.*“

Po dokončení pobytu v komunitě si myslí, že půjde do pronajatého bytu, který jí platí matka. O doléčovací centru neuvažuje. Ráda by si začala vydělávat, aby mohla matce splatit vše, co do ní investovala, včetně různých kaucí a řešení jejich problémů. Myslí si, že by mohla pracovat u matky ve veřejném stravování, které matka provozuje. V současné době nemá pocit, že by si chtěla hledat partnera, naopak si myslí, že bude vhodnější, když s dětmi zůstane sama. Zároveň předpokládá občasný kontakt s otci svých dcer, které mají své otce rády a vztahy jsou mezi nimi dobré. Jinak větší plány na budoucnost nemá, více se věnuje tomu, co je *tady a teď*.

V budoucnu se obává finančních problémů a také toho, jak sdělit dcerám svou minulost. Uvědomuje si, že to bude asi těžké i proto, že bývalý partneři jsou stále aktivními uživateli a dcery se s nimi nejspíš budou chtít setkávat. Každopádně tuto rozpravu odsouvá do doby, kdy její dcery budou schopny informaci pochopit a kdy ona bude vyléčená. Sebe jako matku vnímá, vyjma závislosti, jako dobrou, jak uvádí: „*No tak jasně, nejsem asi úplně dobrá máma, když fetuju, že jo, nicméně mimo to si myslím, že se snažím ve všech ohledech. A třeba jednou budu.*“

Klinická úvaha: Respondentka je v procesu léčby, kterou podstupuje především kvůli svým dcerám. Má poměrně značnou podporu ze strany matky a přátel. Její vyjadřování je zmatečné a ne vždy zcela organizované, nicméně nad situací má nadhled a uvědomuju si rizika s jejím případným dalším užíváním. Působí jako matka, která má o své děti upřímný zájem a snaží se jim se všemocně věnovat a rozvíjet je. Je hodně, možná až přehnaně, starostlivá a úzkostná ve vztahu k nim. S dětmi tráví společně hodně času při různých činnostech. Domníváme se, že na její mateřství, které působí vyzrálejší dojmem než u jiných respondentek, má vliv i její věk. V porovnání s ostatními měla děti později a užila si déle svobodný život. Svou roli v tom hraje i to, že první dítě bylo chtěné a plánované.

Jako problém spatřujeme, že neplánuje pobyt v doléčovacím zařízení. Nicméně mnohem závažnějším problémem je její závislost na výherních automatech. Nejen proto, že sama tuto závislost hodnotí jako silnější oproti závislosti na pervitinu, ale především proto, že se tento

problém, alespoň dle jejího sdělení a dle pozorování výzkumnice, v komunitě téměř neřeší. Ano, nejedná se o komunitu specializovanou na léčbu gamblerů, ale domníváme se, že by bylo víc než vhodné, aby zde dostala možnost tuto problematiku řešit. Sama sice uvádí, že pokud hraje pod vlivem drogy, je to mnohem lepší, ale rozhodně nelze říct, že pokud by zmizely drogy, opustila by jí i její touha po hraní. Naopak, myslíme si, že automaty mohou velmi rychle vést k recidivě. Je v tuto chvíli velmi důležité, jak bude pokračovat léčba a zda bude prostor pro otevření tohoto tématu. To je podle nás zcela zásadní pro její úspěšnou budoucnost bez návykových látek.

- **Kazuistika číslo VIII**

Úvod: Respondentka číslo 8, narozena 1972. Setkání proběhlo v doléčovacím centru, kde pobývá se svou druhou dcerou (*2012), z předchozích vztahů má dceru (*1992) a syna (*??), který je v adopci. Absolvovala léčbu v TKK.. Návykové látky užívala dvacet dva let, současně užívala pervitin i heroin s denní nitrožilní aplikací. Žije sama bez partnera.

Mínulost: Narodila se ve Spojených státech a z té doby má dva sourozence, se kterými nevyrostala. Mimo ně má ještě dalších pět sourozenců (od druhého rodiče), se kterými též nevyrostala, a vzájemně se mezi sebou se neznají. Údajně byli od sebe odděleni proto, že všichni byli „emigrantský“ děti. Po návratu do ČR byli všichni dáni matkou do dětského domova, každé dítě opět do jiného. Do dnešního dne neví, proč tomu tak bylo. S nikým z rodiny se nestýká a nemá o nich žádné zprávy, vyjma jednoho bratra (*1974), kterého před nedávnem našla a nyní jsou v telefonickém kontaktu. V dětském domově byla téměř do svých sedmi let, kdy se jí ujali pěstouni. U pěstounů byla natřikrát, vždy u té samé rodiny. Opakovaně jí vrátili zpět do dětského domova. Ona od nich utíkala. K důvodům a podrobnostem, proč se tak dělo, se nechce vyjadřovat. Následně na to byla umístěna na dva a půl roku do výchovného ústavu.

V osmnácti letech odešla do velkého města, kde se seznámila s o dvacet tři let starším mužem. Má s ním dceru (*1992). S touto dcerou v kontaktu nyní není, plánuje jí kontaktovat, až bude v pořádku. Má syna, ten je někým adoptován, a ona situaci odmítá více komentovat.

Drogy začala užívat až po rozchodu s partnerem, který jí bil. Finanční prostředky na živobytí a na drogy si obstarávala prostitucí, převážně pro soukromou německou klientelu, kam denně přes noc jezdila. Dceru v té době přes noc hlídali různí lidé. Když bylo její dceři 11 let, svěřila jí do péče jejího otce, protože v té době, jak sama uvádí: „*To jsem do toho padla úplně fest. To už bylo na jehlu*“ (Pozn: do té doby heroin pouze kouřila.) „*To jsem si dávala*

třeba i 15x denně.“ Podobný styl života, i když již nejezdila od Německa, ale prostitucí si vydělávala stále, vedla zhruba patnáct let. Zlom nastal v době, kdy se výrazně zhoršila kvalita heroínu na českém trhu. V té době vědomě omezila denní dávku, ale úplně nepřestala. Takto žila dvacet dva let. Sama k tomu říká: *„Tam už nešlo o fyzično, ale o život a tady“* (ukazuje na hlavu.) *„Už jsem začala mít deprese, těžká zoufalost a nesnáším stereotyp. Já myslela, že když začnu brát drogy, že budu svobodná, ale tak to není.“*

Poslední dcera byla plánovaná zcela záměrně, sama respondentka vnímala možnost mít dítě jako svou jedinou záchranu. *„Bud' bude konec, nebo budu pokračovat. To už jsem cítila, že to je blízko.“* Dcera se narodila zdravá, respondentka užívala během těhotenství substituční léčbu. Byla dohodnutá s pracovníci OSPODu a s lékařkou, u které byla během těhotenství v péči, že po porodu bude dítě umístěné do kojeneckého ústavu a ona nastoupí na detoxifikační léčbu a později půjde do komunity. Sama tento krok vnímá jako svojí záchranu života. Po detoxu nastoupila do PN, kdy byla šest měsíců, stále bez dcery. Léčbu tam nedokončila a šla rovnou do komunity, kde již měla dceru u sebe. Vydržely tam sedm měsíců, léčbu nedokončila především proto, že jí nevyhovoval systém terapeutické práce. Po vzájemné dohodě byla přemístěna do denního stacionáře, kde opět musela být sama, bez dcery. V denním stacionáři byla více spokojená, dokázala si tam otevřít své problémy a zakončila pobyt rituálem. Nyní je spolu s dcerou v chráněném bydlení.

Interpretace výsledků: Dotazník PBI se u této respondentky vůbec neadministroval, vzhledem k tomu, že se svými biologickými rodiči v podstatě nevyrostala a i to málo, co si pamatuje, nechce jakkoliv zmiňovat a rozebírat.

Hodnoty v dotazníku ECR vyšly: úzkostnost 0,88, což je hodnota v pásmu normy, a vyhýbavost 1,11 což je více jak jak jednu směrodatnou odchylku od pásma průměru. Jedná se tedy o respondentku, u které se vyskytuje vyhýbavý typ vztahové vazby.

Současná situace: Nyní žije s malou dcerou na chráněném bydlení. Dcera je pro ni velkou motivací a zdrojem síly. Sama to popisuje následovně: *„Když už neběhám po ulicích, tak se teďka musím starat o dceru. A já jsem zjistila, že mě to strašně nabíjí. Že mě nabíjí ty starosti, i když jsem úplně vyčerpaná.“* Nyní dochází na čtvrtinový úvazek uklízet do centra poskytujícího služby narkomanům. Ráda by dala dceru do jeslí, ale z finančních důvodů to není možné. V době, kdy je v práci, jí dceru hlídá jedna klientka doléčovací centra, která chodí do stejné práce, ale v jiné dny, takže si vzájemně vycházejí vstříc. Jelikož dlouhou dobu neměla dceru v péči, snaží se nyní vyřídit veškeré náležitosti, aby dostávala rodičovské příspěvky. Velkou podporou jí v těchto jednání byly a jsou pracovníce OSPODu a především

již zmiňovaná lékařka a adiktoložka, která se za ní u soudu zaručila. V chráněném bydlení budou do prosince 2014, poté doufá, že jim bude schválena žádost o sociální byt.

Budoucnost: Do budoucna má poměrně velké plány. Jedním z projektů, kterému by se chtěla věnovat, je nabídka zfilmování a zdramatizování jejího životního příběhu, který jí nabídl její kamarád - režisér. Sama v něm vystupovat nechce, ale není vyloučené, že by se ve filmu objevila její dcera, která by vlastně hrála respondentku v dětství. Ráda by také chodila na různá setkání a besedy aktivně vyprávět o svém životním příběhu, kde by lidem především chtěla předat to, že drogová závislost není legrace. Uvědomuje si, že se projekt nemusí zrealizovat, ale i tak je odhodlaná do toho jít. *„Jsem ráda za ten film, nevím, zda to pro mě bude jakoby uzavření nebo naopak, ale prostě chci, aby to lidi pochopili. Chci být pro ně ideálem. Být vzorem. Nemusí se to zrealizovat, ale máte jakoby nějakou směr.“* Ráda by si později doplnila vzdělání, jazyky, a chtěla by se věnovat adiktologii, ale v tuto chvíli jsou to vzdálené sny, kterým se bude věnovat později, až vyřeší současné problémy.

Sama sebe popisuje jako „malou matku“ a je si vědoma, že tento stav není ideální. Na jednu stranu je ráda, že dceru má, na druhou stranu přiznává, že v ní dcera občas vzbuzuje silné agresivní tendence. Dceřiny potřeby fyzické blízkosti jí někdy přijdou velmi omezující a obtěžující. Sama to vysvětluje nejen minulostí narkomanky, ale i tím, že jí v dětství chybělo fungující rodinné zázemí, a proto má strach, že nebude dobrá matka; jak dodává: *„Normálně ona se ke mně přitulí a normálně mě to překáží, je to divný, ale mě to žene až hodně do vzteku. Snažím se teď blíž k ní přitáhnout, ale je to obrovsky náročný. Právě proto mám strach, že nebudu dobrá matka.“*

Nemalé obavy má i z budoucího života „tam venku“, stále vnímá určitou ochranu i pomocnou ruku od lidí v chráněném bydlení. Ale až budou muset žít samy, tak si není situací příliš jistá. Její situace je těžší v tom, že nemá nikoho, kdy by jí byl oporou a kdo by jí jakkoliv pomohl. S otcem dcery se vídat nechce, ten stále užívá a vyrábí drogy, a vztah s ním by pro ni neměl žádnou budoucnost ani přínos. Její jedinou oporou jsou sociální pracovníci. Je přesvědčena, že o své minulosti dceři řekne, jakmile to bude schopna pochopit. Věří, že pokud dcera bude vědět o problémech své matky, snáze sama vlivu drog odolá.

Klinická úvaha: Tato respondentka na nás působí velmi motivovaně a odhodlaně. Z rozhovoru s ní pramení velká odhodlanost, pevná vůle i značný nadhled nad situací. Například v otázce recidivy má zcela jasno. *„Jestli jediná bude, tak je konec. Já vím přesně. Každý říká jednou, nějakou úlet. Vůbec. Neexistuje. Jestli já jsem rozumnější, brala jsem 22 let, ale každé, kdo mi řekne, že zrecne, tak je hlupák.“* Jako pozitivní vnímáme i její postoj k závislosti ve smyslu ochoty o tom veřejně mluvit a přání společensky se v této oblasti

angažovat. Domníváme se, že má velmi dobře nakročeno k budoucnosti bez drog. Co naopak vidíme jako značně rizikový faktor je absence konkrétní blízké osoby a v podstatě nulová podpůrná sociální síť. U této respondentky je dobře pozorovatelné, jak se nefunkční vazba mezi matkou a dítětem přenáší i na další generaci. Ona sama nevyrostala v rodině, nezná rodinné fungování a po čase nebyla sama schopna toto zajistit svým dvěma nejstarším dětem, se kterými v podstatě není v kontaktu a které pravděpodobně vyrůstaly po emoční stránce ve stejně nekvalitních emočních podmínkách, jako ona sama. Současně se ukazuje, že vyhýbavý typ vazby se přímo projevuje do vztahu s dcerou, kdy je respondentce nepříjemné, že se chce dítě s ní fyzicky kontaktovat. Domníváme se, že by bylo velmi vhodné, aby i po odchodu z chráněného bydlení byla nadále v kontaktu s odborníkem, a to nejlépe psychologem, který by jí pomáhal vyrovnat se se svou minulostí.

10 Diskuze

V následující části se pokusíme rozebrat různé aspekty týkající se metodologie výzkumu a výzkumného souboru. Zmíníme zde pozitiva i negativa konkrétních metod a postupů. Druhou částí je zamyšlení se nad výsledky a v závěru kapitoly jsou nastíněny možné podněty pro možná další výzkumná šetření.

10.1 Diskuze o metodologické části práce

- **Výzkumný soubor**

Pravděpodobně prvním aspektem, který se vybaví spolu s popisem výzkumného souboru, je jeho velikost. Jistě by bylo zajímavější získat více respondentek a také obsáhnout širší spektrum fází života se závislostí. Původně bylo plánováno mít ve vzorku ideálně alespoň jednu respondentku, která by v době sběru dat nebyla v žádném léčebném ani sociálním zařízení a žila by „aktivní drogový život“. Z tohoto záměru jsme posléze odstoupili. Důvody byly dva: Pokud se člověk sám nepohybuje aktivně na drogové scéně, např. jako streetworker, je poměrně obtížné se s nějakou takto žijící ženou sblížit natolik, aby byla ochotna hovořit o tolik citlivém tématu, jakým její potomek jistě je. Jako každá subkultura, i subkultura narkomanů mezi sebe pouští nové lidi jen s obtížemi, velkými obavami a nejistotou. Domníváme se, že právě u žen, které mají děti, je strach a neochota výrazně silnější, než u jiných narkomanů. Obávají se především případného odebrání dětí. Což, upřímně řečeno, je víc než pravděpodobné, uvědomíme-li si, v jakých podmínkách tyto lidé přebývají. Druhým možným důvodem, který vedl k nekontaktování respondentek v této fázi závislosti, byla morální a etická bariéra na straně výzkumnice. Během své stáže v Kontaktním centru v Praze se výzkumnice dostala do kontaktu s potenciálními respondentkami, avšak nepřišlo jí vhodné kontaktovat ženy, které mají jiné starosti a pravděpodobně mezi ně nepatří účast na výzkumu. A současně by takové jednání mohlo narážet na principy nízkoprahového zařízení a na očekávání, která klienti a klientky od této služby předpokládají. Respondentky – dlouhodobě abstinující – se kontaktovat podařilo, ale všechny (tři) odmítly s vysvětlením, že nyní už žijí jiný život a rozhodně se nechtějí vracet ke své drogové minulosti.

Původní záměr bylo získat rozhovory i tzv. „z druhé strany“, tedy od osob, které s touto skupinou pracují. Všichni oslovení pracovníci (terapeuti, sociální pracovníci z OSPODu, ředitelé zařízení náhradní rodinné péče aj.) odpověděli, pokud vůbec reagovali, že to není možné z časového a pracovního vytížení. Na OSPODech jsme se setkávali i s reakcí, že

o tématu vůbec mluvit nesmějí. Což samozřejmě chápeme, nicméně jim bylo předem sděleno, o jaký typ rozhovoru bychom měli zájem a co by obsahoval, a rozhodně se nejednalo o citlivé údaje o klientech, ale spíše o dojmy a postřehy pracovníků, kteří by potvrdili, případně vyvrátili teoretické poznatky k tématu. Tento záměr zůstává možným podnětem pro další výzkumy.

- **Sběr dat**

Značnou výhodou při získávání respondentek pro výzkum byl fakt, že výzkumnice byla žena. Je otázkou, na kolik by se obsahy rozhovorů lišily, pokud by je realizoval muž. Některé informace byly velmi intimní povahy a celkově se jednalo převážně o „ženské“ téma. Respondentky to samy několikrát během hovorů nepřímou sdělily: „*To chápeš, že jo, si taky holka*“ a podobnými komentáři. Rozhodně nejkvalitnější data byla získána během výzkumničina týdenního pobytu v komunitě, kde byla šance na vytvoření alespoň základního vztahu a důvěry. Tato skutečnost se odrazila i v délce a obsahu rozhovorů vzniklých v komunitě a mimo ni. V tomto ohledu byla nejhorší situace v centrech poskytujících ambulantní sociální služby, kde kompletní sběr dat musel ve všech třech případech proběhnout v rámci prvního a současně jediného setkání. Tuto podmínku hodnotíme poměrně negativně, neboť časový tlak zvyšoval napětí jak u výzkumnice, tak u respondentky, která mimo to byla vystavena i nové, neplánované situaci se zcela neznámou osobou. Na kvalitu a kvantitu sebraných dat mělo rozhodně vliv to, v jaké fázi závislosti se ženy nacházely. O čím pozdější období se jednalo, tím byly odpovědi srozumitelnější, celkový projev více logicky strukturovaný a obsahová stránka byla značně bohatší. Jak díky delšímu zkušenostnímu období s léčbou a bojem proti závislosti, tak i díky většímu nadhledu na situaci včetně plánů do budoucnosti. Celkově by situaci pomohlo, kdyby bylo umožněno setkání respondentek s výzkumnicí více než jednou. Při prvním setkání by se seznámily jak spolu, tak i s výzkumem. Druhé setkání by následně mohlo probíhat více v poklidu, kdy by obě strany alespoň tušily, co mohou očekávat. Také by se dal sběr dat rozdělit na dvě fáze, na dotazníky a na samotný rozhovor.

Otázka se nabízí také ohledně dobrovolnosti účasti na výzkumu. Ano, všechny respondentky měly svobodnou možnost přijmout nebo odmítnout nabídku spolupráce, ale v reálu se ukázalo, že značný vliv na jejich rozhodnutí měla i jejich snaha vyhovět autoritě, případný strach z „neuposlechnutí“. Sice nikdo potencionálním respondentkám neřekl striktně „*Musíte se zúčastnit...*“, ale atmosféra i okolnosti na ně v tomto směru jistý tlak vyvíjely.

Na druhou stranu, byly i respondentky, které možnost spolupráce vítaly a vnímaly to jako určitou formu terapie, kdy budou moci svůj příběh znova odvyprávět.

Během realizace výzkumu jsme opakovaně narazili na situaci, kterou označujeme pracovním jazykem jako „převýzkumováno“. Stalo se ve více případech, že respondentky danou metodu znaly. Což nemělo vliv na samotné výsledky nebo kvalitu sebraných dat, spíše se jedná o postřeh a o zamyšlení, co s tou situací dělat. Nejlépe to dokazuje výrok jedné z respondentek: „*J sme jak zvířata v zoo, pořád nás chodí někdo zkoumat, jako kdybychom byli něco jinýho než vy.*“ Je pravděpodobné, že poptávka potencionálních výzkumníků z řad studentů je asi větší, než uspokojivá „nabídka“ z řad respondentů. V našem případě je situace ještě více specifická a komplikovaná, jelikož v České republice je nyní pouze jedna specializovaná komunita, která se věnuje našemu výzkumnému souboru. Stejně tak je to i s doléčovacími službami. Je tedy velmi pravděpodobné, že kdokoliv, kdo bude realizovat výzkum, ve kterém nějakou formou figurují závislé matky, navštíví stejná zařízení jako my. Tato situace je v první řadě značně zatěžující pro klientky služeb, které místo zaměření se na svou léčbu se často věnují vyplňování dotazníků a testů, pro ně bezvýznamných. Současně to komplikuje situaci výzkumníkům a výzkumu, který je zásadní pro rozvoj oboru, jako celku. Je tedy otázkou, jak situaci řešit. Zda si každé zařízení stanoví své kvóty pro výzkum, což již někde v reálu funguje tak, že studenty například vůbec nepřijímají, nebo zda naopak dát jasné limity fakultám a pracovištím, kde je potenciální možnost, že by výzkumy byly realizovány právě v oblasti adiktologie. Možná by situaci pomohlo větší časové rozpětí mezi výzkumy. Větší časová dotace by pravděpodobně měla příznivý vliv i na náš výzkum.

- **Použité metody**

Metody použité v našem výzkumu byly dle našeho názoru zvoleny vhodně vzhledem k záměru a cílům celé práce. Oba dotazníky se vzájemně dobře doplňovaly a doba jejich administrace nebyla přehnaně dlouhá. Volba pořadí metod byla na respondentkách, ale žádná této možnosti nevyužila a tak pořadí určila výzkumnice. Prvním byl screeningový dotazník. Na začátku každého setkání byly respondentky povětšinou mírně nervózní a rozhodně nebylo cílem jejich nejistotu a obavy zvyšovat složitým dotazníkem, naopak snaha byla situaci nastavit co nejpříjemněji. Ve screeningovém dotazníku nebyly žádné položky, které by byly náročné na odpověď. Většinu z informací uvádějí velmi často při kontaktu s institucemi, takže se jednalo v podstatě o rutinní úkon. Následoval dotazník ECR, který považujeme za nejnáročnější. Také jeho vyplňování zabralo respondentkám mnohem více času, než dotazník PBI. Ten byl administrován jako poslední právě pro jeho rychlou

administraci a možnost rozdělit administraci na část před rozhovorem a po něm. Rozhovor byl zařazen jako poslední. Je to nejobsáhlejší metoda, která vyžadovala největší časovou dotaci. Současně bylo možné vyprávění posunovat dle aktuální situace a potřeb výzkumu (nedostatek času, neklid dětí aj.).

Jednoznačně nejvhodnější a také nejdůležitější metodou byl polostrukturovaný rozhovor. A to nejen pro jeho již dříve zmíněné nesporné výhody, ale také proto, že umožňoval respondentkám alespoň částečnou kontrolu nad situací. Měli jsme předem vytvořenou kostru rozhovoru s klíčovými tématy, ale bylo jen na respondentkách, zda budou ochotny o všem s výzkumníci hovořit. V každém z deseti rozhovorů nastala situace, kdy se respondentka, většinou s omluvou, vymezila, že se k danému tématu vyjadřovat nechce. Nejčastěji se jednalo o informace z dětství (týrání, zneužívání) nebo o informace související s trestnou činností (výroba a přechovávání návykových látek, zanedbávání péče o svěřenou osobu, majetková trestná činnost). Díky tomu, že nebylo nutné mít odpovědi od všech žen na všechny otázky, byla atmosféra sběru dat značně příjemnější. Tato skutečnost měla vliv na podobu výsledných kazuistik, kdy ne všechny obsahují shodné údaje. Domníváme se, že i tato skutečnost má určitou vypovídací hodnotu. Polostrukturovaný rozhovor měl pro některé ženy i přidanou hodnotu v možnosti sdílení příběhu s někým nezaujatým, s někým „z venku“, což samy vnímaly pozitivně. Samozřejmě nelze ani nikterak vyloučit fakt, že docházelo k upravování reality v jejich vlastní prospěch. A to jak z důvodu obrany, tak i ze snahy utvoření lepšího dojmu.

Dotazník PBI je vhodný pro svou poměrně rychlou administraci a jasné oddělení informací o matce a o otci. Díky tomu se otevírá větší prostor pro lepší pochopení vzájemných vztahů v rodině. Výhodou je, že otázky u matky i otce jsou shodné, takže vyplňování záznamového archu podruhé už bylo výrazně rychlejší, neb respondentky nemusely přemýšlet nad konstrukcí otázek. Tento dotazník je příznivý i díky poměrně jasné formulovaným otázkám. Nejsou zde zavádějící české dvojí zápory typu „*Není pravda, že nebyla...*“. Jeden záznamový arch je pouze na jednu stranu. Respondentky celkově tento nástroj lépe přijímaly. Jediné, co vnímáme jako drobné negativum, jsou jeho normy, které jsou uváděny pouze v percentilech, což vede k méně detailní interpretaci především v pásmu normy. Nicméně, v našem souboru se často pracovalo s pásmo mimo normu a tam posloužil dobře.

Dotazník ECR byl jednoznačně pro respondentky nejnáročnější a nejméně srozumitelný. Při práci s tímto nástrojem se poměrně často stávalo, že některá tvrzení musela být výzkumníci na místě vysvětlena, nebo muselo být objasněno, co které hodnocení na škále

přesně znamená ve vztahu ke konkrétní položce. Např. “22. *Netrápím se často nad tím, že bych mohla být opuštěna.*“ Zde respondentky měly tendenci posuzovat každou část tvrzení samostatně, tedy, „*Ne, netrápím se*“ a pak zvažovaly variantu „*že bych mohla být opuštěna.*“ Podobných případů bylo více. Někdy bylo z reakce zřejmé, že konkrétní otázku zcela nepochopily, ale nejspíš jim přišlo nevhodné se doptat, a tak rychle zvolily odpověď a věnovaly se jinému tvrzení. Občasné rychlé přesuny mezi tvrzeními mohly být způsobeny i subjektivní nepříjemností dané položky. Největší nevýhoda nástroje je absence oficiálních českých norem. Celé vyhodnocování probíhalo podle provizorních norem pro neklinickou populaci, se kterou byly naše výsledky porovnány. Výrazně se nabízí otázka, zda by při výzkumu vztahové vazby u této populace nebylo vhodnější užití jiného sebesposuzovacího nástroje, případně Adult attachment interview, především v situacích, kdy výzkum neobsahuje další rozhovor.

Celkově lze říct, že v metodologické části práce se nevyskytly významné problémy. Jako hlavní doporučení vidíme větší časovou dotaci na celý výzkum, přesněji větší množství času, který by bylo možné věnovat každé respondentce zvlášť. Možnost rozdělit tuto činnost na dvě setkání (jedno zaměřené jen na dotazníky a druhé věnované pouze rozhovoru) by odbourala určitou únavu, která se ke konci rozhovorů nutně projevovala, umožnila by vytvoření alespoň nějakého vztahu mezi výzkumníkem a respondentkami a také by mohlo dojít k získání většího množství dat.

10.2 Diskuze o výsledcích

Obsahem tohoto bodu jsou vlivy, které mohly zapříčinit zkreslení údajů, a také úvahy o některých zajímavých či rozporných výsledcích, které se objevily.

• Možná zkreslení dat

Každý výzkum se potýká s možným zkreslením. Je to fakt, se kterým se musí počítat. V našem případě se mohlo na zkreslení podílet více vlivů. Prvním, který byl již naznačen v předchozí části, je vliv autority – pracovníka zařízení. Ten respondentky stručně seznámil s výzkumníci a jejím záměrem. Respondentky se zjevně v mnoha případech nechtěly stavět proti autoritě. Docházelo tedy často k vyhovění žádosti autority, které se projevilo v ochotě spolupracovat. To se projevovalo i v situacích, kdy jako autorita vystupovala sama výzkumnice, tedy především v TKK.

Svou roli jistě sehrálo i omezené množství času. Sběr dat byl limitován možnostmi zařízení a ochotou respondentek věnovat své volno našemu výzkumu. Především časový aspekt

výzkumu mohl značně ovlivnit množství informací uvedených v rozhovoru a omezit „hlubší“ přemýšlení o jednotlivých položkách v dotaznících.

Kvalitu a kvantitu získaných dat mohlo také ovlivnit vnímání výzkumu respondentkou. U některých respondentek bylo patrné, že již mnoho dotazníků vyplnily, a vnímaly celou situaci jen jako „další obtěžování“. Větší část (šest) však byla potěšena zájmem o svou osobu, což se projevilo v ochotě sdílet více osobních informací. U respondentek v TKK mohl mít pozitivní vliv na získaná data i poměrně dobrý vztah mezi výzkumníci a respondentkami, který se během jejího pobytu podařilo navázat.

Jako poslední uvádíme možné zkreslení v důsledku ne vždy úplného pochopení položek v dotazníku, především v ECR. Pokud položka nebyla respondentkám zcela jasná, buď si odpověď tiplly, nebo pokud „sebraly odvahu“ a zeptaly se výzkumnice, byla jim konkrétní položka objasněna. Obě tyto skutečnosti mohly negativně ovlivnit výsledná data. V dalších výzkumech by bylo vhodné zajistit si pro každou jednu respondentku více času. Nejasnostem kolem dotazníku by se dalo předejít zvolením jiné metody a/nebo pilotním sběrem dat pro ověření vhodnosti daného nástroje u konkrétní zkoumané populace.

• **Vlastní výsledky**

V této části jen stručně shrneme ty výsledky, které vyšly v souladu s teoretickými poznatky. A zaměříme se především na ty, jež jsou v nějakém ohledu překvapující, je třeba je brát s rezervou, a na výsledky, které se zdají být nejpřínosnější pro praxi.

Výsledků, které potvrzují existující poznatky, je více. Prvním z nich je zvýšený výskyt nejisté vztahové vazby u populace závislých osob oproti běžné populaci. V našem vzorku šest z deseti respondentek vykazovalo nejistý typ připoutání. Další s teorií shodný výsledek se týká motivace respondentek pro léčbu. V podstatě všechny uvedly, že jsou to především děti, kvůli kterým jsou ochotny svou závislost řešit. V žádném ohledu nejsou ani překvapivé budoucí obavy respondentek. Kromě logických a praktických obav, jako je finanční zajištění, nalezení zaměstnání, se objevuje i strach z toho, jak pracovat se svou (bývalou) drogovou závislostí ve vztahu k dětem. Tomuto problému věnujeme samostatný odstavec.

Jednoznačně větší pozornost si zaslouží nástroj ECR. Právě on by mohl být nejvíce zatížen nežádoucími vlivy, přesněji nejasnostmi významu u některých položek. Ve výsledcích subškály vztahové vyhybavosti se ukázalo, že nejvyšší hodnoty vykazovaly ty respondentky, které jsme získali v ambulantních sociálních službách, a naopak nejnižší hodnoty byly v rámci této dimenze zjištěny u žen, které jsou již v doléčovacím zařízení nebo

bydlí samostatně. Na základě tohoto faktu jsme vyslovili úvahu, že pobyt v léčbě má pozitivní vliv na vztahovou úzkostnost, která se snižuje s narůstající délkou léčby. Tento poznatek se zdá platný, nicméně je nutné si uvědomit, že se jedná o zjišťování aktuální situace na základě jediného měření u deseti respondentek. Abychom mohli naši úvahu potvrdit nebo vyvrátit, bylo by nutné provést opakovaná měření u každé respondentky v každé fázi léčby a teprve z těchto výsledků tvořit závěry. Pro to, abychom mohli případné závěry použít i na širší populaci, by bylo nutné mít mnohem obsáhlejší výzkumný soubor, než jaký jsme měli my nyní. Je tedy teoreticky možné, že vyšlé hodnoty nemají nic společného s léčbou, ani s tím, zda mají nebo nemají respondentky u sebe děti během léčby. Respondentky by vykazovaly při opakovaném měření stejné skóry napříč léčebnými fázemi. Pokud by se toto potvrdilo, ukazovalo by to na skutečnost, že typ vztahové vazby je v podstatě neměnný a trvalý pro celý život. Je pravda, že vztahová vazba se svými vnitřními modely je hodně stálá struktura, ale ukazuje se, že určité změny, pokud je jedinec v podporujícím prostředí, jsou možné.

Výsledky, které podle nás stojí za pozornost, jsou hodnoty v dotazníku PBI u všech otců. Nezdá se, že by došlo k chybě při administraci nebo zpracování, jelikož hodnoty odpovídají obsahům rozhovorů. Ve většině případů jsou hodnoty značně extrémní, či nejsou z osobních důvodů uvedeny vůbec. Je tedy jasné, že otcové ve všech rodinách měli na své dcery značný, převážně negativní význam. Jedná se o přehnaně přísné otce, kteří svým dcerám nějakým způsobem ubližovali, anebo naopak o otce velmi benevolentní, kteří nechávali své dcery dělat si, co chtěly. Nevyhovující vztahy s otci mají přirozeně i negativní dopady například na partnerské vztahy respondentek či celkově na vztahy s muži ve všech rovinách. Rozhodně však tyto výsledky stojí minimálně za zamyšlení, ne-li za detailnější výzkumné šetření.

Jak se ukázalo, mnohým respondentkám pomáhají s péčí o děti babičky. Nejedná se pouze o běžné „babičkovské“ výpomoci a občasné návštěvy, ale především o poskytnutí dočasné péče v situacích, kdy jsou ženy na léčení a nemohou (nechtějí mít) děti u sebe. Tyto babičky se dětí ujímají, aby nemusely být děti umístěny do ústavních zařízení a dětských domovů. Tento postup se zdá na první pohled zcela normální a pochopitelný. Babičky jsou v naší společnosti vnímány jako „zachránci a hlídači dětí“ v situacích, kdy matka nemůže. V našem případě se však nabízí úvaha, zda umístění dětí do péče prarodiče je to nejlepší a nejvhodnější možné řešení pro dítě. Jsou to právě prarodiče, kteří mají mnohdy značný, byť ne vždy přímý, podíl na závislosti svých dětí. Je tedy otázkou, zda prarodiče, kteří určitým způsobem selhali ve své rodičovské funkci, jsou nyní díky zkušenostem a věkovému

odstupu schopni poskytnout adekvátní péči a vhodné prostředí svým vnoučatům. Tato úvaha je inspirována Dr. Preslovou, která se tématu aktivně věnuje. Nelze opomenout ani variantu, že prarodiče se děti ujímají zcela záměrně, aby „*napravili*“ své chyby, kterých se dříve dopustili. Ve vztahu k našemu souboru a především našim výsledkům je vhodné podotknout, že ve většině rodin byl „*ten horší*“ otec, matky vesměs nebyly hodnoceny tak záporně. U matek se jednalo především o jejich absenci v rodině, nebo o absenci citů k potomkovi. Ať je důvod pro umístění dětí do péče babiček jakýkoliv, považujeme za vhodné tyto ženy průběžně monitorovat, nabízet jim různá edukativní setkání a především velmi podporovat, včetně terapeutické práce. Ta by v ideálním případě měla být prováděna s celým systémem: babička – respondentka – potomek. Dlouhodobá terapie by měla vést ke vzájemnému zlepšení vztahů a vazeb.

Otázka následné rodinné terapie je jistě aktuální i u samotných respondentek. V rozhovorech se objevují témata, při jejichž řešení by byla odborná pomoc velmi vhodná. Řadí se k nim především problém, jak dětem říci o své drogové závislosti, jak obnovit přerušovaný vzájemný vztah mezi matkou a dítětem, a také, jak případně sblížit sourozence, kteří žili určitou dobu odděleně. Všechny respondentky doufají, že informace o své závislosti budou mít na jejich potomky odstrašující vliv. Nicméně nelze v této souvislosti opomenout i opačnou variantu, možná i pravděpodobnější. Děti mají potřebu identifikace se svým vzorem, kterým často bývá rodič. Pokud tedy vzor dělal něco, co je ve společnosti zakázané, odsuzované a současně opředené maskou tajemství a dobrodružství, dá se předpokládat, že to bude právě ten aspekt, který potomek bude chtít napodobit. Aktuálnost tématu je zřejmá, objevilo se totiž bez výjimky u každé z respondentek. Pomoc při zpracovávání těchto témat vnímáme jako velmi nutnou a užitečnou. Nejen během léčby a krátce po ní, ale i v mnohem dlouhodobějším horizontu. Nedílnou součástí této pomoci by měla být i edukace o vhodné prevenci těchto negativních sociopatologických jevů.

Zajímavým poznatkem je touha některých respondentek sdílet svůj příběh a v podstatě se tím přidat k protidrogové prevenci. Jsme toho názoru, že například beseda ve škole s reálnou uživatelkou může být účinnější než programy primární prevence pořádané různými organizacemi. Současně by tento model spolupráce posílil sebevědomí respondentek a dal by jim zažít pocit užitečnosti, který mnohdy vůbec nemají.

10.3. Diskuze o podmínkách pro praxi a o dalším možném výzkumném směřování

Závěr kapitoly Diskuze patří dvěma oblastem. Jsou zde zdůrazněny ty výsledky, které mají podle nás největší potenciál do praxe a také nastínění možných výzkumů, které by rozvíjely naši práci.

- **Mužská postava**

Ukázalo se, že velmi závažným tématem pro respondentky jsou muži, respektive mužská figura v jejich životech. U všech respondentek byl problém s otcem a ve většině případů se problémy ukázaly i v partnerských svazcích, nehledě na to, že mnohé respondentky mají také zkušenost s prostitucí a zneužíváním. Národní monitorovací středisko vydalo na počátku roku 2014 publikaci věnující se specificky ženským tématům, která obsahuje podměty a návrhy pro poradenství a terapii. Jsou zde témata týkající se vztahů, traumat, attachmentu a jiné, ale téma, které by bylo věnováno souhrnně mužům, podle nás schází. Domníváme se, že pojetí problematiky mužské figury napříč zmíněnými tématy by mohlo napomoci lépe celou situaci zarámovat, ukotvit a pochopit souvislosti mezi jednotlivými životními událostmi a aspekty. Jedná se v podstatě o zastřešující téma mnoha dílčích aspektům. Nejen, že je zde prostor pro řešení věcí z minulosti, ale nabízí se i přesah do budoucnosti, konkrétně v podtématu vztah matky k synovi. Tento původně přirozený a primární vztah se může rozvinout ve zcela patologickou formu, u které v důsledku trpí obě strany. Případy, kdy se matka nezdravě připoutá ke svému synovi, nejsou ojedinělé. A u žen, kterým v dětství chyběla mužská postava, nebo se naopak tato „postava“ vůči ženě chovala nepřijatelně, je riziko vzniku patologického vztahu k synovi značné. Hrozí ale i opačný extrém, tedy odmítání syna. I z těchto důvodů se domníváme, že by bylo vhodné zařadit téma „*mužské figury*“ se všemi svými rozměry do témat specifických pro drogově závislé ženy.

- **Prevence užívání drog u potomků závislých matek**

Jedná se o téma, které trápí všechny naše respondentky. Doufají, že pokud se děti dozví o drogových problémech u své matky, samy se jim vyhnou. Některé se vyjádřily i poměrně agresivně a nevybíravě na adresu potencionálních osob, jenž by jejich dětem k droze dopomohly. Tyto ženy nemají vůbec jasno, jak o drogách s dětmi mluvit, kdy a jakou formou jim toto téma přiblížit, obávají se toho. Tuto problematiku vnímáme jako velmi naléhavou i proto, že děti, které pocházejí z ne zcela ideálních podmínek, jako jsou nekompletní a nefunkční rodiny, jsou „*automaticky*“ více náchylnější k různým závislostem,

disociálnímu chování a psychickým problémům. V podstatě hrozí opakování stejně bludného kruhu, ve kterém se nacházejí/nacházely jejich matky.

- **Výzkumné úvahy**

Během zpracovávání výsledků této práce se vyskytly otázky a fenomény, které by samy o sobě mohly být předmětem výzkumu problematiky vztahové vazby a drogového mateřství. Bylo by velmi zajímavé provést třígenerační longitudinální výzkum sledující, na kolik se zkušenosti ze „špatného“²⁶ dětství přenášejí mezigeneračně, a zda se mění způsoby zvládání těchto problémů, i v souvislosti se stále pokrokovějšími službami. Vyzkoumat, co funguje jako protektivní faktor a co naopak situaci zhoršuje. Bylo by zajímavé zjistit, jaký typ vztahové vazby se vyskytuje u dětí nejistě připoutaných matek a to jak ve všeobecné populaci, tak v populaci závislých žen, a konečně by bylo, především pro nás, zajímavé zjistit, jak se nadále vyvíjejí děti našich respondentek. Je tedy otázkou, zda ženy s narušenou vazbou jsou (vůbec) schopny vytvořit vřelou a jistou vazbu ke svému dítěti a zajistit, aby i dítě bylo jistě připoutané k ní.

Je všeobecně známo, že vznik a rozvoj drogové závislosti je multifaktorově podmíněn a mezi faktory pochopitelně figuruje i rodinné prostředí a vztahy v něm, vztahy a vazby k blízkým. Trochu „*utopickým*“ námětem by bylo jasnější vymezení jednotlivých faktorů, které mají na vznik závislosti největší vliv. Pro takovýto výzkum by bylo nutné mít několik různých skupin respondentů, kteří by vždy nesplňovali jen jednu podmínku. Takto vymezený výzkum není téměř realizovatelný jak z časového hlediska, tak i pro velmi obtížnou možnost zajištění adekvátních vzorků respondentů. A samozřejmě celou situaci by komplikovaly i faktory, které se nedají předem příliš vyloučit nebo předpokládat, tedy především faktory biologické a neurologické.

Poslední úvaha, která nás napadá v souvislosti s naší prací, se týká celkového systému péče pro závislé ženy. Přesněji řečeno specializovaných komunit. Přestože z oficiálních vládních dokumentů vyplývá, že celková kapacita lůžek v komunitách je dostatečná, domníváme se, že jedna jediná komunita v zemi, která se věnuje závislým matkám, je málo. Během rozhovorů o budoucnosti a doléčování mnoho respondentek zmínilo, že si doléčovací centrum vybírají i z hlediska dostupnosti pro jejich příbuzné. Je to poměrně významný

²⁶ Jedná se o souhrnné označení vlivů a faktorů, jako je nedostatek péče, lásky, zanedbávání, týrání, vztahové a finanční problémy aj.

aspekt rozhodování. Některé ženy se právě proto, že v okolí bydliště rodiny žádné doléčovací centrum není, rozhodly, že tuto formu léčby nebudou absolvovat, což samozřejmě není ideální situace. Fyzická dostupnost zařízení, ať už komunity či doléčovacího centra, má také vliv na celý proces změny. Je tedy otázkou, zda zřízení dalšího zařízení pro závislé matky s dětmi v drogově nejexponovanějších regionech republiky by nepřispělo k celkové situaci. Zcela chápeme, že chce-li matka z Ostravska navštívit svou dceru v komunitě v Jižních Čechách, je to pro ni časově i finančně velmi náročný výlet. A právě z těchto důvodů se mnohdy rodinní příslušníci nechtějí nebo nemohou podílet na léčbě svých blízkých. Je nám zcela jasné, že zřízení nového zařízení je v mnoha ohledech velice náročná aktivita a proto tento bod uvádíme jen jako nastíněnou úvahu vedoucí k redukci výskytu drogově závislých matek a jejich dětí. Samozřejmě by bylo nejlepší, kdyby budování těchto center nebylo nutné, ale v současné době není znám způsob, jak zajistit nulový výskyt drog v populaci, a především, jak dosáhnout toho, že by všechny děti byly ke své vztahové osobě připoutány jistým typem vazby.

11 Závěry

Výsledky výzkumu jsou někdy popsány poměrně obsáhleji, proto zde uvádíme nejdůležitější závěry z poznatků, které ze sebraných dat vzešly.

Z výsledků v dotazníku ECR vyplynulo, že u šesti z deseti žen se vyskytuje nejistý typ vztahové vazby, konkrétně se jednalo o úzkostně vyhýbavý typ v jednom případě a ve zbylých pěti o typ úzkostný. Za zajímavé považujeme klesající tendenci u Z skóru u dimenze *úzkostnosti*. Nejvyšší hodnoty byly zjištěny u respondentek, které navštěvují ambulantní sociální služby, naopak nejnižší u žen, které jsou v doléčovacím centru, nebo již v samostatném bydlení. Na základě tohoto trendu se lze domnívat, že na míru úzkostnosti, respektive na její subjektivní vnímání má pozitivní vliv léčba a možnost absolvovat ji společně s dětmi.

Nástroj PBI ukázal dvě různé skutečnosti. Odpovědi týkající se matky byly většinou v širším pásmu průměru, „otcovské“ odpovědi byly, až na jedinou výjimku, všechny hodně mimo pásmo normy a dosahovaly značně extrémních hodnot. Vycházejí z toho dva modely otců: extrémně přísný s téměř nulovým zájmem a vřelým vztahem k dítěti, nebo naopak milý a „přátelský“ otec, který však dával dítěti až příliš volnosti. U matek byla situace jiná, o své děti relativně pečovaly, měly k nim vřelý vztah, ale z různých důvodů poskytovaly dcerám příliš svobody a volnosti, která se jim mnohdy „stala osudnou“.

Dalším poznatek se týká současné kvality vztahu mezi respondentkou a její matkou. Ukazuje se, že dobré vztahy a vztahová vazba v dětství se „přenášejí“ i do budoucnosti. U respondentek, u kterých byly v dětství dobré vzájemné vztahy a matka v rodině fungovala, je nynější situace mnohem příznivější, než u respondentek, kde tomu tak nebylo. Zjednodušeně se dá říct, že matky, které měly o svoje děti zájem, ho, byť v trochu upravené míře, mají stále, a to navzdory drogové závislosti svých dcer. Zkvalitňování vzájemných vztahů jistě významně přispívají dva faktory. Nástup dcery do léčby, s tím spojené aktivní řešení své situace a narození vnoučete.

Mateřství těchto žen je více, než u běžné, neklinické populace, zatíženo specifickými problémy. Asi nejvýznamnějším z nich je různě dlouhá separace dítěte od matky. Často se tak děje krátce po porodu, kdy je dítě přechodně umístěno do kojeneckého ústavu. A to i přesto, že se ukazuje, že pokud je dítě přítomno po celou dobu léčby, je to efektivnější. Mezi respondentkami jsme se setkali i se situací, že vzájemně oddělení jsou i sourozenci. Starší bývá v péči rodinných příslušníků či ústavním zařízení a mladší v péči matky. Jakákoliv separace má jednoznačně negativní vliv na další vývoj potomka, na utváření vztahů mezi

jím a matkou a také vzájemně mezi sourozenci. Tato situace vede logicky k vyrůstání dalších nejistě připoutaných dětí a tedy i celkově zranitelnějších dětí.

Dalším aspektem „*drogového rodičovství*“ je časté neplánované a nechtěné těhotenství. Nejen, že samotný fakt bývá pro ženu v danou chvíli značnou komplikací, ale matky nechtěných dětí si k nim mnohem hůře vytvářejí pozitivní vztah. Mnohdy je viní za negativa a ztráty, které jim jejich početí a narození přineslo. Některé respondentky však zmínily, že neplánované otěhotnění vnímají jako určité „*znamení*“ předzvěstující nutnou změnu. Velkým tématem těchto žen jsou jejich současní i bývalí partneři. Ve vztahu k mateřství se jedná především o dva fenomény. Každý z potomků má jiného otce, což v dnešní společnosti není nic, co by bylo tak neobvyklého. Druhým je neuvádění otců dětí v jejich rodných listech. Matky to dělají jednak v situacích, kdy si díky promiskuitnějšímu životnímu stylu nejsou jisty, kdo je otcem dítěte, a také to dělají z důvodu ochrany svých potomků. Ve většině případů se jedná o muže, který je buď také aktivní uživatel drog, nebo se jakkoliv jinak aktivně pohybuje na drogové scéně. Důvodem, proč některé děti nemají své otce v rodných listech, může být i matčino přání se od partnera zcela odstříhnout, a tedy nechtějí, aby si muž mohl jakkoliv potomka nárokovat.

Další výzkumnou oblastí byl význam dětí pro respondentku. Respondentky se shodly, že dítě je pro ně motivací k léčbě. Přičemž častěji se vyskytl model, kdy rozhodnutí k léčbě bylo důsledkem narození potomka. U dvou žen byla kauzalita opačná. Aby začaly abstinovat, tak si cíleně „pořídily“ dítě. Ve čtyřech případech se mimo motivačního charakteru dítěte objevil i smysl života, který díky narození potomka našly.

Zjišťovali jsme také, jak se samy respondentky vnímají jako matky. Vesměs se hodnotí negativně a kriticky. Vnímají se jako nedobré matky už pro samotnou existenci jejich závislosti. Toto hodnocení se silně odvíjí od jejich aktuální situace a od toho, kde se zrovna nacházejí jejich děti, zda je mají nebo nemají u sebe v péči. Negativní sebehodnocení se objevuje i u těch respondentek, kterým chybí osobní pozitivní zkušenost s matkou z dětství. U těchto respondentek matka nebyla přítomna vůbec nebo naprosto nefungovala. Nicméně určité obavy a nejistota plynoucí z mateřské role se objevuje u všech respondentek, nezávisle na jejich dětství. U starších respondentek byly obavy z mateřství větší. Domníváme se, že je to i v důsledku jejich větší zralosti a schopnosti kritického náhledu na komplexnost a náročnost situace.

V souvislosti s touto otázkou jsme se zabývali i nejčastějšími obavami, které se s rolí matky pojí. U všech žen se vcelku oprávněně objevuje strach z finančních problémů a z neschopnosti nalézt zaměstnání a rodinu adekvátně zabezpečit. Dále se objevují již

zmíněné strachy, zda vůbec budou dobrými matkami. K tomu se i vztahuje strach ze znovuvytváření vzájemného pouta mezi sebou a také vytváření vztahu mezi oddělenými sourozenci. V souvislosti s faktem, že mnohé děti neznají své otce, se tyto ženy obávají momentu, kdy se jich děti na ně začnou vyptávat, a tedy i toho, jak jim situaci vysvětlí a zda se děti budou chtít s otcem vidět. Ve stoprocentní shodě se vyjádřily respondentky ke své závislosti a informovanosti svých dětí. Všechny chtějí svým dětem o svém problému říct, a to nejen proto, aby se to nedozvěděly od třetí strany, ale také proto, že chtějí mít ke svým dětem otevřený a upřímný vztah. Také doufají, že matčin příběh jim bude varováním a ony samy se drogám vyhnou. Respondentky se spíše obávají toho, zda správně odhadnou, kdy a jak to dětem sdělit, a také se obávají jejich reakcí na tak závažnou skutečnost. Jako nevyslovená obava, která se plížila všemi rozhovory, se jeví strach ze samoty a především z budoucnosti jako takové. Z toho, co je čeká „venku“, v nechráněném prostředí.

Poslední oblastí, o kterou jsme se zajímali, bylo jejich vnímání léčby ve vztahu k dítěti. I v tomto bodě byla úplná shoda, a to nezávisle na tom, v jaké fázi a typu léčby se aktuálně nacházely. Všechny ji hodnotí jako velmi přínosnou. Především proto, že mají čas v chráněném prostředí na budování si vztahu k dítěti, podporu odborných pracovníků a ostatních matek – klientek. Také vnímají mnohdy posun motivace, která zprvu byla jen kvůli dítěti, ale během léčby si samy matky uvědomily, že se léčí také kvůli sobě. Všechny jsou rády, že se mohou/mohly léčit společně se svými dětmi, že právě ony jim nejvíce pomáhají náročnou léčbu zvládnout.

Závěrem jsme se zajímali, zda mají ženy nějaké plány do budoucna. Všechny jsou zaměřeny především „na tady a teď“ s ohledem na jejich aktuální situaci. U tří žen se navíc objevila přání mít možnost sdílet se širokou veřejností svůj příběh a to jak formou přednášek, knihy nebo filmového zpracování.

Lze tedy konstatovat, že zjištěné výsledky v podstatě odpovídají současným odborným poznatkům a také, že se vyskytla témata, kterým by bylo vhodné věnovat zvýšenou pozornost, a to jak na poli výzkumném, tak i na poli praktickém.

Souhrn

Celá diplomová práce se zabývá vztahovou vazbou a jejím vlivem na život žen závislých na nealkoholových látkách.

První kapitola pojednává o Bowlbyho vlivné teorii vztahové vazby (*attachment theory*). Bowlby definoval vztahovou vazbu následovně: „*Jako trvalé emoční pouto, charakterizované potřebou vyhledávat a udržovat blízkost s určitou osobou, zejména v podmínkách stresu.*“ (Bowlby, 1969 in Kulíšek, 2000, s. 405). Hlavním významem vztahové vazby je tedy funkce ochranná, která je i důležitým předpokladem pro zdravý a plnohodnotný vývoj. Nutným předpokladem pro rozvoj vztahové vazby je získání blízké osoby během prvního roku života. Nejbližší osobou bývá ve většině případů matka. Vytvoření bezpečného a jistého vztahu je podstatné nejen pro přežití kojence, ale tento vztah nám slouží jako „*bezpečný emoční přístav*“ po celý život (Kulíšek, 2000). Tato teorie byla výrazně obohacena Bowlbyho kolegyní, M. Ainsworthovou, která na základě svých longitudiálních výzkumů stanovila tři typy vazeb, podle chování, které dítě vykazuje v přítomnosti matky. Později byl na základě pozorování Mainové a Solomonové stanoven ještě čtvrtý vazebný typ. Vztahová vazba je tvořena dvěma základními dimenzemi: úzkostností a vyhýbavostí, podle kterých dělíme vztahovou vazbu na: jistou, která je ideální, a na tři nejisté: vyhýbavou, úzkostnou a úzkostně dezorganizovanou (bázlivou), která je z hlediska rozvoje duševních poruch nejrizikovější (Lečbych, 2013).

Následující kapitola vysvětluje souvislostem mezi typem vztahové vazby a potenciálním vznikem závislosti. Jak bylo uvedeno, jistý typ vztahové vazby funguje především protektivně a to i při psychicky náročných situacích. Ostatní druhy připoutání jsou v tomto směru nedostatečné. To je důvodem, proč je teorie vztahové vazby platná i na poli závislosti. Tyto látky svým působením na prožívání a myšlení mohou do určité míry nahrazovat vnitřní schopnosti, které jedinci schází v důsledku nekvalitní vztahové vazby (Kalina, 2008b).

Třetí kapitola se zabývá specifickým postavením ženy coby aktivní uživatelky. Jsou zde uvedeny hlavní rozdíly a komplikace, plynoucí z biologické a genderové odlišnosti. Kromě epidemiologických údajů a genderového pohledu na problematiku je zde zmíněn i fenomén „*dvojitá deviace*“, který použila jeho autorka k popisu situace, kdy se žena proviňuje již tím, že užívá drogy, ale současně selhává i ve své roli matky a partnerky (Ettore, 1992 in Vobořil, 2003). Dá se říct, že drogově závislé ženy jsou v mnoha ohledech zranitelnější než muži. Jsou mnohem více vystaveny zdravotním rizikům komplikacím,

a také závažným psychickým problémům, které mnohdy souvisí i se sexuálním zneužíváním, znásilněním či prostitucí (Stocco et al, 2000).

Následující kapitola plynule navazuje a vymezuje závislou ženu coby matku se vším, s čím je „*drogové mateřství spojováno*“. Situace závislé matky je nezáviděníhodná. Paradoxní je, že i drogová komunita tuto ženu odsuzuje a automaticky od ní očekává vyspělé a adekvátní mateřské chování (Preslová, 2007). Velmi důležitým bodem celé kapitoly, ale v podstatě i celé práce, je skutečnost, že závislé ženy mnohdy pocházejí z rodin, ve kterých byly narušeny vztahy mezi matkou a dcerou. Je známé, že existuje mezigenerační přenos mateřsko-dětského vztahu a způsobu chování. V důsledku této skutečnosti jsou děti žen, které samy mají negativní či nedostatečné osobní zkušenosti z dětství, více ohroženy nevhodnou péčí, prostředím a výchovou (Polansky, 2006). Zajímavým tématem v této souvislosti je motivace žen k mateřství, potažmo mateřství jako motivační faktor. Nezanedbatelným faktorem ovlivňujícím mateřství těchto žen jsou jejich partneři, povětšinou též aktivní uživatelé.

Teoretickou část práce uzavírá kapitola věnovaná službám a systému péče zacíleným na tuto specifickou klientelu. Ženy tvoří třetinu žadatelů o léčbu. Tato skutečnost v kombinaci s relativně novým jevem „*závislých matek*“ má za následek poměrně nízký počet specializovaných zařízení. V celé zemi je například pouze jediná komunita (TK Karlov), kde se matky mohou léčit společně se svými dětmi.

Východiskem pro celou práci je skutečnost, že způsoby a formy mateřství jsou založeny na osobních zkušenostech z dětství, které pak tyto ženy nevědomě opakují v situacích, kdy se ony samy stanou matkami. Záměrem kvalitativního výzkumu je na vzorku jednotlivých případových studií popsat, pochopit a především hlouběji proniknout do zmiňované problematiky vztahové vazby a do „*drogového mateřství*“. Celý výzkum je pojatý v kontextu různých fází závislosti a léčby. Výzkumné cíle byly zaměřeny na zjištění typu vztahové vazby i výzkumného souboru, se snahou lépe pochopit aspekty mateřství a zjistit, jak samy ženy vnímají a prožívají léčbu v kontextu zlepšení vztahu se svým dítětem.

Výzkumný soubor tvořilo deset žen, které se nacházejí v různé fázi léčby – od ambulantních služeb, po již samostatné bydlení. Průměrný věk respondentek byl 30,9 let, průměrná doba užívání návykových látek byla 13,8 let. Výběr respondentek probíhal v kombinaci záměrného a příležitostného výběru. Za hlavní výzkumnou metodu byl zvolen polostrukturovaný rozhovor, který byl doplněn dvěma dotazníky zaměřenými na vztahovou

vazbu a stručným screeningovým dotazníkem. Dotazník ECR - *Experineces in Close Relationship* - je sebesposuzovací nástroj určený k měření dvou významných dimenzí vztahové vazby, a sice *úzkostnosti a vyhýbavosti* u dospělých osob. Na jejich základě je možné určit převažující typ vztahové vazby u konkrétního jedince. Druhým byl dotazník PBI - *Parental bonding instrument*, který se věnuje zhodnocení rodičovské vazby vnímané respondentem během prvních šestnácti let života. Rodiče jsou hodnoceni každý zvlášť a výsledky ukazují na dvě roviny vztahu: *péče a kontroly*. Rozhovor měl předem vytyčeny tyto okruhy: dětství, drogová kariéra, dítě (okolnosti početí, vztah, význam, péče), vnímání sebe jako matky, a také vyhlídky a přání do budoucnosti. Nedílnou součástí každého sběru dat bylo i zúčastněné pozorování.

Výsledky ve skrze potvrzují teoretické poznatky. Uvedeme zde ty nejdůležitější a nejzajímavější. Z hodnot získaných z nástroje ECR vyplynulo, že u šesti žen se vyskytuje nejistý typ vztahové vazby, přesněji u pěti žen se jedná o úzkostný typ a u jedné o úzkostně vyhýbavý typ. Toto zjištění potvrzuje tedy závěry z dřívějších výzkumů, ve kterých se ukázalo, že mezi závislými lidmi se častěji vyskytuje jeden z nejistých typů vztahové vazby. Nástroj PBI ukázal na zajímavé aspekty. Většina matek byla v (širším) pásmu normy na obou škálách. Nebyly hodnoceny výrazně záporně, jejich největším problémem byla nepřítomnost v rodinách (ať v rovině fyzické či psychické). Hodnoty u všech otců (vyjma jednoho) byly vždy extrémní. Jednalo se tedy o otce velice přísné, mnohdy s prvky týrání či zneužívání, nebo o otce výrazně benevolentní, kteří nenastavili dětem žádné hranice a pravidla.

Jako zajímavé se jeví zjištění ohledně současného vztahu mezi respondentkou a její matkou. Z výsledků vyplývá, že pokud byl v dětství vztah mezi matkou a dcerou kvalitní a funkční, bude tomu tak i nyní, a to navzdory závažnému problému s drogovou závislostí. Na zlepšení či obnovení vztahu mají značný vliv i dva faktory: Prvním je nástup do léčby a aktivní řešení své situace a druhým je narození potomka. Také se potvrdilo, že pro všechny ženy je jejich dítě motivací k léčbě a ke změně. Aspekty komplikující mateřství jsou: dočasně přerušovaný/narušený kontakt s dětmi, častější výskyt nechtěných a neplánovaných těhotenství, a také rozdílní otcí sourozenců či neuvedení otců v rodných listech. Plány do budoucna jsou u všech zaměřeny spíše na „*tady a ted*“ s ohledem na jejich aktuální situaci. Mezi nejčastější obavy žen patří finanční potíže, profesní uplatnění a především to, jak svým dětem říct o své drogové závislosti, jak si znovuvytvořit vztah s potomkem, který byl dočasně umístěn do náhradní péče, případně jak sblížit sourozence, kteří po nějakou dobu

vyrůstali odděleně. Všechny respondentky se obávají toho, že se jejich děti také stanou drogově závislými.

Celkově se tedy ukazuje, že (ne)kvalita vztahové vazby má vliv jak na vznik závislosti, tak současně i na její úspěšné řešení. Dobré vztahy mezi dcerou (respondentkou) a její matkou v dětství mnohdy ustojí i závažné problémy v dospělosti. Také se ukázalo, že i přes různorodé problémy, které samy ženy mají a musí řešit, je společná léčba s dětmi efektivnější a úspěšnější, než léčba oddělená, během které by žena měla čas jen sama na sebe. Je to dáno především tím, že dítě vnímají jako hlavní motivaci pro abstinování a také, že během společného pobytu dochází ke zlepšování vzájemných vztahů. A samozřejmě, čím kratší doba separace je, tím je situace pro obě strany příznivější.

Možné přínosy pro praxi se nabízejí dva. Z výsledků je zřejmé, že respondentky mají všeobecně problematické vztahy s muži, jak se svými otci, tak s partnery, tak i jinými muži, se kterými se dostaly do styku (např. díky prostituci). Proto považujeme za vhodné věnovat tématu mužské postavy jako celku zvýšenou pozornost při práci s touto klientelou a zasadit tuto problematiku do širších souvislostí, včetně přesahu k možnému rizikovému vývoji vztahu matky a syna.

Druhým velkým tématem jsou obavy matek z reakcí dětí na jejich závislost, ale také z rozvoje jejich vlastní závislosti. Proto si myslíme, že by bylo dobré tyto ženy dlouhodobě monitorovat, vzdělávat, a především jim pomáhat při všech krocích, které musí v této souvislosti absolvovat. Zvýšená pozornost by měla být zaměřena i na tyto děti, které jsou celkově zranitelnější a ohroženější, než děti z normálních a kompletních rodin.

Seznam použitých zdrojů a literatury

- Barnardová, M. (2011). *Drogová závislost a rodina*. Praha: Triton
- Bartholomew, K. & Horowitz, L. M. (1991). Attachment Styles Among Young Adults: A Test of Four-Category Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61 (2), 226-244. Získáno 10. března. 2014 z <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=7&sid=4d453134-75bd-4cee-aa52-b88a9696776a%40sessionmgr4001&hid=4111&bdata=JnNpdGU9ZWRzLWxpdmU%3d#db=bth&AN=9109090877>
- Bečka, J. (2007). Ženy v metadonovém programu Apolinář. *Adiktologie*, 7(3), 368-377.
- Bowlby, J. (2010). *Vazba*. Praha: Portál.
- Brisch, K. H. (2011). *Poruchy vztahové vazby: Od teorie k terapii*. Praha: Portál.
- Brisch, K. H. (2012). *Bezpečná výchova*. Praha: Portál.
- Bromberg, S., R., Backam, T.,L., Krown, J., & Frankel, A., K.(2010). The haven mother's house modified therapeutic community: Meeting the gap in infant mental health services for pregnant and parentint mothers with drug addiction. *Infant Mental Health Journal*.Vol.31 (3), 255- 276. DOI: 10.1002/imhj.20255
- Ciprová, K. et al. (2010). *Pod hladinou: Fakta a mýty o znásilnění*. Gender Studies, o.p.s.
- Corneau, G (2007). *Anatomie lásky: Vztahy otec – dcera, matka – syn a jejich vliv na budoucí partnerské vztahy*. Praha: Portál
- Čikošová, E. & Preiss, M. (2011). *Parental Bonding Instrument*. V originále: Parker, G., Tupling, H., & Brown, L.,B., Otrokovice: Propsycho.
- Čírtková, L. (2008). *Oběti sexuálního násilí*. In Kovář (eds.) *Sexuální agrese*. (56-72).

- Daňková, Š. (2014) *Zralost pro prarodičovství*. (Nepublikovaná diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci
- Dobiášová, D., Broža, J., Kalina, K. (2008b). Poradenství a práce s motivací. In Kalina (eds). *Základy klinické adiktologie* (121 -129). Praha: Grada Publishing
- Dobšíčková, M. (2013) *Aspekty zneužívání drog u prostitutek*. (Nepublikovaná diplomová práce). Masarykova univerzita v Brně
- Dolejšová, A. (2014). *Vztahová vazba a závislost na internetu*. (Bakalářská práce). Získáno 8. 10. 2014 z databáze UK ...jak se to dělá...
- Doležalová, P. (2014). *Uživatelky ohrožené stigmatizací. Zaostřeno na drogy*. 1, roč. 12. Úřad vlády České republiky
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2005). Differences in patterns of drug use between women and men. Lisbon, Portugal
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2006). *A gender perspective on drug use and responding to drug problems*. In Annual report. Lisbon, Portugal
- Evans, K., & Sullivan, M. J. (1990). *Dual diagnosis. Counseling the mentally ill substance abuser*. London: The Guilford press
- Fifková, H. (2005). *Terapie dospělých obětí sexuálního zneužívání v dětství*. In Weiss (eds.). *Sexuální zneužívání dětí*. (171- 184) Praha: Grada Publishing
- Frišaufová, M. (2006). *Životní situace ženy uživatelky drog* (Nepublikovaná diplomová práce). Masarykova univerzita v Brně
- Fulcher, G., M., (2009). *Motherhood and motivation for substance abuse treatment and behavior change*. Berkeley. University of California Press..
- Grossmann, E, K, Grossmann, K, Winter, M. & Zimmerman, P. (2002). *Attachment relationships and appraisal of partnership: from early experience of sensitive support to*

later relationship representation. In Pullkkinen & Caspi (eds.) *Paths to Successful Development . Personality in the Life Course*. Cambridge University Press

- Hanzal, P. (2007). *Partneři matek léčících se ze závislosti na návykových látkách – záchrana, nebo zhouba?* *Adiktologie*, 7(3), 378-385
- Hanzal, P. (2009). *Po porodu neberu*. In Preslová, Maxová (eds.) *Ženy & drogy*. Sborník odborné konference. (23-30) Praha: SANANIM
- Hašto, J. (2005). *Vztahová väzba: Ku kořeňom lásky a úzkosti*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál
- <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/72/3465/Citova-vazba-a-zavislost>
- Charvát, M., Lečbých, M., & Seitzl, M., (2014) *Provizorní normy k dotazníku ECR pro použití ve výzkumu*. (nepublikováno), Katedra psychologie, Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci
- Chmelík, J. et al. (2003). *Mravnost, pornografie a mravnostní kriminalita*. Praha: Portál
- Kalina, K. (2008a). *Terapeutická komunita. Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Praha: Grada Publishing
- Kalina, K. et al. (2008b). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Kratochvíl, S. (1979). *Terapeutická komunita*. Praha: Academia
- Kraus, B., & Hroncová, J. et al. (2010). *Sociální patologie*. Hradec Králové: Gaudemus
- Krch, F., D., et al. (2005). *Poruchy příjmu potravy. 2. aktualizované vydání*. Praha: Grada Publishing
- Kulíšek, P. (2000). *Problémy teorie raného citového přilnutí (attachment)*. *Československá psychologie*, 44,5, 404 – 423.

- Kunc. S., (2006). *Income dotazník jako příležitost*. Česká asociace streetwork. Získáno 10. března, 2013. Dostupné na: http://www.streetwork.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=718
- Langmeier, J. & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie. (Druhé aktualizované vydání.)* Praha: Grada Publishing.
- Lečbych, M. (2013). *Rorschachova metoda*. Praha: Grada Publishing.
- Lečbych, M., & Pospíšilíková, K. (2012). Česká verze škály Experiences in Close Relationships (ECR): Pilotní studie posouzení vztahové vazby v dospělosti. *E-psychologie*, 3(6), 1-11. Získáno 16. září 2014 z <http://e-psycholog.eu/pdf/lechbych-pospisilikova.pdf>
- Litovová, M. & Čermáková, M. (2009). *Zkušenost s pobytem závislých matek v Dětském centru*. In Preslová, Maxová (eds.) *Ženy & drogy*. Sborník odborné konference. (75- 81) Praha: SANANIM
- Maierová, E. (2010). Motivace uživateléek návykových látek v nařízené ochranné léčbě a dobrovolné léčbě. *Adiktologie*, 10(4), 236-245
- Matějček, Z. (2007). *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. Praha: Portál
- Matějček, Z. (2008). *Co děti nejvíc potřebují*. Praha: Portál
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing
- MKN-10: (2008). *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů* Geneva: World Health Organization.
- Munková, G. (2013). *Sociální deviace. Přehled sociologických teorií*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, s.r.o.,

- Pečtová, K. (2013). Reprezentace vztahové vazby u drogově závislých pacientů. Výzkumná studie. *Psychiatria- psychoterapia- psychosomatika*, 20, 2013, č. 2 s. 26-30. získáno 9. 10. 2014 z <http://www.psychiatria-casopis.sk/psychiatria/archiv-cisel/archiv/obsah-cisla-2-2013/vyzkumna-studie/>
- Plháková, A. (2003). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia
- Polansky, M., Lauterbach, W., Litzke, Ch, Coulter, B, & Sommers, L. (2006). A qualitative study of an attachment – based parenting group for mothers with drug addictions: On Being and having a mother. *Journal of Social Work Practice*. Vol.20, No.2, 115 -131. doi: 10.1080/02650530600776673
- Preslová, I. (2003). Závislé matky s dětmi. In Kalina (eds). *Drogy a drogové závislosti*. Druhý díl. (238 – 243). Úřad vlády ČR
- Preslová, I. (2007). Drogově závislá klientka a žena pracující v protidrogových službách. *Adiktologie*. 7 (3), 386 -391
- Preslová, I. (2009). *Drogy, ženy a my*. In Preslová, Maxová (eds.) *Ženy & drogy*. Sborník odborné konference. (11-13) Praha: SANANIM
- Preslová, I. (2011). *Promiskuitní chování uživatelů návykových látek*. In Preslová, Hanková (eds.). *Sexualita & drogy*. Sborník odborné konference (59 – 62). Praha: SANANIM
- Richterová- Těmínová, M. (2008). Systém péče a jeho složky. In Kalina (eds.). *Základy klinické adiktologie*.(369-384) Praha: Grada Publishing.
- Sadílková, M. & Žáková, J. (2011). Sexuologická témata v terapeutické komunitě. In *Zaostřeno na drogy 4/2011 9. ročník*. Úřad vlády ČR
- Sananim, o.s. (kol.autorů). (nedat.) *Doléčovací centrum pro matky s dětmi (DC MAT)* SANANIM.o.s. Praha: SANANIM

- Sananim, os. (kol. autorů). (nedat.) *Terapeutická komunita Karlov SANANIM.o.s. Praha: SANANIM*
- Sedláčková, S. (2009). Prevence specifických vývojových poruch u dětí, jejichž matky užívaly v těhotenství návykové látky. In Preslová, Maxová (eds.) *Ženy & drogy*. Sborník odborné konference. (39-41) Praha: SANANIM
- Slunečnicová zahrada (nedat.). Získáno 1. srpna, 2004 na <http://www.slunecnicovazahrada.cz/>
- Stocco, P. & Llacer, L., J., J. & DeFazio, L., & Calarat, A., & Mendes, F. (2000). *Women drug abuse in Europe: Gender identity*. Španělsko: IREFREA & European Commission. Získáno 17. října, 2014 z http://www.irefrea.org/uploads/PDF/Stocco%20et%20al_2000_Women%20Drug%20Abuse.pdf
- Stoller, R. (1986). *Sex and gender*. London: Karnac Books. Získáno 10. července, 2014 z <http://site.ebrary.com/lib/natl/reader.action?docID=10428095>
- Szerman, N., Lopez- Castroman, J., Arias, F., Morant, C., Babín, F., Mesías, B., Basurte, I., Vega, P., & Baca- García, E., (2012). Dual Diagnosis and Suicide Risk in a Spanish Outpatient Sample. *Substance Use & Misuse*, 47, 383 -389. doi: 10.3109/10826084,2011,636135
- Šefránek, M. (2013). Evaluace výsledků léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislostí: výsledky po jednom roce od ukončené léčby. *Adiktologie*, 13(2), 106- 128
- Šulcová, I. (2013). Dítě jako motivace k abstinenci u drogově závislých matek. (nepublikovaná diplomová práce). Univerzita Karlova v Praze
- Trávníčková, I. (2001). *Specifické aspekty zneužívání drog u žen*. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci
- Vágnerová, M. (2005). *Vývojová psychologie I*. Praha: Karolinum.

- Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum
- Vágnerová, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese. Rozšířené a přepracované vydání*. Praha: Portál.
- Vavřínková, B. & Binder, T. (2006). *Návykové látky v těhotenství*. Praha: Triton
- Vavřínková, B. & Binder, T. (2007). *Návykové látky v těhotenství. Specifika péče o uživatelky drog a jejich novorozence*. In Mravčík, V. & Orliková, B. (eds.). *Zaostřeno na drogy 4. roč. 5. Úřad vlády České republiky*
- Vavřínková, B., Binder, T., (2008). *Substituční terapie u drogově závislých v těhotenství*. In Velemínský, B., Žiková (Eds.), *Péče o těhotné ženy užívající psychoaktivní látky v těhotenství (208-215)*. Praha: Triton
- Veselý, M. (2011). *Vybrané kapitoly ze sociální patologie*. Jihočeská univerzita, České Budějovice
- Vobořil, J. (2003). Gender – ženy jako specifická skupina. In Kalina (eds). *Drogy a drogové závislosti. Druhý díl. (238 – 243) Úřad vlády České republiky*
- Vondráčková, P. (2012). *Citová vazba a závislost*. Adiktologie. Získáno 15. března, 2014. Dostupné na
- Voříšková, M. (2012). *Léčba v protidrogové komunitě se zaměřením na matky s dětma*. (nepublikovaná diplomová práce). Západočeská univerzita v Plzni
- Výrost, J. & Slaměník, I. (2008). *Sociální psychologie. 2. přepracované vydání*. Praha: Grada Publishing
- Weiss, P. a kol. (2011). *Etické otázky v psychologii*. Praha: Portál
- Zákon č. 101/200 Sb. O ochraně osobních údajů
- Zákon č. 40/ 2009 Sb. – Trestní zákoník

- Zapf, J. L., Greiner, J., & Carroll, J. (2008). Attachment styles and male sex addiction. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 15, 158-175. DOI: 10.1080/10720160802035832
- Zikmundová, M. (2010). *Prostituce*. In Weiss (eds). *Sexuologie*. (639 – 651). Praha: Grada Publishing

Přílohy

Příloha 1 Formulář zadání diplomové práce

Příloha 2 Abstrakt česky a anglicky

Příloha 3 Kazuistika č. II

Příloha 4 Kazuistika č. III

Příloha 5 Kazuistika č. IV

Příloha 6 Kazuistika č. VI

Příloha 7 Kazuistika č. VII

Příloha 8 Kazuistika č. IX

Příloha 9 Kazuistika č. X

Příloha 1 - Formulář zadání diplomové práce

Univerzita Palackého v Olomouci Studijní
program: Psychologie
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2012/2013

Studijní program: Psychologie
Forma: Prezenční
Obor/komb.: Psychologie (PS)

Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
SUCHÁ Natálie Karla	Na Úbočí 18, Praha	F09298

TÉMA ČESKY:

Mateřství a vztahová vazba v životě žen závislých na nealkoholových látkách

NÁZEV ANGLICKY:

The motherhood and attachment in lifes of women addicted to non - alcohol drugs

VEDOUcí PRÁCE:

Mgr. Miroslav Charvát, Ph.D. – PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

V diplomové práci se bude studentka zabývat vztahem matek závislých na nealkoholových látkách k jejich dětem. Teoretická

část práce bude zahrnovat popis drogové problematiky u nás včetně charakteristiky jednotlivých skupin látek, dále bude popsána

teorie vztahové vazby a fenomén mateřství.

Praktická část bude založena na kvalitativním výzkumu. Design bude tvořen případovými studii. Výzkumný vzorek budou

tvořit převážně závislé ženy - matky, dále terapeuti a sociální pracovníci, kteří s touto populací pracují. Počet respondentů se odhaduje na 10.

Při vypracování práce bude studentka postupovat v následujících krocích

- Provede rešerši relevantní literatury k tématu práce
- Připraví osnovu kvalitativních polostrukturovaných interview.
- Výběr účastníků bude vzhledem k tématu pravděpodobně provádět metodou účelového výběru na základě zvolených kritérií
- Získaná data zpracuje pomocí vhodných metod kvalitativní analýzy dle odborné literatury.
- Studentka se zavazuje k dodržování základních etických principů a pravidel výzkumu.
- Zpracuje písemnou podobu práce dle platných norem katedry
- Bude svůj postup pravidelně konzultovat se svým vedoucím práce

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

Becker- Weidman, A., Shell, D. (2010). Attachment parenting: Developing Connections and Healing Children

Bowlby, J. (2010). Vazba. Praha : Portál

Brisch, K. H. (2011). Poruchy vztahové vazby. Praha : Portál

Kalina , K. (2008). Základy klinické adiktologie. Praha: Grada Publishing

Kalina, K. (2008). Terapeutická komunita. Praha: Grada Publishing

Nešpor, K. (2000). Návykové chování a závislost. Praha: Portál

Příloha 2 - Český a anglický abstrakt diplomové práce

Abstrakt diplomové práce

Název práce: Mateřství a vztahová vazba v životě žen závislých na nealkoholových látkách

Autor práce: Natálie Karla Suchá

Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Charvát, Ph.D.

Počet stran a znaků: 126 (268 700)

Počet příloh: 9

Počet titulů použité literatury: 81

Abstrakt:

Celá práce se zabývá vlivem vztahové vazby na životy drogově závislých žen. V teoretické části je popsána vztahová vazba, její význam při vzniku závislosti. Dále aspekty, ovlivňující mateřství závislých žen. Teoretickou část uzavírá přehled možností léčby a péče. V praktické části jsme se snažili zjistit, jaký typ vztahové vazby převažuje v našem souboru, jaké specifické aspekty se objevují v mateřství závislých žen, a konečně, jak tyto ženy samy vnímají svou léčbu ve vztahu k dítěti. Jednalo se tedy o kvalitativní výzkum, založený na případových studiích, doplněný dotazníky PBI a ECR. Výsledky nástroje ECR potvrdily vyšší výskyt nejisté vztahové vazby, konkrétně u šesti žen byl shledán úzkostný nebo úzkostně vyhýbavý typ. Z hodnot dotazníku PBI se ukázalo, že matky respondentek byly vnímány a hodnoceny veskrze kladně, největším problémem byla jejich nepřítomnost v rodinách. Všichni otcové vykazovali především přehnanou přísnost, nezáměr o dcery a prvky týrání. Mezi specifické aspekty mateřství se řadí především motivační význam potomka na zahájení a setrvání v léčbě, odlišní otcové děti a jejich časté neuvedení v rodných listech, častější výskyt nechtěných a neplánovaných těhotenství a obavy z reakcí dětí na drogovou závislost matky.

Klíčová slova: vztahová vazba, drogově závislé matky, dotazník PBI, dotazník ECR, polostrukturovaný rozhovor

ABSTRACT OF THESIS

Title: The motherhood and attachment in lives of women addicted to non –alcohol drugs

Author: Natálie Karla Suchá

Supervisor : Mgr. Miroslav Charvát, Ph.D

Number of pages and characters: 126 (268 700)

Number of appendices: 9

Number of references: 81

Abstract:

The thesis deals with the role the attachment of drug-addicted women plays in their lives. In the theoretical part of the thesis, the attachment itself is being examined and its importance in the process of giving up the addiction. In the subsequent part those aspects of the addiction are analyzed, that could influence the motherhood of the addicted women. The theoretical part concludes with the description of the possibilities of treatment and care. In the practical part of the thesis we deal with the questions as to which type of attachment is prevalent in our group of respondents, which specific aspect influence the motherhood of the women and last but not least how do the women reflect their own treatment in relation to their motherhood and relation to the child. The thesis is based on a qualitative research, on case-studies and this basis is supplemented by PBI and ECR questionnaires. The results of the ECR questionnaires showed higher prevalence of uncertain attachment, in particular six of the respondents demonstrated a anxious or anxiously avoidant type. The PBI questionnaires showed that the mothers of the respondents were evaluated generally in positive terms, and the main problem seemed to be their absence form the home. All the fathers showed dominantly excessive strictness, lack of interest and aspects of abuse. Among the specific aspects of motherhood the thesis points out in particular the motivational role of the child for the beginning and continuation of treatment, the fact, that the fathers are often absent from the birth certificates, greater prevalence of unwanted and unintended pregnancies, and an anxiety regarding the reaction of the child to the fact of the drug abuse.

Key words: attachment, drug addicted mothers, PBI questionnaire, ECR questionnaire, semi-structured interview

Příloha 3 – Kazuistika číslo II.

Kazuistika číslo II

Úvod: respondentka číslo 2, narozena 1979. Sběr dat probíhá v Centru ambulantních sociálních služeb. Návykové látky užívá 17 let. Užívala a stále užívá látky z opiátové skupiny. Primární látkou ale byl a stále je Subutex, heroin užívala jen příležitostně. Žije v dlouhodobém nesezdaném partnerství, má čtyři děti. Nejstarší syn (*2001), druhý syn (*2004), dcera (*2006) a nejmladší dcera (*2007). Ani jedno z dětí nemá v současné době u sebe v péči, synové jsou v Klokánku, dcery jsou dokonce mimo území ČR.

Mínulost: Pochází z aktivní katolické rodiny. Je nejmladší, desáté dítě rodičů. Byla benjamínkem, který byl ze strany otce velmi rozmazlován a protěžován vůči ostatním sourozencům. Starší sourozenci jsou všichni vysokoškolsky vzdělaní s poměrně prestižním uplatněním. Jeden bratr je již po smrti, nejmladší bratr se věnuje meditačním technikám spolu s konzumací marihuany. Nyní je nejvíce v kontaktu s nejstarší sestrou, kterou i v dětství vnímala víc jako matku než sestru, protože oba rodiče šli po revoluci do vrcholné politiky. S ostatními se stýká spíše z povinnosti, určité pospolitosti, ve které byli vychovávaní, ale vztahy nejsou příliš vřelé.

Tři roky strávila v klášteře, kdy dokonce zvažovala, že se stane řádovou sestrou, což nakonec zamítla.

Drogy začala brát v době dospívání, kdy víceméně všichni sourozenci byli pryč z domova a ona zůstala „sama“ a mohla si dělat, co chtěla. Všichni ostatní budovali své kariéry a jí se nikdo nevěnoval. Od začátku užívala jako primární drogu nelegální Subutex s příležitostným kombinováním s jinými opiáty. Během prvního těhotenství abstinovala, u druhého užívala po celou dobu těhotenství. Subutex brala pod záminkou bolesti zad. Oba synové se narodili bez jakýchkoliv problémů či komplikací, u obou dcer byly po porodu pozorovány abstinenční příznaky, které po čtrnácti dnech, kdy dostávaly speciální opiátovou směs, zmizely.

Drogy neužívala kontinuálně, byla období, kdy se sama rozhodla, že přestane. Jedno z období bylo po narazení první dcery, kdy se rodina stěhovala z azylového domu do sociálního bytu. Jak sama dodává, neměla problém si Subutex nelegálně opatřit: *„Nejsem nejmladší, tak znám kdekoho, takže se to dalo celkem snadno opatřit. Když si mysleli, že neberu, tak s tím nebudu chodit na světlo, to bych byla blbá.“*

V té době byl pro ni největším stresem tlak ze stran sociálních pracovníků, kteří pravidelně chodili na návštěvy do rodiny. Celá rodina byla pod soudním dohledem. Psychická náročnost u ní vedla k rozvoji deprese. V této době se o děti musel naplno starat její partner. Rodiče

respondentky jí hodně pomáhali, vodili syny do školy, trávili s nimi volný čas a snažili se respondentce ulehčit, aby se mohla věnovat jen malým dcerám.

Interpretace výsledků: V dotazníku PBI jsou hodnoty u obou škál u matky v pásmu normy. *Péče* u matky (percentil 75) ukazuje na adekvátně přátelskou vazbu, kdy se rodič snaží vytvořit pro dítě příjemné prostředí, kde probíhá adekvátní komunikace, matka naslouchá potřebám dítěte. Dítěti se dostává pocitu chtění a je chváleno. *Kontrola* (percentil 45) se dá popsat spíše jako nízká, dítě má svobodu v rozhodování, není brzděno a je mu poskytována adekvátní podpora.

Hodnoty na škále „péče“ (percentil 90) u otce lze považovat za extrémnější, vazbu můžeme popsat jako velmi přátelskou, s porozuměním potřebám dítěte. Respondentka bývá nadprůměrně chválená a podporovaná. Hodnoty na škále *Kontroly* jsou totožné jako u matky (percentil 45), což je ještě v pásmu normy, ale kontrola je nižší, dítě má víc svobody.

U dotazníku ECR je Z skóre pro úzkostnost 2,33, což je více jak dvě směrodatné odchylky od normy. Je to také nejvyšší hodnota v celém souboru. Dimenze vyhýbavosti je s hodnotou -0,13 také mimo normu. Vysoký skóre u dimenze úzkostnosti může být ovlivněn pracovním vytížením rodičů a tedy tím, že o respondentku se více starala sestra. U této ženy se vyskytuje úzkostný typ vztahové vazby.

Současná situace: Nyní je pod dohledem soudu a žádné z dětí nemá u sebe v péči. Dcery jsou v Belgii u tety (sestry respondentky), která se jich dočasně ujala. Klientka to více než pomoc vnímá jako jistou formu prezentace sestřiny „dokonalé“ rodiny: *„Sestra je strašná moralistka. Vede něco v kostele, má sedm dětí, její manžel kandidoval na primátora. Má tam i nějakou Ukrajinu, dělá hodně dobročinných věcí v kostele, aby bylo vidět, jak jsou svatí.“* Dcery jsou s rodiči v kontaktu pomocí internetu, jedna však s nimi odmítá mluvit, protože se na rodiče „zlobí“, že nemůžou být spolu. V současné době nemá respondentka představu, jak dlouho budou ještě dcery v cizině. Synové jsou oba v Klokánku, kde je matka pravidelně navštěvuje. Po celou dobu jí pomáhá nejstarší sestra, která se za ni zaručila i u sociálních pracovníků a je případně ochotna sestře pomáhat i finančně, pokud ona nebo její partner budou mít zaměstnání, nebo jej budou alespoň aktivně shánět. Tento model nějakou dobu fungoval. Respondentka uvědoměle komentuje situaci následovně: *„My jsme prostě blbí. Já jsem byla na mateřský a partner trochu dělal. Nelíbilo se mu být pod státním aparátem. A aby dokázal, že není žádný flákač, tak chodil do práce pro sociálku na Prahu 6. Ale to nějak skončilo, byl pak v neschopence. Od té doby tvrdí, že tenkrát nějakou dobu dělal... To je asi čtyři roky...No, prostě jsme blbí, proto to zkrachovalo s tou ségrou.“*

Podobná pasivita jí způsobuje i značné problémy se sociálními pracovníky. V podstatě nijak nereflektovala na jejich návrhy, požadavky a jiné pobídky, které měly vést ke zlepšení její situace. Vše nechávali s partnerem na poslední chvíli, nebo požadavky neřešili vůbec. Je tedy pochopitelné, že dotyčné instituce na základě těchto zkušeností zaujaly patřičná stanoviska vůči této respondentce.

Budoucnost: Respondentka plány do budoucna příliš nemá. Jediné, co nyní chce, je mít všechny děti opět u sebe. Je hodně zaměřena na *tady a teď* a v podstatě není schopna v současnou chvíli plánovat další kroky, jako zaměstnání nebo bydlení. Uvědomuje si, že cesta k znovuoživení společného života s dětmi může být dost náročná a dlouhodobá. V první řadě je nutné, aby svou závislost dostala pod kontrolu a zahájila alespoň kontrolovanou substituční léčbu.

Klinická úvaha: V dětství bývala rozmazlována, měla hodně volnosti a vzhledem k věkovému odstupu od ostatních sourozenců vyrůstala v podstatě sama. Popisované situaci odpovídají i výsledky dotazníků. Na respondentce je během rozhovoru znát velká emoční nestabilita, která pramení z odebrání dětí a z poměrně nejisté budoucnosti. Nepůsobí dojmem, že by nad celou situací měla příliš nadhled. V některých oblastech ano, ale současně se zdá, že užívání návykových látek nevnímá jako tak závažný problém, jakým ve skutečnosti je. Co se ukazuje jako značná komplikace, je její laxnost a pasivita, se kterou si sama přiděluje komplikace a zhoršuje celý proces. Z informací personálu vyplynulo, že oni sami za ni doslova „kopou“ na různých úřadech ve snaze zlepšit její situaci. V tuto chvíli je podle nás málo stabilizovaná a není schopna situaci sama komplexně řešit, případně rozfázovat proces řešení na menší kroky, kterým by se věnovala. Velké pozitivum je podpora od její nejstarší sestry, stejně jako fungující (v rámci možností) vztah s rodiči. Rodiče, dle zkušeností, jsou schopni a ochotni pomoci s péčí o děti, pokud vnímají, že ona sama něco pro situaci dělá. Respondentce také značně pomáhají pracovníci centra. Další vývoj životní situace této respondentky se v tuto chvíli jen těžko předpovídá. Figuruje zde příliš mnoho aspektů, které mohou vývoj zvrátit různými směry.

Příloha 4 – Kazuistika III

Kazuistika III

Úvod: Respondentka číslo 3, rok narození 1988. Setkáváme se v Centru ambulantních sociálních služeb. Návykové látky užívá 12 let, marihuanu a denně nitrožilně pervitin. Nyní je na substituční léčbě. Má dvě děti, dceru (* 2010), která je aktuálně umístěna v Klokánku, syna (*2013), kterého má u sebe v péči. Je v rozvodovém řízení a nemá stálou práci.

Minulost: Respondentka vyrůstala s matkou a třemi sourozenci. Otec od rodiny odešel, když jí byly dva roky. Je nejmladší z dětí, nejstarší sestra je o deset let starší, bratři o šest a o čtyři roky. Matka měla dvě zaměstnání, aby rodinu uživila. Přes den pracovala jako administrativní pracovnice a po večerech dělala barmanku. Dětem se věnovala každý druhý víkend, kdy měla volno. O děti a především o respondentku se tedy většinu času starala její babička. S babičkou měla respondentka krásný vztah, plně jí nahrazovala málo dostupnou matku. Situace se výrazně změnila s babiččíným náhlým úmrtím, které jí značně zasáhlo. *„Bylo to šílený, někdy mám pocit, že to tak není, že se prostě někde objeví. Když babička zemřela, byla jsem najednou strašně sama. Prostě nebyl nikdo, komu by na mě záleželo, kdo by si se mnou povídal. Mě bylo 8, s bráchama máme blbej věkovej vodstup, tak to v té době nešlo a ségra už bydlela u svého přítele. Nejhorší bylo, že jsem za dne na den prostě osiřela.“* Na úmrtí babičky reagovala matka respondentky zvýšenou konzumací alkoholu, ke kterému měla díky své práci velmi snadný přístup. Dlouho situaci zvládala, ale po asi dvou letech jí byla v její „denní“ práci dána výpověď, když opakovaně dorazila do práce pod vlivem alkoholu. Respondentka tuto situaci nesla těžko, ale jak sama zmiňuje, nebylo to ještě to nejhorší: *„Máma strašně pila, jako fakt denně to z ní táhlo, doma nebylo jídlo, nic moc nefungovalo, zpětně se divím, že nás nevyhodili z domu kvůli neplacení. Už mi to tenkrát přišlo dost strašný tam být, ale to jsem netušila, co mě teprve čeká...“* Po nějaké době si našla matka nového partnera, který záhy začal s rodinou bydlet. Zprvu se zdálo, že se díky jeho příchodu rodina stabilizovala, především respondentčiny bratři s ním měli dobrý vztah, což samozřejmě zlepšilo celkovou rodinou atmosféru. Tento partner měl i značný vliv na matku, která díky němu začala odborně řešit své problémy s alkoholem a absolvovala i tříměsíční protialkoholní léčbu. V té době se o děti staral on. *„Zprvu to vypadalo fakt v pohodě, byla jsem ráda, že se máma kvůli němu léčí, i když já jsem ho moc nemusela. Ale jak nastoupila léčbu, začalo mi peklo. A bylo to šílený... Pokračovalo to i po té, co máma byla zpátky doma... Ale nechci to víc rozebírat a vracet se k tomu.“* (Pracovnice zařízení mi zpětně sdělily, že byla tímto mužem dlouho zneužívána). O situaci nikdo v rodině dlouho

nevěděl. Matky partner jí vyhrožoval, že pokud to někomu řekne, tak „*to bude ještě horší*“. Postupně se naučila být doma jen v době, kdy tam byla i matka, nebo někdo další z rodiny. Vzhledem k tomu, že matka stále pracovala především po nocích, sice ne už v baru, ale jako noční recepční, trávila respondentka většinu nocí mimo domov, jak komentuje: „*Prostě jsem nemohla být doma, nešlo to, bála jsem se, tak jsem byla venku, třeba na nádraží, u kamarádů a tak... No a prostě nějak v té době jsme začali všichni pít, hulit a asi ve čtrnácti už jsem si píchala perník. Je fakt, že to vždycky na krátko pomohlo.*“

Od čtrnácti let užívala drogy denně. Prostředky si sháněla různě, krádežemi, různými protislužbami, prostitucí...Ve dvaceti se seznámila se svým současným partnerem, uživatelem, se kterým má obě děti. Celé první těhotenství stále brala, dcera byla neplánovaná a narodila se s NAS, z porodnice byla umístěna přímo do kojeneckého ústavu, později do Klokánku, kde je s krátkou pauzou, kdy byla u matky, stále. Syn byl plánovaný a během těhotenství přešla na metadonovou substituci, kterou užívala do synových tří měsíců, ale pak zrecidivovala kvůli problémům s partnerem.

Interpretace výsledků: Dle dotazníku PBI se *péče* matky ukazuje jako dostatečná, i když méně vřelá s menší mírou chválení. *Kontrola* byla dle výsledků minimální, respondentka měla hodně volnosti s velmi nízkým zájmem rodičů o děti a jejich aktivity. Dotazník nebyl u otce vyplněn. Biologický otec od rodiny brzy odešel a od nového partnera matky byla zneužívána a odmítla se jakkoliv víc k tomuto tématu vyjádřit.

V dotazníku ECR vyšel Z skóre pro úzkostnost 1,76, což je víc jak jedna směrodatná odchylka od normy. Jedná se o třetí nejvyšší hodnotu souboru. Dimenze vyhybavosti je s hodnotou -1,97 hodně podprůměrná, téměř ve vzdálenosti dvě směrodatné odchylky od normy. Tato extrémní hodnota se nám nezdá adekvátní k popsané situaci, vzhledem k zážitkům s nevlastním otcem bychom čekali hodnoty spíše opačné.

Současná situace: Nyní je na substituci. Bydlí se synem v azylovém době. Pravidelně dochází do centra, kde jí pomáhají zařídit léčbu v TKK, kam by měla i se synem nastoupit do dvou měsíců (září 2014). Absolvování pobytu v komunitě je podmínkou, aby jí byla vrácena dcera do péče. Z rodinných členů se stýká se sestrou, která jí pomáhá, především finančně, příležitostně si vezme syna na pár dní k sobě. S matkou mají vztah hodně rezervovaný. Matka respondentku obviňuje, že je respondentka špatná matka, když má dítě „*v ústavu*“. O jednom bratrovi nic neví, s druhým se výjimečně potká, pokud je nějaká rodinná událost. Příležitostně pracuje „*na černo*“ na různých brigádách. Aktuálně kromě nástupu do léčby řeší i rozvod s partnerem, který jí několikrát fyzicky napadl, třikrát musela být ošetřena v nemocnici. „*Von ten vztah nebyl úplně růžovej, to ne, ale k malýmu se choval*“

pěkně a já jsem chtěla, aby vyrůstal s tátou. No ale pak mu už z těch drog začalo hrabat, vadilo mu, že já to omezuju. Několikrát mě napadl, házel po mě věci, bála jsem se, že udělá něco i klukovi, tak jsme zmizeli do azyláku.“

Budoucnost: V nejbližší budoucnosti se bude snažit vyřídit všechny záležitosti potřebné pro nástup do komunity. Chce se léčit především kvůli dětem, aby měly dobré dětství, a aby mohly být všichni spolu. Ještě před léčbou by byla ráda, kdyby se jí podařilo rozvést, ale manžel se snaží řízení oddálit, jak jen může, věčně se omlouvá z důvodu nemoci či jiných více či méně pravděpodobných důvodů. Co bude po léčbě, nyní neřeší. Jediné, co si myslí, že by se mohlo změnit, jsou vztahy s matkou. *„Doufám, že když třeba uvidí, že se snažím, že se léčím, tak že o mě už nebude tvrdit, že jsem špatná matka. Ale nevím, mno. Jen bych to tak chtěla.“* Ani neví, zda celou léčbu zvládne, má z toho strach. Bojí se i toho, že jí třeba z nějakého důvodu dceru nedají zpět a pokud ano, jak jí přijme a co jí řekne ohledně své závislosti. *„Já na tu léčbu chci, ale strašně se bojím, prej je to docela drsný, je to hodně dlouhý a prostě na palici, osm měsíců pořád na jednom místě a bez drog, bez všeho. Ale doufám, že to zvládnou, spíš se bojím, co bude pak... jako s holkou... jestli vůbec bude chtít zpět, nebo jestli bude mít ráda svého brácha a mě... A hlavně... moc nevím, co jí jako mám říct, asi těžko řeknu: „Promiň, maminka brala drogy a bylo jí jedno, co se děje, ale teďka už to bude dobrý.“* Se současnou situací se pojí i její obavy o zvládnutí mateřské role. *„Já ani nevím, jak mám dětem říct, proč nemají tátu, babičku. Nevím, no... asi každá máma ví, jak co dětem říct, já ale ne.“*

Klinická úvaha: Výchozí situace respondentky není příliš příznivá. Traumatické zkušenosti z dětství, jak úmrtí milované osoby, tak zneužívání od nevlastního otce, jistě značně poznamenaly v mnoha ohledech její vývoj. Situaci neulehčuje ani násilí od partnera a nefunkční vztah s matkou. Je tedy poměrně obtížné predikovat budoucí situaci této ženy. Hodně to nyní závisí na tom, jak se jí podaří vyřešit rozvod a nástup do léčby, a také jaký vliv na ni bude mít samotná léčba, její průběh, délka, zda jí vůbec zvládne dokončit... Působí částečně zmatečně, ale také motivovaně, resp. její motivací jsou pouze děti a naděje na případné zlepšení vztahů s matkou, ale zatím chybí vnitřní motivace kvůli ní samotné. Možná rizika spatřujeme v nefunkčních vztazích s matkou, partnerem, a také v množství obav, subjektivně oprávněných. Z rozhovoru se zdá, že v současné situaci je v podstatě sama, nemá nikoho blízkého, kdo by jí pomáhal a podporoval, což samozřejmě její nepříznivou situaci nikterak nezlepšuje. Zdá se, že velkým tématem této ženy budou muži. Jednak její nevlastní otec, a také partner, který ji bil a který všemi prostředky brání rozvodu.

Příloha 5 – Kazuistika IV

Kazuistika číslo IV

Úvod: Respondentka číslo 4, narozena 1992. V době pohovoru byla druhým měsícem v TKK, ve druhé fázi léčby, spolu se synem (*2011) a dcerou (*2012). Jedná se o její první léčbu. Návykové látky užívá necelých šest let. Hlavní drogou byl pervitin s nitrožilní aplikací s frekvencí 1-2x týdně. Doplňkovou drogou pak marihuana. Je vdaná, manžel je nyní ve výkonu trestu za výrobu, přechovávání a prodej návykových látek. Ona nemusela výkon trestu nastoupit, pokud zahájí pobytovou léčbu v komunitě.

Mínulost: Respondentka pochází z velké rodiny. Svou rodinu považuje v podstatě za normální, bez větších problémů. Má sedm sourozenců, ne všichni jsou vlastní, někteří pochází z dřívějších nebo současných vztahů svých rodičů. Je nejstarší ze všech dětí. Otec byl přísný a na respondentku, jako nejstarší dítě, kladl vysoké nároky, zvláště v péči o sourozence. Zároveň se snažil být jí oporou v jejich problémech, zajímal se o ni. Matku popisuje jako milou, starostlivou, která jí ale na druhou stranu dávala hodně volnosti. Rodiče se rozvedli, ale s oběma byla a je stále v kontaktu a vycházejí spolu veskrze dobře. Problémy nastaly s novým partnerem matky, který ji v šestnácti letech vyhodil z domu pro její „pubertální chování“. Tato situace byla velmi stresující a v té době se respondentka začala stýkat se skupinou lidí, kteří experimentovali s různými látkami. Později se v této skupině seznámila se svým budoucím manželem. K drogám přivedla i svou nevlastní sestru, dceru nového přítele matky, za což jí rodina hodně odsoudila.

První potomek byl plánovaný. Dvojice doufala, že jim narození dítěte pomůže přestat s užíváním drog. Krátkodobě to opravdu fungovalo, byť nepřestali úplně, ale oba velmi omezili množství. Zvrat nastal v době, kdy zjistila, že je znova těhotná a že již je pozdě na potrat. Oba začali drogy konzumovat v mnohem větší míře. Manžel si v té době našel milenkou – tetu své ženy, se kterou byl přibližně tři měsíce. „*On mi k narozeninám řekl, že je do tety zamilovanej a ať se s tím bud' smírím, nebo odejdu od něj. To bylo celý strašný. Já jsem nechtěla být sama, bylo mi to strašně líto.*“ Po narození dcery se muž k respondentce vrátil, byť situace nebyla stále ideální. Během obou těhotenství stále užívala pervitin, jen s nižší frekvencí. Obě děti se narodily bez abstinenčních příznaků.

Děti měla a má po celou dobu u sebe. Nikdy nebyly dlouhodobě v ústavním zařízení, vyjma několik měsíců, kdy byly oba manželé ve vazbě kvůli výrobě návykových látek.

Partnerský vztah byl hodně ovlivněn i manželovým „vařením“ (výrobou drog), kdy k nim do bytu přicházeli během dne i noci různí lidé pro drogu. Docházelo logicky k častým konfliktům, které byly vyústěním psychické náročnosti tohoto stylu života. „*My jsme třeba spali a někdo v noci třeba přišel a zazvonil. Já byla úplně na nervy z těch lidí. A už jsme byli*

v sobě.“ Situace mezi partnery se hodně vyostřila, když partner přišel o práci a naplno se začal věnovat výrobě pervitinu. „*Mlátili jsme se strašně, když jsme vystřízlivěli, ptali jsme se jeden druhého, proč fetujeme. To nejde ani popsat, co jsme k sobě cítili. Něco tak odporného.*“

Intepretace výsledků: Skóry v dotazníku PBI pro matku jsou v pásmu normy. Percentil 70 pro *Péči* vypovídá o přiměřeně přátelské vazbě, kdy se dítěti dostává pocitu chtění, zájmu a pochvaly. Výsledek na škále *Kontroly* je s percentilem 30 stále ještě v pásmu normy, jedná se však o malou míru kontroly, dítě je vedeno k samostatnosti, dostává se mu podpory v jeho vývoji a volnosti v aktivitách, které dělá. Percentily u otce jsou oba mimo pásmo normy, oba shodně dosáhly hodnoty 90. Tyto skóry odpovídají velmi přátelské vazbě, s bohatou komunikací, s porozuměním potřebám dítěte. Rodiče spolupracují a dítě bývá nadměrně chváleno. Zároveň se jedná o velmi kontrolující vztah, kdy rodič nenechává na dítěti rozhodování a možnost volby. Může být i narušováno soukromí dítěte.

Hodnota Z skóru v dotazníku ECR je pro dimenzi úzkostnosti 0,69, což je hodnota odpovídající normě. Dimenze vyhybavosti má hodnotu -0,42, tedy lehce podprůměrnou. Tato respondentka, jako jedna z mála, nevykazuje známky nejistého vztahového připoutání.

Současná situace: Spolu s dětmi se nachází druhý měsíc v TKK. Manžel je ve výkonu trestu. Pobyt v komunitě pro ní byla v podstatě záchrana před vězením a před umístěním dětí do dětského domova. Velkou podporu má ve své rodině, především ve své matce, která ji navštěvovala jak ve vazbě, tak i v komunitě. Dobře vychází i se svou babičkou a s tchýní. V poslední době se zlepšily i vztahy s otcem a dědou. Velkým tématem je pro ni vztah s dcerou, kterou zprvu odmítala, což se projevovalo i v péči o ní. V podstatě byla příčinou manželova poměru s tetou respondentky. Péče o děti a zvládnání svých emočních výkyvů jsou stěžejní pilíře jejího pobytu v komunitě. „*Mám na to kontrakt. Chovám se jak venku, tři týdny funguju normálně a pak týden ne. Venku jsem šla fetovat. A tady, nechut', neochota, jsem hnusná.*“ Děti jsou pro ni zároveň velkou motivací. Nechce, aby se opakovalo to, co musel syn jako malý zažívat, když žil s rodiči v „drogovém doupěti, kde se vyráběl pervitin“. Dalším velkým tématem pro ní je „ona v roli matky a manželky.“

Budoucnost: V tuto chvíli budoucnost příliš neřeší. V komunitě by měla být dalších sedm měsíců. Přibližně za stejnou dobu by v ideálním případě mohl být manžel propuštěn „*na půlku*“. O pobytu v léčebném centru zatím neuvažuje. Plánuje společné bydlení s manželem, i když vnímá značná rizika, která tato varianta obnáší. „*Máme chut' jít do toho oba a bez drog. Ale bude to těžký, jako dva feťáci, co si budeme povídat. Ale máme velkou motivaci. Máme spolu děti, o které přišel. A z ničeho nic přišel i o mě.*“ Téměř ve stejnou

dobu však sama sebe neguje, když dodává, že se nechce vrátit do stejného bytu a půjde s dětmi bydlet k babičce, stejně jako by šel manžel ke své, která bydlí 15 km od respondentčiny, „*Nemůžu se mu dát za zadarmo. On si bude muset sehnat práci, aby si mě měl s dětma kam vzít.*“ O svém případném zaměstnání žádnou představu ani vizi nemá. Důležité je pro ni soustředění se na přítomnost a řešení aktuálních problémů.

Obavy spatřuje především ve své nezodpovědnosti a značnému výkyvu nálady. Jsou dny, kdy děti jsou její naprostá priorita a pak mívá období, kdy ji děti příliš nezajímají, nedostatečně se jim věnuje, uzavře se sama do sebe a s nikým nekomunikuje.

Klinická úvaha: Tato respondentka pochází z poměrně dobrého prostředí s fungujícími vztahy. Je velmi obtížné odhadnout nadcházející vývoj její situace. Je v léčbě teprve dva měsíce, což je poměrně krátká doba na výraznější změny. Její projev ani chování nepůsobí příliš přesvědčivým dojmem, spíše naopak. Často hovoří v superlativech o drogách, o tom, jak je život s nimi skvělý. Je možné, že se později její postoj k drogám změní. Čeká ji ještě dlouhá cesta, práce se sebou samou a naučení se přijímat odpovědnost za svůj život a také za život svých dětí. Motivace se v tuto chvíli jeví jako poměrně slabá, ne příliš zvnitřněná, což může být do značné míry i tím, že léčbu podstupuje ze soudního nařízení. Je velmi mladá a občas na výzkumnici dělala dojem, že ještě „*nemá odfetováno*“, což sama nepřímou potvrzuje, když zmiňuje, „*že jí vlastně drogy nedaly zdaleka tak přes prsty, jak by potřebovala*“. Vliv může mít i její poměrně nízký věk, kdy se jí narodil syn i to, že mateřství plánovali primárně jako důvod k zanechání užívání drog. Jako protektivní faktor se může zdát vztah s manželem, ale z informací, které jsme získali mimo rozhovor, ať ze skupiny nebo od terapeutů, se zdá, že její vztah není tak idylický, jak by chtěla a jak prezentuje navenek. Myslíme si, že případný rozpad vztahu by mohl mít na respondentku velmi závažné dopady, protože se zdá, že partner je pro ni v tuhle chvíli důležitější než děti. Co však její situaci velmi pomáhá, je značná podpora od rodinných příslušníků, zvláště od babičky, která jí po léčbě nabídla možnost bydlení.

Celkově je podle našeho názoru bez nadhledu nad celou komplexností problému, nepřiznává si, že být matkou je stálý a trvalý úvazek, kterému musí výrazně přizpůsobit svůj život. Představy o budoucnosti se jeví ne příliš příznivě. Jako problém vidíme především společné bydlení s partnerem, i to, že apriori odmítá pobyt v doléčovacím centru. Je hodně emočně nestabilní a její výkyvy se odrážejí v péči o děti a především v komunikaci s nimi. Bude hodně záležet, zda během léčby pochopí, že je zde především pro sebe, pro svoje děti a proto, že se ona sama chce ne proto, že musí.

Příloha 6 – Kazuistika VI

Kazuistika číslo VI

Úvod: respondentka číslo 6., narozena 1989. Sběr dat se uskutečnil v TKK, kde v té době pobývala ve druhé fázi léčby. V době pobytu byla podruhé těhotná, první syn (*2010) je v péči babičky - matky respondentky. Návykové látky užívá deset let. První čtyři roky se jednalo především o marihuanu a LSD s každodenní frekvencí. Posledních šest let užívala třikrát denně nitrožilně pervitin. Jedná se o její druhou léčbu, po prvním pobytu v léčbě (jiná komunita než TKK) zrecidivovala po čtyřech dnech od propuštění. Opětovné užívání trvalo půl roku. Během této doby neplánovaně otěhotněla a zahájila pobyt v TKK.

Mínulost: Pochází z úplné rodiny. Je nejstarší ze čtyř dětí. Sestry, dvojčata, jsou o tři roky mladší, a bratr o jedenáct. Vztah se sestrami byl v pořádku, než přišlo období puberty, kdy ji začaly vyčítat, jak svým „drogovým“ chováním trápí matku. Bratra v podstatě vychovala a i nyní na ní stále hodně lpí. S matkou měla a stále má dobrý vztah a vycházela s ní bez problémů. S otcem byla situace opačná. Celý život tvrdil, že respondentka není jeho dcera. Hodně času trávil v hospodě a na matku byl poté hodně hrubý a děti, a především respondentu, hodně bil. Situace se vyhrotila na tolik, že respondentka byla rodičům odebrána a umístěna na přechodnou dobu do dětského domova. Její život také velmi výrazně ovlivnila babička (matka otce), která měla na respondentku značně vysoké nároky. Od útlého věku, ještě před začátkem povinné školní docházky, ji zamykala v pokoji, aby se intenzivně učila, například matematiku. Mimo školních povinností měla na starost i péči o hospodářská zvířata, péči o sourozence a mnoho „povinných“ volnočasových aktivit. Rodina se shodovala v tom, že je respondentka talentovaná a že je škoda jejího potenciálu nevyužít. Ona sama to vnímala jinak. „*Pro mě toho bylo moc. Jsem začala chtít něco, co jsem neměla, co měly ostatní děti, ale já ne. Mně byli zakazováni kamarádi, protože byli pod mojí úroveň.*“ Dlouhodobé přetěžování v kombinaci s fyzickým týráním ze strany otce na sebe nenechalo dlouho čekat. Přibližně ve věku třinácti let začala utíkat z domu a chovat se tak, jak ona sama chtěla. Po jejích návratech většinou následoval fyzický trest, což mělo za následek, že se prodlužovaly intervaly, kdy respondentka byla mimo domov, až do maximální možné míry, kdy po ní několikrát bylo vyhlášeno celostátní pátrání. Většinu času, kdy užívala drogy, pobývala někde ve squarech nebo různých bytech, daleko od svého rodiště.

Interpretace výsledků: Výsledky dotazníku PBI jsou u matky na obou škálách mimo pásmo normy. Na škále „*Péče*“ dosáhla percentil 97! Tato vazba se dá považovat za velmi, až extrémně přátelskou, rodič má snahu o vřelé a podnětné prostředí a o porozumění potřebám dítěte. Bývá nadprůměrně chváleno. Škála „*Kontroly*“ byla na druhé straně od

normy s percentilem 10. Vazba mezi rodičem a dítětem je hodně důvěrná, s velkým prostorem pro samotné rozhodování. Starostlivost rodiče o dítě je malá a současně nejsou sklony k rozmazlování. Dá se říct, že výsledky dotazníku týkající se matky odpovídají i obsahu rozhovoru a jsou, vyjma otázky rozmazlování, ve shodě.

U otce jsou obě škály opět mimo pásmo normy, avšak opačně, než v případě matky. Na škále „*Péče*“ se jedná o percentil 4! Při těchto výsledcích se jedná o velmi málo přátelskou vazbu, dá se říct téměř nepřátelskou, kde zcela schází adekvátní komunikace. Dítě nezažívá pocit chtěnosti či zájmu ze strany rodiče. Hrozí zde zvýšené riziko psychické deprivace. Naopak škála „*Kontroly*“ dosáhla hodnoty 96 percentil, kdy se jedná o velmi kontrolující vazbu, bez možnosti projevu vlastní vůle a podpory ve vlastní autonomii. Může docházet k porušování soukromí jedince. Informací o otci neposkytl respondent příliš mnoho, tak je těžší hledat vzájemné souvislosti, ale i tak se jeví, že výsledky odrážejí obraz reality popsané při rozhovoru.

V dotazníku ECR vyšel Z skór dimenze úzkostnosti 0.69, což odpovídá normě. Druhá dimenze, tedy vyhybavost, měla Z skór lehce podprůměrný, -0,50. Tyto hodnoty odpovídají v podstatě zdravému, tedy jistému typu vazby, což nás vzhledem k popsané situaci v dětství, včetně umístění do dětského domova, poněkud překvapuje

Současná situace: Nyní je její největší oporou její matka, která byla i jedním z hlavních motivačních faktorů pro její léčbu. Vztah s ní popisuje jako velmi pěkný a pro ni zcela zásadní. „*Máma je super člověk. Bez ní bych nebyla nic. Nebyla bych tady. Nasekala bych si, když si vzpomenu, jak jsem jí natahala těma doupětama s feťákama. Mámu mám fakt nejradši.*“ Matka byla a nadále je i velkou oporou v péči o syna. Sama respondentka dodává, že se snažila synovi dát vše, že není zanedbaný, ani opožděný ve vývoji, zároveň ale přiznává, jak moc se nenávidí za to, že jej od kojeneckého věku brala po všech místech, kde se aktivní uživatelé drog běžně pohybují. Při popisu situací se jí vrací masivní výčitky svědomí a od tématu utíká.

Po návratu do rodného města jí matka řekla, že se stylem života, jaký vede, brzy umře. To byl impuls, kdy se dohodla se sociální pracovnící, aby syn mohl být dočasně umístěn do Klokánku a ona mohla zahájit léčbu v komunitě. Po krátkém čase a díky dobrým vztahům se sociálními pracovníky dojednala, že syn bude umístěn do pěstounské péče ke své babičce. (matky respondentky).

S bývalým partnerem se nyní nestýká, nejen proto, že je ve výkonu trestu odnětí svobody, ale i z osobních důvodů a také z důvodu negativního náhledu na společnou drogovou minulost.

Se svým otcem se snaží zdánlivě vycházet, ale dělá to jen kvůli matce. Ani respondentka ani otec nemají příliš potřebu kontaktu. On stále není ochoten přijmout drogovou minulost své dcery a vyrovnat se s ní.

Tříletý syn je v péči babičky, s matkou je v kontaktu, posílají si dopisy, občasně se navštíví. Ví, že bude mít bratra a že, maminka je teďka v „nemocnici“, ale že se pak k nim vrátí. Druhý syn by se měl narodit do měsíce (prosinec, 2013).

Budoucnost: Konkrétní plány do budoucna příliš nemá. Primárním zájmem je být tady a teď a soustředit se na nadcházející porod. Po absolvování pobytu v komunitě plánuje jít na rok do doléčovacího centra, daleko od míst, se kterými má spojenou minulost. Z doléčovacího centra má i díky své zkušenosti s recidivou obavy: *„Doléčovák je hodně otevřený a bojím se, že to nemusím zvládnout. Já se potřebuju sžít s tímhleťm dítětem. A jít ven?! Budu to brát tak, že si z léčby vezmu aspoň něco, není to ideální, ale je lepší být tady, než být s dítětem venku.“* O adopci neuvažovala ani u jednoho těhotenství, a to ani v případě, že druhé dítě je neplánované a byla by si bývala na něj počkala déle, až by její situace byla příznivější. Přesto své těhotenství vnímá jako jisté „znamení“, které má určitý smysl. Minimálně na úrovni motivace. *„Jdu do toho, k drogám se nechci vrátit. Vzaly mi úplně všechno, co jsem měla, ale i to, co nemám.“* Adopci nezvažovala i díky podpoře své matky, která se staršího syna ujala. Připouští, že pokud by si to situace a její stav žádaly, dala by druhého syna na přechodnou dobu do kojeneckého ústavu, nepřipouští však, že by se jich někdy vzdala. *„Jsou to moje děti, mám pro koho žít, mám komu dělat radost. Jak mám dělat něco pro sebe, tak to ne, ale tohle dělám pro své děti. Ale musím se naučit myslet i sama na sebe, jinak se z toho nevyližu.“* Ráda by v budoucnu chtěla být schopna vrátit své matce vše, co do ní za celý život investovala, a to nejen v materiální rovině.

O pracovním uplatnění zatím příliš neuvažuje. Je si vědoma, že se napřed musí dostat ze svých současných problémů a také toho, že s pouze základním vzděláním a dvěma malými dětmi je nabídka práce omezena. Důležitější pro ni je nyní být „tady a teď“ a „vyřešit a zapomenout“. Mnohem větší obavy, než z budoucího zaměstnání, má z obnovení kontaktu s tříletým synem a z toho, zda ji přijme jako matku. Zároveň se obává i budoucí finanční situace a stavu, kdy nebude moci dětem dát vše, co by potřebovaly. Další téma, kterého se respondentka obává, je otec jejích dětí. Syn svého otce zná a je na něj hodně závislý. V tuto chvíli ani neví, zda nechá svého bývalého partnera a otce syna uvést v rodném listě očekávaného druhého syna. Zdaleka však největší obavy má z toho, že neví, jak dětem vysvětlit, aby také neužívaly drogy. *„Bojím se, že nebudu vědět, jestli jim říct, že jsem fetovala, nebo neříct. Nebo zda o tom nemluvit vůbec. To je to, co ve mně vězí, to čeho se*

hodně bojím.“ Nemyslí si, že by se chtěla k bývalému partnerovi vracet. Návrat k němu vidí jako možné ohrožení pro děti, i proto chce být s nimi sama. Věří, že po nějaké době v komunitě se s novorozeným synem sžije a půjde s oběma syny společně na chráněné bydlení.

Klinická úvaha: Dětství této respondentky se neslo převážně v duchu přetěžování různorodými povinnostmi a vysokými nároky ze stran prarodičů. Situaci výrazně zhoršovalo i fyzické a psychické týrání od otce. S drogami začala v poměrně brzkém věku během svých útěků z domova, které se zdály být „jednoduchou a efektivní“ možností řešení jejích problémů. Hodnoty vzešlé z nástroje ECR se nám zdají až nereálně vysoké, a také ne zcela odpovídající obsahu rozhovoru. Je tedy možné, že zde došlo k určitému zkreslení dat.

Vztah s matkou byl jak v dětství, tak i během celých let jejího užívání drog, velmi dobrý, matka jí byla a je neustále velkou a pravděpodobně jedinou oporou. Respondentka si je toho vědoma a i sama zmínila, že to byla právě matka a poté až děti, kdo byl hlavním impulsem k léčbě. Výzkumnice byla s touto respondentkou týden v komunitě a tak může říct, že působí značně motivovaně, i když se zdá, že se jedná o vnější důvody, nikoli o motivy vycházející z jejích vnitřních pocitů a potřeb. Tuto naši úvahu podporuje částečně množství různých obav a velkých nejistot, ale především množství témat, u kterých zjevně nastupují nevyzrálé a nevhodné formy obran. Jedním z takových velkých témat je její bývalý partner, otec obou dětí. V jednu chvíli rozhodně ví, že se k němu vrátit již nechce, ale krátce na to dodává, že už se rozcházelí víckrát, ale že „*on má něco a vždy jí dokáže oblbnout*“, a sama tomu moc nevěří, že by vydržela se s ním nestýkat. Díky němu zrecidivovala po opuštění předchozí komunity.

Dalším poměrně náročným tématem může být znovuobnovení kontaktu se synem a s tím i spojené stále se vracející výčitky svědomí stran péče o syna. Celkově působí značně nestabilně a nevyrovnaně. Krom zmíněných faktorů z dětství a z období její drogové kariéry nás napadají další dva, které mohou mít výrazný vliv na její nestabilitu. Prvním z nich je rozhodně blízký termín porodu a tedy i všechny s tím spojené změny a stavy. Druhým, který nám přijde neméně významný, je její celková nespokojenost se současnou léčbou. Ve srovnání s jinou komunitou, kde byla dříve, je v současné léčbě mnohem méně času věnováno jednotlivým klientům, jejich potřebám a psychoterapii. Zároveň jí zde nevyhovuje rozložení aktivit během dne, přehnaný význam pracovní terapie a naopak menší možnosti pro „mimořádnou skupinu“. Toto rozčarování komunitou bylo přítomno po celou dobu rozhovoru. Vzhledem k tomu, že výzkumnice má shodou okolností osobní zkušenost

s oběma zmiňovanými komunitami, uznává, že mnohé její argumenty a poznámky jsou oprávněné.

V současné situaci je hodně složité predikovat další vývoj u této klientky. Není reálné zcela odhadnout, jak ji ovlivní narození druhého potomka. Jako velmi důležité vnímáme fungující vztah s její matkou, která jí je velmi nápomocná. Podle mě bude hodně záležet i na tom, jak dlouho zůstane po porodu v komunitě, a zda se jí podaří vyřešit nebo alespoň lépe zvládat své psychické problémy a obavy. Bude tedy hodně záležet na vývoji v nadcházejících měsících.

Příloha 7- Kazuistika VII

Kazuistika číslo VII

Úvod: Respondentka číslo 7, narozena v roce 1992. V době rozhovoru pobývala v TKK, v poslední fázi léčby – na samostatném bydlení spolu se svým osmnáctiměsíčním synem (*2012). Drogy užívá od roku 2005. Celou dobu užívala dvakrát denně nitrožilně pervitin. S jinými látkami nikdy ani neexperimentovala, ani neužívala kombinace více látek. Nikdy nebyla v ústavním zařízení. Nejedná se o respondentčinu první léčbu, třikrát byla pod nátlakem rodičů nedobrovolně na detoxu, odkud vždy utekla. Před nástupem do TKK absolvovala tříměsíční pobyt v psychiatrické nemocnici. Nyní má nově partnerský vztah s bývalým klientem komunity.

Minulost: Respondentka začíná vypravováním o svém dětství rozvodem rodičů, až později se vrací k vyprávění o „dřívějším“ dětství. Popisuje jej jako šťastné a spokojené, rodina trávila hodně času společně. Jezdili pravidelně na dovolené, celá širší rodina se pravidelně setkávala. Období dětství bylo bez problémů. Pochází z úplné rodiny. Má nevlastního staršího bratra. Zlomový bod nastal, když respondentce bylo dvanáct let a rodiče se rozvedli. Matka od rodiny odešla k novému partnerovi, děti zůstaly v péči otce. Otec byl hodně zaneprázdňen dvěma zaměstnáními a děti tedy měly hodně volnosti. Nedostatek času otec dětem kompenzoval vysokým kapesným. Respondentka popisuje, že díky této velké volnosti a značné finanční samostatnosti začaly její problémy s drogami. Na druhou stranu dodává, že z její závislosti neviní rodiče. *“Já si myslím, že by se to stalo, i kdyby se nerozvedli. Já jsem tu partu lidí, co fetovali, znala už dřív.”* Těhotenství této respondentky bylo neplánované a nechtěné. V šestnácti letech jí lékaři sdělili, že pro zdravotní komplikace nikdy děti mít nemůže a tedy neužívala ani žádnou formu antikoncepce. V době, kdy nečekaně otěhotněla, jí bylo dvacet let a stále aktivně užívala pervitin. O potratu neuvažovala, byť jí matka k němu „hnala“, stejně jako jí navrhovala adopci. Respondentka se však rozhodla, když už přes veškeré zdravotní komplikace otěhotněla, že si miminko ponechá. Drogy přestala brát v pátém měsíci, nebylo to však definitivní, stále se k nim vracela, až v osmém přestala brát úplně. Po porodu s užíváním opět okamžitě začala. Zároveň uvádí, že dítě pro ni byla obrovská motivace a jediná záchrana. *„Ale nebejt toho, že jsem otěhotněla, tak tady asi nejsem. Nebejt toho, že se malej narodil, a že jsem viděla, že tu pomoc potřebuju, tak bych tu nebyla. Pro mě to byl asi jediný podnět, proč přestat fetovat. Nikdy nic nebylo pro mě tak důležitýho... za celou dobu... a to беру nějakých osm let. Tak nikdy nic nebylo pro mě takovej podnět. To že jsem kradla doma, byla na ulici. Nic.“*

Interpretace výsledků: Vazby a vztahy v rodině jsou hodně ovlivněny matčíným odchodem z domácnosti, což potvrzují i výsledky PBI. Matčina *Péče* (percentil 50) je průměrná, dostatečná, ale s menší snahou o vytvoření vřelého a příjemného prostředí. Komunikace ze strany matky byla sice dostatečná, ale neposkytovala tolik prostoru pro pochopení a pochválení, kolik by si respondentka přála. Škála *Kontroly* s percentilem 15 je značně podprůměrná. Dítěti se dostává hodně volnosti, rodič o něj projevuje malý zájem. *Péče* ze strany otce se dle výsledku (percentil 80) jeví jako více uspokojivá, s větší mírou komunikace a zájmem o porozumění dítěti. U otce se dá míra *Kontroly* pospat spíše jako malá. Respondentka měla hodně svobody, její rozhodování nikdo neovlivňoval či nekorigoval.

V dotazníku ECR vyšla dimenze úzkostnosti s hodnotou 1,29 jako nadprůměrná. Naopak dimenze vyhýbavosti je zcela v normě s hodnotou 0,01.

Současná situace: Nyní dokončuje pobyt v TKK, kde je po celou dobu se svým synem. Po odchodu z komunity má v plánu jít bydlet na rok do chráněného bydlení, kde má již dohodnuté místo. Nechce jít bydlet k nikomu z rodiny, byť jí nabízejí pomocnou ruku. „*Nechci být s nima, chci se postavit na vlastní nohy a nechci pořád někomu viset na krku*“ Respondentka má po dobu léčby velkou podporu celé rodiny. Vzájemné vztahy se zlepšily nejen proto, že se začala léčit, ale i díky narození syna, což výrazně zlepšilo již tak dobrý vztah s otcem, který se nyní snaží respondentku mnohem více kontaktovat, aby mohl trávit čas s vnukem. Dodává, že nic z jejího chování, jako byly krádeže příbuzným, pobyty na ulici a další, pro ní nebyly tak silným podnětem jako narození syna. I nástup do léčby byl prvotně jen kvůli synovi, ale později si uvědomila, že léčbu chce absolvovat kvůli sobě a kvůli tomu, aby mohla být dobrou mámou. Syna má krom prvních tří měsíců, kdy byla v PN a on u tety respondentky, u sebe v péči. Nikdy jí nebyl soudně odebrán. Pomoc od tety není jediná forma pomoci ze strany rodiny. Má u všech plnou podporu, čehož si je vědoma a je za to moc vděčná. „*Je to prostě hrozně fajn mít tu podporu v rodině, jak od rodičů, tak od babičky a od tety.*“

Budoucnost: Respondentka, jako jedna z mála, má představu o své budoucnosti. Po dokončení léčby v komunitě půjde na rok na chráněné bydlení. Ráda by si dodělala školu, kterou nedokončila, a našla práci. Ideální její představa je, že by chodila na zkrácený úvazek, dva až tři dny v týdnu, kdy by syna hlídala její matka a zbytek času by s ním mohla být ona. Ráda by spojila práci s fotografováním, které je jejím koníčkem. V současnosti má nového přítele. Vztah trvá krátce, takže zatím nepřemýšlí v tomto směru o budoucnosti. Bojí se, jelikož se jedná o bývalého uživatele. Zdárně dokončil léčbu, ale i tak tam možné riziko je.

Zároveň nechce být na nikom závislá, potažmo aby se někdo takto choval vůči ní a upnul se na ní a syna.

Největší strach má z toho, že na syna se např. lékaři vždy budou dívat jako na syna „feťáčky“. V současnosti ani není rozhodnuta, zda synovi řekne o své minulosti. *„Asi by bylo dobrý ho na to připravit, dřív, než mu to někdo řekne, ale teď je ještě hodně brzo.“* Sama dodává, že bylo hrozně složité si přivyknout, že má dítě, které nikdy ani moc nechtěla, a že se musí o něj 24 hodin denně starat. Měla dny, kdy propadala zoufalství, protože syn brečel a ona nevěděla, co s ním, co je špatně. Ale celkově si myslí, že nyní roli matky zvládá dobře. *“Určitě mám nějaký chyby, to je jasný, ale tak nějak se snažím o to, co mu na očích vidím. Jak jsem nikdy nechtěla děti, tak ho miluju úplně moc“*

Klinická úvaha: Respondentka vyrůstala v úplné rodině, žádné problémy ani konflikty během dětství nezmiňuje. Problémy s drogami u ní začaly po odchodu matky od rodiny. Sama sice přímou souvislost neguje, domníváme se však, že jí odchod matky a následná velmi volná péče ze strany otce hodně ovlivnila. Jak sama říká, nebavilo ji trávit čas samotnou doma a proto raději byla venku s partou lidí, kteří již drogy užívali. Především v noci bývala sama a mohla si dělat cokoliv, co chtěla. Těžko zpětně odhadnout, zda by situace byla jiná, kdyby zůstali všichni společně jako rodina. Za velmi důležitý považujeme fakt, že respondentčina rodina jí zůstala i během její osmileté drogové kariéry určitou oporou a s nástupem na léčbu se její podpůrná síť ještě zvětšila a zkvalitnila. Zdá se, že zcela klíčovou roli v jejím příběhu sehrálo neplánované narození syna. Stal se pro ni motivací k léčbě a k novému životnímu začátku. Z pozorování jejich vzájemné interakce a ze způsobu komunikace se nezdá, že by jejich vztah byl něčím narušen, nebo že by respondentka, i přes svoje pochyby, nezvládala roli matky. Na synovi se nijak neprojevalo matčino užívání drog během těhotenství. Respondentka působí hodně odhodlaně a motivovaně, o své budoucnosti mluví s poměrně realistickým odhadem. Ví, co nechce a naopak jakým směrem by chtěla dál jít. Některé věci nemá zcela jasné, jako třeba kde bude zaměstnaná, ale nemyslíme si, že je to nutné vědět teď, když ještě nějakou dobu setrvá v komunitě a pak na chráněném bydlení. Podle nás má vysokou naději, že se ze závislosti zcela vyléčí. Nejen pro pevné odhodlání, silnou motivaci, ale i pro značnou podporu ze strany rodiny a blízkých.

Příloha 8- Kazuistika IX

Kazuistika číslo IX.

Úvod: Respondentka číslo 9, narozena 1986. S výzkumníci se jako jediná setkala dvakrát. Poprvé byla ještě těhotná v TKK, a podruhé v době, kdy již bydlí s malým synem (*prosinec 2013) v sociálním bytě v Jižních Čechách. Na drogách byla závislá jedenáct let. Hlavní drogou byl pervitin, s denní nitrožilní aplikací. Jedná se už o jedenáctou léčbu, každý rok se o léčbu pokoušela, ale jakmile se dostavily chutě, z léčby utekla. Tato léčba je nejdelší a nejkompexnější. V pátém měsíci těhotenství nastoupila do PL, krátce na to šla do komunity, oba tyto pobyty trvaly dohromady tři měsíce, poté přešla na chráněné bydlení, kde i porodila. Po sedmi měsících šla na sociální bydlení.

Minulost: O svém dětství příliš mluvit nechce. Nejmenuje žádné vzpomínky. Respondentka rychle od tohoto tématu utíká k drogové problematice. Jako malá vyrůstala se svou matkou. Matka jí porodila v osmnácti letech, ale pro nedostatek materiálních a finančních prostředků si respondentku v jejích čtyřech letech vzala babička (matka matky). U babičky byla do dvanácti let, poté na čtyři roky byla zase u své matky. Její dominantní pocity ze svého dětství popisuje prázdnotu. Chyběla jí matka a chtěla být s ní. „*Vztah k mámě jsem měla, ale prostě mi dost chyběla*“. O otci nepadne jediné slovo. Dostáváme se k tomuto tématu až ve chvíli, kdy vypráví, jak v šestnácti letech odešla od mámy z vesnice a šla bydlet ke známé do města. Otec, který byl a je stále aktivním uživatelem, jí odvedl k sobě. V té době byla respondentka na začátku svého užívání. Užívala s kamarády příležitostně zhruba dva měsíce. Otec jí odvezl k sobě pod záminkou abstinence. Ale vzhledem k jeho aktivnímu užívání, byla situace jiná. „*Hnedka po týdnu mi začal aplikovat drogy do žíly, s tím, že mi dával koňské dávky. Během půl roku jsem zhubla o dvacek kilo a byla jsem jak jeho loutka.*“ Více se respondentka k tématu otce nechce vyjadřovat. Z její skupiny v komunitě, na které byla výzkumnice v rámci svého pobytu přítomna, se ví, že jí otec dlouho dobu pohlavně zneužíval a vyhrožoval jí. Vztah s ním je pro ni nadále velké téma, o kterém ví, ale vědomě jej vytěšňuje. Tři roky žila za těchto podmínek u otce. I přes časté útěky jí vždy, možná i prostřednictvím svých vlivných kontaktů, našel a přivedl zpět k sobě. Vyhrožoval lidem, kteří ji u sebe přechovávali. Situaci v té době popisuje jako hodně náročnou, bez vidiny řešení. „*Já jsem nevěděla kudy kam, byla jsem v té době hodně závislá. Nemohla jsem k mámě ani k babičce. Takže jsem začala pracovat v podnikách.*“ V podnicích se paradoxně její psychický stav na nějakou dobu zlepšil, přibrala i na váze a celkově se stabilizovala. Ale po nějaké době práci z psychických důvodů opustila. Nikdy nepáchala trestnou činnost za účelem zisku prostředků na drogy. Byla trestně stíhaná za výtržnictví, za krádeže s použitím cizích

dokladů a obviněná z loupeženého přepadení, ale po čase se obvinění ukázalo jako mylné. Byla i přes výpověď svědka a doložitelné alibi odsouzena na šest let, trest byl později zkrácen o půlku. Jak sama dodává: *„Bylo to slovo feťačky proti slovu policistky, byt' nezkušené úřednice, takže takhle to u nás chodí.“* V roce 2008 byl její otec odsouzen za její znásilnění na čtyři roky nepodmíněně.

Interpretace výsledků: Při administraci PBI dotazníku odmítla respondentka odpovídat na část o otci s tím, že se k němu nechce jakkoliv vyjadřovat. Skóry u matky na subškále *„Péče“* ukazují na přátelskou vazbu, kdy je dítě adekvátně chváleno i podporováno. Zároveň však míra *„Kontroly“* byla malá, respondentce se dostávalo poměrně hodně volnosti. Tyto výsledky souvisí s faktem, že respondentka nebyla celé dětství vychovávána pouze matkou, ale v určitém období byla v péči babičky. Matka tedy neměla stálou kontrolu nad respondentkou a snažila se proto svou absencí kompenzovat dostatečnou, možná místy až přehnanou, péčí. Výsledky dotazníku ECR jsou u obou dimenzí v normě. Úzkostnost vyšla s hodnotou -0,48 a vyhýbavost 0,67.

Současná situace: V současné době spatřuje svůj hlavní smysl života v narození syna. *„Pořád mi něco v životě chybělo, možná to bylo i tím otcem, jak se na mě vyřádil. Ale teď, jak se mi narodil malej, tak je to obrovskej smysl života. On potřebuje mě, já potřebuju jeho. Obrovsky si to užívám.“* Stal se pro ní i motivací pro setrvání v léčbě. *„Dřív jsem měla šílený chutě, kdykoliv, kdy mě popadla chuť nebo se objevila vzpomínka, šla jsem si okamžitě dát. Teď, když si na něco vzpomenu, tak uvidím malýho a mám šílenej odpor k těm drogám.“* Syn byl plánovaný, otce však v rodném listu nemá zapsaného. Respondentka od něj odešla poté, co ji fyzicky napadl. Během těhotenství neměla příliš důvěry ze strany blízkých, podporu získala od své matky až v době, kdy nastoupila do léčby. Matka stejně jako její ambulantní psychiatr nevěřila tomu, že by zvládla péči o dítě, pokud by byla stále závislá. V současné době má největší oporu ve své garantce z chráněného bydlení a jedné její kolegyni. S matkou má nyní vztahy dobré, ale díky značné vzdálenosti mezi jejich bydlišti je osobní kontakt hodně omezený. Sama respondentka uvádí, že vidět se s matkou jednou za dva měsíce je málo a že jí kontakt s ní hodně chybí. Současně dodává, že určitě zůstane žít ve městě, kde se nyní nachází. Do původního města se vracet nechce, nejen proto, že ho má spojené s drogami, ale také kvůli svému otci, který tam stále pravděpodobně žije.

Budoucnost: V nejbližší době jí čeká stěhování do samostatného bydlení, které získala díky pomoci neziskové organizace, se kterou spolupracuje na divadelním projektu s lidmi s handicapem. Ráda by se v budoucnu realizovala tímto směrem. Respondentka má

absolvovaný ošetrovatelský kurz, ráda by si rozšířila vzdělání o rekvalifikaci v sociální oblasti, aby mohla pracovat v domově pro seniory.

O dalším potomkovi neuvažuje, chce se plně věnovat svému synovi. *„Měli jsme takový těžší začátek, takže on si zaslouží veškerou pozornost. Bude to mamánek.“* Nemá ani pocit či potřebu, že by chtěla žít do budoucna s partnerem. Syn jí plně naplňuje a chce dělat vše pro to, aby byl šťastný a spokojený, a aby se nedostal nikdy do problémů s drogami. Pokud by se tak stalo, má respondentka jasno. *„S nadsázkou si myslím, že bych byla schopna najít všechny feťáky a dealery a postřílela bych je, což samozřejmě není reálné. Já bych ho okamžitě dala někam do léčby a všechno by mu o sobě řekla.“* Stejně tak si myslí, že synovi o své minulosti jednou, až bude schopný tuto problematiku pochopit, řekne, nezávisle na tom, zda by syn byl nebo nebyl uživatelem.

Při plánování své budoucnosti nezmiňuje žádné obavy, či nejistoty, snad jen vyjma finanční situace. Ta ji trápí, ale i díky pomoci sociální pracovníce má jistý plán a informace, kde může žádat o různé typy především finanční pomoci. Mimo různé příspěvky se i domnívá, že pokud by byla její situace velmi nepříznivá, mohla by jí finančně vypomoci i její matka, která ji i nyní touto formou příležitostně podporuje.

Klinická úvaha: Dětství této klienty je hodně poznamenáno střídavou péčí mezi její matkou a babičkou, a tedy zažívala období, ve kterých matka zcela chyběla. Otec v dětství v rodině nefiguroval vůbec. V pozdějším věku docházelo z jeho strany k pohlavnímu zneužívání respondentky spojenému s poskytováním návykových látek. Toto prostředí bez stabilní mateřské postavy jmenovanou hodně ovlivnilo. Z rozhovoru je patrné, že absenci matky velmi negativně prožívala. Nyní mají vztah výrazně lepší než dříve. Matka respondentky o ni projevuje mnohem větší zájem, než tomu bylo v minulosti. Snaží se jí podporovat občasnými dary či jinou formou pomoci. Jsou spolu v pravidelném kontaktu díky internetu. Osobní setkání nejsou z důvodu velké vzdálenosti možná tak často, jak by si respondentka přála. Domnívám se, že absence matky mohla mít vliv na její rozhodnutí mít pouze jedno dítě, kterému se bude plně věnovat. Podle nás je tento fakt i značně rizikovým faktorem. Celým jejím příběhem se prolíná jistá míra osamocení. Chybí jí osoba, o kterou by se mohla v případě problémů opřít. V určitém směru jí ji nahrazují sociální pracovníce a garantka z chráněného bydlení. Domníváme se však, že to není zcela dostatečné. V tomto ohledu jí nejvíce pomohl doléčovací pobyt. Ne snad ani ne tolik pro samotnou podstatu pobytu, jako pro navázání cenných kontaktů a získání podpůrné sítě. Další možný rizikový faktor v jejím budoucím životě spatřujeme ve skutečnosti, že se jedná již o její jedenáctou léčbu. Na druhou stranu na základě její výpovědi a pozorování chování se domníváme, že je nyní hodně

motivovaná a snaží se udělat vše pro své dítě. Podporuje to i fakt, že jí hodně záleží na tom, co si o ní lidé myslí, jak na ně působí. Několikrát se výzkumnice ptala, zda by poznala, že se jedná o bývalou dlouhodobou uživatelku. Je pravda, že působí hodně zodpovědným a „*mateřským*“ dojmem.

Domníváme se, že pokud se jí podaří dostát svým plánům do budoucna, bude nadále ambulantně docházet na konzultace a stýkat se s pracovníky z chráněného bydlení i s matkou, má šanci na normální život bez drog.

Příloha 9 – Kazuistika X

Kazuistika číslo IX.

Úvod: Respondentka číslo 9, narozena 1986. S výzkumníci se jako jediná setkala dvakrát. Poprvé byla ještě těhotná v TKK, a podruhé v době, kdy již bydlí s malým synem (*prosinec 2013) v sociálním bytě v Jižních Čechách. Na drogách byla závislá jedenáct let. Hlavní drogou byl pervitin, s denní nitrožilní aplikací. Jedná se už o jedenáctou léčbu, každý rok se o léčbu pokoušela, ale jakmile se dostavily chutě, z léčby utekla. Tato léčba je nejdelší a nejkompexnější. V pátém měsíci těhotenství nastoupila do PL, krátce na to šla do komunity, oba tyto pobyty trvaly dohromady tři měsíce, poté přešla na chráněné bydlení, kde i porodila. Po sedmi měsících šla na sociální bydlení.

Minulost: O svém dětství příliš mluvit nechce. Nejmenuje žádné vzpomínky. Respondentka rychle od tohoto tématu utíká k drogové problematice. Jako malá vyrůstala se svou matkou. Matka jí porodila v osmnácti letech, ale pro nedostatek materiálních a finančních prostředků si respondentku v jejích čtyřech letech vzala babička (matka matky). U babičky byla do dvanácti let, poté na čtyři roky byla zase u své matky. Její dominantní pocity ze svého dětství popisuje prázdnotu. Chyběla jí matka a chtěla být s ní. „*Vztah k mámě jsem měla, ale prostě mi dost chyběla*“. O otci nepadne jediné slovo. Dostáváme se k tomuto tématu až ve chvíli, kdy vypráví, jak v šestnácti letech odešla od mámy z vesnice a šla bydlet ke známé do města. Otec, který byl a je stále aktivním uživatelem, jí odvedl k sobě. V té době byla respondentka na začátku svého užívání. Užívala s kamarády příležitostně zhruba dva měsíce. Otec jí odvezl k sobě pod záminkou abstinence. Ale vzhledem k jeho aktivnímu užívání, byla situace jiná. „*Hnedka po týdnu mi začal aplikovat drogy do žíly, s tím, že mi dával koňské dávky. Během půl roku jsem zhubla o dvacek kilo a byla jsem jak jeho loutka.*“ Víc se respondentka k tématu otce nechce vyjadřovat. Z její skupiny v komunitě, na které byla výzkumnice v rámci svého pobytu přítomna, se ví, že jí otec dlouho dobu pohlavně zneužíval a vyhrožoval jí. Vztah s ním je pro ni nadále velké téma, o kterém ví, ale vědomě jej vytěšňuje. Tři roky žila za těchto podmínek u otce. I přes časté útěky jí vždy, možná i prostřednictvím svých vlivných kontaktů, našel a přivedl zpět k sobě. Vyhrožoval lidem, kteří ji u sebe přechovávali. Situaci v té době popisuje jako hodně náročnou, bez vidiny řešení. „*Já jsem nevěděla kudy kam, byla jsem v té době hodně závislá. Nemohla jsem k mámě ani k babičce. Takže jsem začala pracovat v podnikách.*“ V podnicích se paradoxně její psychický stav na nějakou dobu zlepšil, přibrala i na váze a celkově se stabilizovala. Ale po nějaké době práci z psychických důvodů opustila. Nikdy nepáchala trestnou činnost za účelem zisku prostředků na drogy. Byla trestně stíhaná za výtržnictví, za krádeže s použitím cizích

dokladů a obviněná z loupeženého přepadení, ale po čase se obvinění ukázalo jako mylné. Byla i přes výpověď svědka a doložitelné alibi odsouzena na šest let, trest byl později zkrácen o půlku. Jak sama dodává: „*Bylo to slovo feťačky proti slovu policistky, byť nezkušené úřednice, takže takhle to u nás chodí.*“ V roce 2008 byl její otec odsouzen za její znásilnění na čtyři roky nepodmíněně.

Interpretace výsledků: Při administraci PBI dotazníku odmítla respondentka odpovídat na část o otci s tím, že se k němu nechce jakkoliv vyjadřovat. Skóry u matky na subškále „*Péče*“ ukazují na přátelskou vazbu, kdy je dítě adekvátně chváleno i podporováno. Zároveň však míra „*Kontroly*“ byla malá, respondentce se dostávalo poměrně hodně volnosti. Tyto výsledky souvisí s faktem, že respondentka nebyla celé dětství vychovávána pouze matkou, ale v určitém období byla v péči babičky. Matka tedy neměla stálou kontrolu nad respondentkou a snažila se proto svou absencí kompenzovat dostatečnou, možná místy až přehnanou, péčí. Výsledky dotazníku ECR jsou u obou dimenzí v normě. Úzkostnost vyšla s hodnotou -0,48 a vyhýbavost 0,67.

Současná situace: V současné době spatřuje svůj hlavní smysl života v narození syna. „*Pořád mi něco v životě chybělo, možná to bylo i tím otcem, jak se na mě vyřádil. Ale teď, jak se mi narodil malej, tak je to obrovskoj smysl života. On potřebuje mě, já potřebuju jeho. Obrovsky si to užívám.*“ Stal se pro ní i motivací pro setrvání v léčbě. „*Dřív jsem měla šílený chutě, kdykoliv, kdy mě popadla chuť nebo se objevila vzpomínka, šla jsem si okamžitě dát. Teď, když si na něco vzpomenu, tak uvidím malýho a mám šílenej odpor k těm drogám.*“ Syn byl plánovaný, otce však v rodném listu nemá zapsaného. Respondentka od něj odešla poté, co ji fyzicky napadl. Během těhotenství neměla příliš důvěry ze strany blízkých, podporu získala od své matky až v době, kdy nastoupila do léčby. Matka stejně jako její ambulantní psychiatr nevěřila tomu, že by zvládla péči o dítě, pokud by byla stále závislá. V současné době má největší oporu ve své garantce z chráněného bydlení a jedné její kolegyni. S matkou má nyní vztahy dobré, ale díky značné vzdálenosti mezi jejich bydlišti je osobní kontakt hodně omezený. Sama respondentka uvádí, že vidět se s matkou jednou za dva měsíce je málo a že jí kontakt s ní hodně chybí. Současně dodává, že určitě zůstane žít ve městě, kde se nyní nachází. Do původního města se vracet nechce, nejen proto, že ho má spojené s drogami, ale také kvůli svému otci, který tam stále pravděpodobně žije.

Budoucnost: V nejbližší době jí čeká stěhování do samostatného bydlení, které získala díky pomoci neziskové organizace, se kterou spolupracuje na divadelním projektu s lidmi s handicapem. Ráda by se v budoucnu realizovala tímto směrem. Respondentka má

absolvovaný ošetrovatelský kurz, ráda by si rozšířila vzdělání o rekvalifikaci v sociální oblasti, aby mohla pracovat v domově pro seniory.

O dalším potomkovi neuvažuje, chce se plně věnovat svému synovi. *„Měli jsme takový těžší začátek, takže on si zaslouží veškerou pozornost. Bude to mamánek.“* Nemá ani pocit či potřebu, že by chtěla žít do budoucna s partnerem. Syn jí plně naplňuje a chce dělat vše pro to, aby byl šťastný a spokojený, a aby se nedostal nikdy do problémů s drogami. Pokud by se tak stalo, má respondentka jasno. *„S nadsázkou si myslím, že bych byla schopna najít všechny feťáky a dealery a postřílela bych je, což samozřejmě není reálné. Já bych ho okamžitě dala někam do léčby a všechno by mu o sobě řekla.“* Stejně tak si myslí, že synovi o své minulosti jednou, až bude schopný tuto problematiku pochopit, řekne, nezávisle na tom, zda by syn byl nebo nebyl uživatelem.

Při plánování své budoucnosti nezmiňuje žádné obavy, či nejistoty, snad jen vyjma finanční situace. Ta ji trápí, ale i díky pomoci sociální pracovníce má jistý plán a informace, kde může žádat o různé typy především finanční pomoci. Mimo různé příspěvky se i domnívá, že pokud by byla její situace velmi nepříznivá, mohla by jí finančně vypomoci i její matka, která jí i nyní touto formou příležitostně podporuje.

Klinická úvaha: Dětství této klienty je hodně poznamenáno střídavou péčí mezi její matkou a babičkou, a tedy zažívala období, ve kterých matka zcela chyběla. Otec v dětství v rodině nefiguroval vůbec. V pozdějším věku docházelo z jeho strany k pohlavnímu zneužívání respondentky spojenému s poskytováním návykových látek. Toto prostředí bez stabilní mateřské postavy jmenovanou hodně ovlivnilo. Z rozhovoru je patrné, že absenci matky velmi negativně prožívala. Nyní mají vztah výrazně lepší než dříve. Matka respondentky o ni projevuje mnohem větší zájem, než tomu bylo v minulosti. Snaží se jí podporovat občasnými dary či jinou formou pomoci. Jsou spolu v pravidelném kontaktu díky internetu. Osobní setkání nejsou z důvodu velké vzdálenosti možná tak často, jak by si respondentka přála. Domnívám se, že absence matky mohla mít vliv na její rozhodnutí mít pouze jedno dítě, kterému se bude plně věnovat. Podle nás je tento fakt i značně rizikovým faktorem. Celým jejím příběhem se prolíná jistá míra osamocení. Chybí jí osoba, o kterou by se mohla v případě problémů opřít. V určitém směru jí ji nahrazují sociální pracovníce a garantka z chráněného bydlení. Domníváme se však, že to není zcela dostatečné. V tomto ohledu jí nejvíce pomohl doléčovací pobyt. Ne snad ani ne tolik pro samotnou podstatu pobytu, jako pro navázání cenných kontaktů a získání podpůrné sítě. Další možný rizikový faktor v jejím budoucím životě spatřujeme ve skutečnosti, že se jedná již o její jedenáctou léčbu. Na druhou stranu na základě její výpovědi a pozorování chování se domníváme, že je nyní hodně

motivovaná a snaží se udělat vše pro své dítě. Podporuje to i fakt, že jí hodně záleží na tom, co si o ní lidé myslí, jak na ně působí. Několikrát se výzkumnice ptala, zda by poznala, že se jedná o bývalou dlouhodobou uživatelku. Je pravda, že působí hodně zodpovědným a „*mateřským*“ dojmem.

Domníváme se, že pokud se jí podaří dostát svým plánům do budoucna, bude nadále ambulantně docházet na konzultace a stýkat se s pracovníky z chráněného bydlení i s matkou, má šanci na normální život bez drog.