

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FILOZOFICKÁ FAKULTA

KATEDRA SOCIOLOGIE, ANDRAGOGIKY A KULTURNÍ

ANTROPOLOGIE

Sociální učení osob s drogovou závislostí

Magisterská diplomová práce

Obor studia: Andragogika

Autor: Bc. Radka Kornaková

Vedoucí práce: Mgr. Vít Dočekal, Ph.D.

Olomouc 2023

Prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma „*Sociální učení osob s drogovou závislostí*“ vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

V Olomouci dne.

Podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucímu mé práce Mgr. Vítu Dočkalovi, Ph.D. za jeho odbornou pomoc a cenné rady, které mi poskytl. Také bych ráda poděkovala všem respondentům z výzkumu za jejich ochotu účastnit se rozhovoru a spolupráci.

Anotace

| | |
|---|---|
| Jméno a příjmení: | Bc. Radka Kornaková |
| Katedra: | Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie |
| Studijní program: | Andragogika |
| Studijní program obhajoby práce: | Andragogika |
| Vedoucí práce: | Mgr. Vít Dočekal, Ph.D. |
| Rok obhajoby: | 2023 |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Název práce: | Sociální učení osob s drogovou závislostí |
| Anotace práce: | Tato práce se zabývá sociálním učením osob s drogovou závislostí. Cílem práce je popsat změnu návyků a vzorců chování u jedinců se závislostí na pervitinu během ústavní léčby a po jejím ukončení a návratu do běžného života. V práci byl použitý kvalitativní výzkum, konkrétně fenomenologické zkoumání. Sběr dat byl realizován pomocí polostrukturovaných rozhovorů s klienty doléčovacího centra, kteří absolvovali ústavní léčbu. |
| Klíčová slova: | Sociální učení, osoby s drogovou závislostí, drogová závislost, kvalitativní výzkum |
| Title of Thesis: | Social learning of people with drug addiction |
| Annotation: | This thesis deals with social learning of people with drug addiction. The aim of the thesis is to describe the change in habits and patterns of behaviour of people with meth addiction during institutional treatment and after its completion and return to normal life. Qualitative research was used in the thesis, specifically phenomenological research. The data collection was carried out through semi-structured interviews with clients of aftercare centre who completed institutional treatment. |
| Keywords: | Social learning, people with drug addiction, drug addiction, qualitative research |
| Názvy příloh vázaných v práci: | Příloha č. 1: Podklad pro rozhovor, příloha č. 2: Seznam témat, příloha č. 3: Zvýrazněná témata v rozhovorech |
| Počet literatury a zdrojů: | 39 |
| Rozsah práce: | 77 s. (110 731 znaků s mezerami) |

Obsah

| | |
|---|-----------|
| Úvod..... | 7 |
| 1. Drogy a drogová závislost..... | 9 |
| 1.1. Drogy..... | 9 |
| 1.2. Závislost..... | 10 |
| 1.3. Vznik závislosti..... | 12 |
| 1.4. Pervitin..... | 13 |
| 1.5. Ústavní léčba..... | 14 |
| 1.6. Psychiatrická nemocnice..... | 14 |
| 1.7. Terapeutická komunita..... | 16 |
| 2. Sociální učení..... | 19 |
| 2.1. Sociálně kognitivní teorie Alberta Bandury..... | 20 |
| 2.1.1. Model triadického recipročního determinismu..... | 20 |
| 2.1.2. Základní lidské schopnosti..... | 22 |
| 2.1.3. Observační učení..... | 23 |
| 2.1.4. Sebeuplatnění (self-efficacy)..... | 24 |
| 2.1.5. Míra sebeuplatnění (self-efficacy)..... | 25 |
| 2.1.6. Zdroje ovlivňující míru sebeuplatnění (self-efficacy)..... | 26 |
| 2.1.7. Psychické procesy aktivované self-efficacy..... | 27 |
| 2.1.8. Self-efficacy a závislost..... | 28 |
| 3. Metodologie..... | 31 |
| 3.1. Kvalitativní výzkum..... | 31 |
| 3.2. Fenomenologické zkoumání..... | 32 |

| | |
|--|----|
| 4. Empirická část | 34 |
| 4.1. Etika výzkumu | 34 |
| 4.2. Rozhovory | 34 |
| 4.3. Kódování | 35 |
| 4.4. Analýza a interpretace výsledků | 37 |
| 4.4.1. Zlomový bod | 37 |
| 4.4.2. Počet absolvovaných léčeb | 40 |
| 4.4.3. Psychiatrická nemocnice a terapeutická komunita (PN/TK) | 42 |
| 4.4.4. Režim | 45 |
| 4.4.5. Zodpovědnost..... | 48 |
| 4.4.6. Řešení krizových situací..... | 50 |
| 4.4.7. Postoj k drogám..... | 52 |
| 4.4.8. Postoj k životu a postoj k sobě sama..... | 55 |
| 4.5. Shrnutí výsledků a diskuze | 59 |
| Závěr | 67 |
| Zdroje | 69 |
| Seznam zkratk | 72 |
| Seznam obrázků | 73 |
| Seznam příloh | 74 |
| Přílohy | 75 |

Úvod

Ve své diplomové práci se zabývám sociálním učením osob s drogovou závislostí. Práce se věnuje konkrétně sociálnímu učení osob se závislostí na pervitinu, kteří absolvovali ústavní léčbu v psychiatrické nemocnici či v terapeutické komunitě. Toto téma jsem si zvolila proto, že se o problematiku drogové závislosti velmi dlouho zajímám a sociální učení je téma, kterým se andragogika také zabývá. Sociální učení má v životě lidí velmi významnou roli a probíhá během celého života člověka při styku s ostatními lidmi. U osob, které absolvovaly ústavní léčbu drogové závislosti, docházelo při dané léčbě též k sociálnímu učení. Osoby s drogovou závislostí jsou také dospělé osoby, se kterými andragogika pracuje. Spojila jsem tedy sociální učení a osoby s drogovou závislostí.

Cílem mé práce je popsat změnu návyků a vzorců chování u jedinců se závislostí na pervitinu během ústavní léčby a po jejím ukončení a návratu do běžného života. Výzkumná otázka zní: Co se jedinci se závislostí na pervitinu naučili během a po ukončení ústavní léčby? Pro svou práci jsem zvolila kvalitativní výzkum, konkrétně fenomenologické zkoumání. Sběr dat realizuji pomocí polostrukturovaných rozhovorů s klienty doléčovacího centra, kteří absolvovali léčbu drogové závislosti v psychiatrické nemocnici nebo v terapeutické komunitě.

Práce je rozdělena na pět hlavních kapitol. Z důvodu krátkého uvedení do problematiky užívání drog se první kapitola věnuje drogám a drogové závislosti a obsahuje sedm podkapitol. Ve zmíněných podkapitolách popisují nejprve drogy obecně, dále závislost a vznik závislosti, poté se věnují konkrétně pervitinu, jelikož ve svém výzkumu pracuji s osobami závislými právě na pervitinu, a na konec popisují ústavní léčbu drogové závislosti, konkrétně

potom léčbu v psychiatrické nemocnici a v terapeutické komunitě. Druhá kapitola je zaměřena na sociální učení a obsahuje podkapitulu o sociálně kognitivní teorii Alberta Bandury. V této práci nahlížím na sociální učení z pohledu sociálně kognitivní teorie Alberta Bandury. Ve třetí kapitole popisuji metodologii, kterou používám při svém výzkumu, tedy kvalitativní výzkum a fenomenologické zkoumání. Čtvrtou kapitolou je empirická část, kde již popisuji samotný výzkum a obsahuje tyto podkapitoly – etika výzkumu, rozhovory, kódování, analýza a interpretace výsledků, shrnutí výsledků a diskuze. Poslední kapitolou je závěr.

1. Drogy a drogová závislost

V první kapitole se budu věnovat drogám a drogové závislosti. Nejprve definuji, co jsou to drogy, jak se dělí a jaká jsou opatření snižující jejich poptávku. Dále popíšu, jak se projevuje závislost a jak vzniká. V další části této kapitoly se budu věnovat pervitinu, jeho účinkům a závislosti, která na něm vzniká. Další podkapitola se bude zabývat ústavní léčbou drogové závislosti. V předposlední podkapitole pak popíšu konkrétně psychiatrickou nemocnici a v poslední podkapitole terapeutickou komunitu.

1.1. Drogy

Dle Průchy a Vetešky (2014) drogu můžeme definovat jako látku rostlinného či chemického původu s farmakologickým účinkem, která je zneužívána ke změně vědomí, nálady, povzbuzení nebo utlumení. Tyto látky ovlivňují biochemické pochody v mozku, popřípadě i v centrálním a periferním nervovém systému. Nešpor (2007) říká, že za drogu můžeme považovat každou látku přírodního či chemického původu, která mění duševní stav jedince, ovlivňuje jeho myšlení, citění a jednání. Zábranský (2003, s. 14) uvádí definici WHO (1994) podle které, je drogou *„jakákoliv látka, která je-li vpravena do živého organismu, může pozměnit jednu nebo více jeho funkcí.“*

Drogy můžeme různě dělit. Ševela, Ševčík a kol. (2011) uvádí dělení drog na tzv. měkké drogy a tvrdé drogy. Mezi měkké drogy se řadí například kofein, marihuana, hašiš nebo LSD. Mezi drogy tvrdé patří nikotin, kokain, heroin, toulén či pervitin. Dále dělení na drogy s akceptovatelným rizikem a drogy, u kterých je riziko jejich užívání příliš vysoké, tedy neakceptovatelné. Zábranský (2003) přidává dělení drog na drogy zákonné a nezákonné. Dále podle vzniku, tedy na přírodní (marihuana, hašiš, lysohlávký), semisyntetické (LSD, kokain)

a syntetické (MDMA, pervitin). A dle typu působení a chemického složení, na látky tlumivé (morfin, heroin, metadon), stimulancia (kokain, pervitin) a halucinogeny (LSD, hašiš, psylocibyn).

Kalina (2003 b) popisuje opatření snižující poptávku po drogách. Jedná se o primární prevenci, sekundární prevenci a terciární prevenci. Primární prevence předchází užití drogy u populace, která s ní dosud není v kontaktu. Sekundární prevence má za úkol předcházet vzniku, rozvoji a přetrvávání závislosti u osob, které již drogy užily, případně se na nich staly závislými. Terciární prevence předchází vážnému či trvalému zdravotnímu nebo sociálnímu poškození z užívání drog. Aktéry prevence jsou především poradenské, výchovné, zdravotní a sociální služby.

1.2. Závislost

Pokud jedinec drogu užívá opakovaně, vzniká u něj na dané látce závislost. Závislost má rysy obsedantně kompulsivního chování, jedná se tedy o stav, kdy jedinec pociťuje neovladatelné opakované nutkání k určité činnosti. Nutkavost zde nemusí být vždy odměněna pocitem libosti (Fišerová, 2003). Nešpor (2007, s. 9) definuje závislost jako skupinu *„fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák.“*

Drogová závislost je tedy velmi silná touha po opakovaném užívání určité látky. Je však nutné abychom drogovou závislost pojímali komplexně jako bio-psycho-sociální onemocnění, ve kterém se tyto jednotlivé faktory vzájemně

integrují a doplňují. Závislost můžeme rozdělit na dva typy, podle toho, jaké látky daný jedinec používá. První je závislost fyzická (somatická), kterou vytváří většinou látky působící na organismus tlumivě. Druhá je závislost psychická, tu vytváří převážně látky působící na organismus povzbudivě (Dušek & Večeřová-Procházková, 2010). Fisher a Škoda (2014) dodávají, že závislost psychická je zpravidla vážnější než závislost somatická. Somatická závislost se vyznačuje rozvojem nepříjemných tělesných příznaků (pocení, třes, bolesti, křeče apod.) po vysazení návykové látky. Minařík (2003) uvádí, že somatické závislosti je možné se zbavit poměrně krátkodobým pobytem na detoxikační jednotce, protože její tělesné příznaky brzy odezní. Závislost psychická naopak vyžaduje dlouhodobou léčbu, jelikož se vyznačuje dlouhodobou touhou po opětovném navození příjemných pocitů spojených s návykovou látkou. Zvládnutí psychické závislosti vyžaduje velmi pevnou vůli a vytrvalost, právě psychická závislost je nejčastějším důvodem recidiv i po několikaleté abstinenci.

Nešpor (2007) ve své knize popisuje, že jedinec je závislý, pokud u něj dochází ke třem nebo více z těchto jevů:

1. Silná touha či pocit puzení užívat danou látku.
2. Problémy se sebeovládáním při užívání dané látky, pokud jde o začátek a ukončení či o množství látky.
3. Tělesný odvykací stav. Jedinec látku užívá za účelem snížit příznaky vyvolané předchozím užitím této látky, popřípadě dojde k odvykacímu stavu, který je typický pro danou látku. Ke zmírnění odvykacího stavu jedinec také někdy užívá příbuzné látky s podobnými účinky.

4. Tolerance k účinku látky. Tím je myšleno, že člověku už nestačí stejná dávka jako dříve, ale dochází ke zvyšování dávek, aby se dosáhlo účinku, dříve vyvolaného nižším množstvím látky.

5. Postupné zanedbávání jiných zájmů. Místo ostatních zájmů se závislý člověk soustředí na získání a užívání dané látky.

6. Pokračování v užívání i přes jasné důkazy o škodlivých následcích (depressivní stavy, zdravotní potíže).

1.3. Vznik závislosti

Jeřábek (2015) popisuje vznik závislosti jako vyústění abúzu (pravidelného užívání škodlivé návykové látky), které bylo jedincem posilováno kvůli jeho subjektivnímu pozitivnímu hodnocení této látky, jejich psychoaktivních účinků a změn v prožívání po jejím užití.

Co se týká příčin vzniku závislosti, je to velmi komplexní. Zatím nebylo potvrzeno, že by existovaly jednoznačné predispozice pro vznik závislosti. U někoho se závislost rozvíjí na základě nepřiměřeného užívání látky kvůli psychologickým problémům, jindy zase převažují vrozené genetické predispozice či sociokulturní vazby na rituály spojené s užíváním návykových látek. Nejčastěji však jde o kombinaci více faktorů. Ačkoliv závisí na více faktorech, je jisté, že opakované a dlouhodobé užívání drogy vždy vede ke vzniku závislosti. Závislost tedy vzniká při opakovaném užívání návykové látky, ne však pouze po jednorázovém užití. Závislost vzniká na substanci způsobující potěšení či zmírňující stres, napětí a úzkost (Kudrle, 2003).

1.4. Pervitin

Pervitin neboli metamfetamin je návyková látka, která se řadí mezi psychostimulancia, což jsou látky s nefyziologickým budivým efektem na centrální nervový systém. Psychostimulancia u člověka zvyšují psychomotorické tempo a bdělost, a to hlavně urychlením myšlení, často na úkor kvality. Tyto látky v člověku vyvolávají pocit euforie, energie, sebevědomí a síly. Dalším jejich účinkem je zvyšování krevního tlaku, zvyšování tepové a dechové frekvence, rozšiřování zorniček, zkracování spánku, snižování únavy a snižování chuti k jídlu. Organismus pracuje naplno až do vyčerpání. Když účinky látky odezní, přichází stav, kterému se říká dojezd. Tento stav je známý celkovým vyčerpáním organismu, silnou únavou, bolestí kloubů, dlouhým spánkem a hladem (Fischer & Škoda, 2014). „V CNS pervitin zvyšuje koncentraci mediátorů-monoaminů (dopaminu, noradrenalinu a serotoninu) v interneuronálních synapsích. Po odeznění efektu dochází k depleci (nedostatku) neuromediátorů, to je příčinou nepříjemného stavu, tzv. dojezdu“ (Minařík, 2003, s. 166).

Minařík (2003) dále hovoří o tom, že opakovaným užíváním pervitinu u člověka vzniká závislost, nikoliv však somatická ale pouze psychická. Tato psychická závislost se vyznačuje především cravingem neboli dychtěním po droze a jejím účinku. Právě zmiňovaný craving je nejčastější komplikací abstinence. Somošová (2004) popisuje, že při dlouhodobém užívání se začnou projevovat problémy jako například poruchy spánku, vysoký krevní tlak, agresivita, úzkost a různé duševní poruchy. Člověk závislý na pervitinu je neklidný, pociťuje napětí, podrážděnost, dostavuje se podvýživa jako důsledek nechuti k jídlu a vyčerpání organismu. V horších případech může dojít ke krvácení v plicích, játrech či slezině. Při chronické intoxikaci nebo při použití velmi vysoké dávky může u člověka vypuknout toxická psychóza, při ní člověk

často trpí pocitem, že je někým pronásledován. Tento paranoidní stav může vést k nebezpečným reakcím, jako je agresivní, někdy dokonce sebevražedné chování. Toxická psychóza většinou po vysazení drogy odezní, může se ale stát, že u člověka přetrvá i nadále.

1.5. Ústavní léčba

Miovský a kol. (2013) uvádí, že cílem ústavní léčby je dosažení změny a udržení abstinence, dále také stabilizace psychického a somatického stavu a resocializace pacienta. Podle Jeřábka (2015) je základním principem, který se vztahuje k organizaci a struktuře jakéhokoliv léčebného programu, požadavek bezpečného azylu. Léčba by tedy pacientům měla zajistit bezpečné psychosociální prostředí, v němž má každý člen své místo s definovaným režimovým a materiálním zajištěním. Z režimového hlediska se jedná o mnohostranný závazek respektu vůči pravidlům léčebného společenství. Požadavek bezpečí je důležitý, jelikož pro klienty jsou typická traumata, chaos a rizikový životní styl.

Ústavní léčba závislosti probíhá na speciálních odděleních psychiatrických nemocnic a klinik, případně v samostatných zdravotnických či nezdravotnických zařízeních. Program ústavní léčby je komplexně strukturován, obsahuje terapeutické, psychoterapeutické, zdravotnické, výchovné, režimové, resocializační, volnočasové a další aktivity (Miovský a kol., 2013).

1.6. Psychiatrická nemocnice

Typem ústavní léčby je léčba v psychiatrické nemocnici. Úkolem psychiatrické nemocnice je dlouhodobá léčba a rehabilitace psychicky nemocných osob všech věkových kategorií. Dříve se využívalo názvu psychiatrická léčebna. V roce 2013 se však psychiatrické léčebny začaly označovat

jako psychiatrické nemocnice. Tato změna zohledňuje skutečnost, že se v těchto zařízeních neposkytuje pouze následná péče, ale také péče akutní (Tomáš, Marková a kol., 2014). V psychiatrické nemocnici se mohou léčit také osoby se závislostí na návykových látkách. Léčba v psychiatrické nemocnici zaměřené na léčbu závislostí je řízena lékařem, který má nad pacienty neustálý dohled. Může se jednat o léčbu krátkodobou či střednědobou. V případě krátkodobé léčby se jedná většinou o maximálně 3 měsíce pobytu. V případě léčby střednědobé se za horní hranici pokládá 6 měsíců. Tento typ ústavní léčby probíhá na specializovaných lůžkových odděleních v psychiatrických nemocnicích. Jedná se o strukturované a režimové léčebné programy. Někde se klade větší důraz na sociální učení ve skupinových terapiích, kde je využívána metoda terapeutické komunity, jinde na tvarování chování prostřednictvím bodovacího systému (Kalina, 2003 a). Bodovací systém slouží jako informace pro pacienta o tom, jak si v léčbě stojí. Tento systém prostřednictvím kladných bodů posiluje žádoucí chování a prostřednictvím záporných bodů oslabuje chování nežádoucí. Při dosažení limitu kladných bodů dostane pacient odměnu, například vycházku, mimořádné sledování televize a podobně. Naopak při dosažení limitu bodů záporných dostane pacient trest, kterým může být například ztráta nároku na vycházku či oddálení postupu do vyššího stupně léčby (Kalina & Mladá, 2015).

Dříve, než je pacient přijat na specializované oddělení, by měl projít detoxifikací, tedy několikedenním pobytem na uzavřené detoxifikační jednotce v psychiatrické nemocnici. Detoxifikační jednotka se využívá k izolování pacienta od drogového prostředí a překonání odvykacího syndromu v podpůrné a motivující psychoterapeutické atmosféře. Ke zmírnění odvykacího syndromu bývá používána farmakoterapie (Kalina, 2003 a).

1.7. Terapeutická komunita

Terapeutická komunita (TK) je zvláštní forma intenzivní skupinové psychoterapie, v níž spolu klienti žijí, mají skupinové sezení a další společný program s pracovní a jinou různorodou činností. Terapeutická komunita umožňuje, aby klienti do tohoto malého modelu společnosti promítali problémy ze svého života. Komunita je terapeutická proto, že využívá sociálního učení, při kterém klient získá bezprostřední zpětnou vazbu ke svému chování, podněcuje získání náhledu na jeho vlastní problémy a podporuje nácvik vhodnějších způsobů chování (Kratochvíl, 1979, cit. dle Kalina, 2008).

Kalina (2008) se ve svém díle odkazuje na Kratochvíla (2005), který rozlišuje terapeutickou komunitu v širším smyslu, jako systém, a v užším smyslu, jako metodu. V užším smyslu je terapeutická komunita psychoterapeutickou metodou. Při této metodě jsou využívány modelové situace malé společenské skupiny, které slouží k projekci a korekci interpersonálních stereotypů prožívání a chování. V širším smyslu se jedná o systém organizace léčebného oddělení, v němž je podporována všestranná otevřená komunikace a na rozhodování se podílejí všichni členové týmu včetně pacientů. Významnou složkou jsou zde schůzky personálu s pacienty, při kterých se usiluje o pochopení interpersonálních procesů v léčebné jednotce. Hartl (1997) uvádí, že v této formě organizace pacient přestává být pasivním spotřebitelem léčby, ale stává se aktivní silou, která se spolupodílí na vlastní léčbě. „*Spoluúčast, participace pacientů na léčení znamená, že členové komunity se stávají aktivními účastníky své vlastní léčby i léčby ostatních účastníků komunity. Oproti pasivní roli v klasické psychiatrii přebírají odpovědnost nejen za své léčení, ale i za chod komunity*“ (Hartl, 1997, s. 183). Dále Hartl (1997) dodává, že vzájemná komunikace musí probíhat na všech úrovních, bez ohledu na hierarchii rolí, což znamená, že i personál musí umět přijímat

kritiku od členů komunity, aby mohlo dojít k otevřenému vyjadřování názorů, postojů a pocitů.

Léčba v terapeutické komunitě bývá označována jako léčba rezidenční. V České republice spadají rezidenční služby do rezortu sociálních služeb. Jsou poskytovány neziskovými organizacemi a zahrnují různé typy bydlení, jako například komunitní bydlení či tréninkové byty (Tomáš, Marková a kol., 2014). Přesto, že léčba v terapeutické komunitě bývá nazývána jako rezidenční, odpovídá úrovni intenzivní ústavní léčby pod lékařským dozorem, jelikož terapeutické komunity s lékaři spolupracují a jsou schopny zajistit svým klientům základní i odbornou lékařskou péči. V terapeutických komunitách se jedná o léčbu střednědobou, trvající přibližně půl roku, či dlouhodobou, která trvá rok a více (Kalina, 2003 b). Nešpor (2007) uvádí, že léčba v terapeutické komunitě je vhodná pro osoby s těžkou dlouhodobou drogovou kariérou, jelikož lehké formy závislosti lze často léčit časově méně náročnými postupy. Dále pro ty, kteří jsou tělesně, a hlavně duševně schopni takový pobyt zvládnout. Jako další osoby, pro které je tato léčba vhodná, uvádí osoby s rozpadlým sociálním zázemím, protože u nich by kratší léčba byla spojená s vysokým rizikem recidivy. V poslední řadě uvádí ty, kteří jsou ochotní tuto léčbu přijmout a dostatečně dlouho v ní setrvat.

Adameček a Radimecký (2015) popisují, že cílem terapeutické komunity je změna životního stylu. Této změny by měl klient dosáhnout prostřednictvím osobního růstu. Klient by měl postupně dosáhnout změny v postojích, sebepojetí, prožívání, chování a vztazích. Osobní růst má zajistit, aby si klient žádoucí změny udržel i po odchodu z komunity. Dále popisují jednotlivé aktivity v terapeutické komunitě, jimiž jsou:

1. Setkání komunity, které probíhají denně a jsou platformou pro udržování řádu, řešení důležitých problémů života komunity, přijímání rozhodnutí a sdílení informací.
2. Skupinová terapie.
3. Individuální terapie. Každý klient má svého garanta, který pravidelně hodnotí stav klienta a plnění léčebného programu.
4. Práce s rodinou. V každém případě, kdy je to možné, se pracuje také se členy rodiny, například při návštěvách. Některé terapeutické komunity organizují během víkendů pravidelná setkání rodičů všech přítomných klientů.
5. Pracovní terapie, která musí být smysluplná s viditelným výsledkem.
6. Vzdělávání. Může probíhat formou přednášek, seminářů, nácviků a podobně.
7. Volnočasové aktivity. Jsou zdrojem pozitivních zážitků, uvolnění a zábavy.
8. Sociální práce, která má za úkol usnadnit klientům přístup k síti různých institucí a pomáhat jim řešit problémy z oblasti práva. Cílem sociální práce není řešit problémy za klienty, ale naučit je, jak tyto problémy řešit sami.

2. Sociální učení

V této kapitole se budu zabývat sociálním učením. Nejprve krátce popíšu, co je to sociální učení obecně, poté se zaměřím konkrétně na sociálně kognitivní teorii Alberta Bandury.

Sociální učení má ve společnosti velmi významnou roli. Probíhá u každého člověka při styku s jinými lidmi. Člověk se učí při pozorování chování, činností, postojů a stereotypů myšlení jiných lidí. Napodobuje toto chování a následně si ho osvojuje (Průcha, 2020). Člověk nemá pevně vrozené způsoby reagování a chování. V průběhu života se tedy učí chovat tak, jak je nezbytné k uspokojení jeho potřeb (Výrost, Slaměník & Sollárová, 2019). Jedná se o složité učení, které má pro člověka zásadní význam. Prostřednictvím sociálního učení se jedinec začleňuje do společnosti, probíhá u něj tedy socializace. Sociální učení je souhrnné označení pro situace, ve kterých učení probíhá prostřednictvím sociálních faktorů. Sociální učení je založeno na součinnosti vzájemných vztahů skupiny lidí. Tato skupina lidí má určitý společný cíl, který navozuje odpovídající komunikaci a vytváří podmínky pro sociální učení se zvykům, postojům, hodnotám a dalším požadavkům, které jsou nutné pro účast v sociálních skupinách a vykonávání sociálních rolí (Barták & Demjanenko, 2021).

Obecně můžeme říct, že prostřednictvím sociálního učení se lidé učí žít ve společnosti, socializují se. Pokud se však sociálním učením chceme zabývat podrobněji, zjistíme, že neexistuje jednotná ucelená teorie sociálního učení, ale je jich více, vzájemně se odlišujících. V této práci budu na sociální učení nahlížet z pohledu sociálně kognitivní teorie Alberta Bandury, která se sociálním učením zabývá, jelikož je dle mého názoru velmi propracovaná a zajímavá.

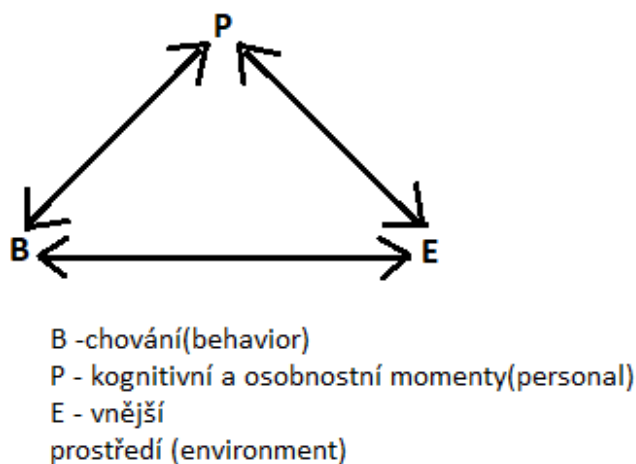
2.1. Sociálně kognitivní teorie Alberta Bandury

Albert Bandura je autorem mezinárodně uznávaného přístupu, který byl dříve samotným autorem nazýván jako teorie sociálního učení, později sociálně kognitivní teorie. Je tomu tak proto, že označení teorie sociálního učení považuje Bandura za zužující, a to ze dvou důvodů. Prvním důvodem je to, že se již od začátku věnoval také mechanismům překračujícím rámec učení, a to mechanismům motivačním a autoregulačním. Důvodem druhým je to, že existuje spousta teorií sociálního učení, které se i přes stejné označení značně liší svými východisky (Janoušek, 1992). Hlavní myšlenkou sociálně kognitivní teorie je, že existují tři základní faktory, které na sebe navzájem působí. Toto vzájemné působení nazývá Albert Bandura triadický reciproční determinismus (Wiegerová, 2012).

2.1.1. Model triadického recipročního determinismu

Sociálně kognitivní teorie Alberta Bandury vykládá lidské chování pomocí modelu triadického recipročního determinismu. Bandura (1997) popisuje, že model je triadický, jelikož bere v úvahu tři faktory: chování, kognitivní a osobnostní momenty, a nakonec vnější prostředí. Recipročnost modelu znamená, že tyto tři faktory na sebe vzájemně působí a ovlivňují se. Determinismus je zde chápán jako výsledný efekt množiny vzájemně propojených vlivů.

Janoušek (1992) hovoří o tom, že Bandurova teorie se liší od jiných teorií, které zkoumaly buď jednostranný vliv prostředí na chování člověka nebo oboustranný, ve kterém na sebe vzájemně působí vnější prostředí a osobnost člověka a výsledkem je pak chování člověka. Bandurova teorie totiž začleňuje i samotné chování jako faktor působící na zbylé dva faktory. Bandura (1978) uvádí, že tato teorie vidí člověka jako jedince, který zkoumá své chování, svým chováním však zároveň působí na své okolí, které zpětně ovlivňuje jeho osobnost a chování. Člověk tedy není jen pasivní postavou, která reaguje na své okolí, ale je to aktivní činitel, který reguluje vlastní kognitivní procesy, chování a emoce.



Obr. č. 1: Schéma triadického recipročního determinismu (Janoušek, 1992, s. 386)

Síla těchto působících faktorů však nemusí být vždy stejná. V různých časech může převládat síla jednoho faktoru nad ostatními. Osobnostní faktor je v popředí například tehdy, když si člověk volí film dle svého zájmu. Pokud však člověk hraje na klavír pro své potěšení, převládá vliv chování. Převládající vliv vnějšího prostředí můžeme zaznamenat třeba tehdy, když si jedinec volí studium podle přání rodiny (Janoušek, 1992).

2.1.2. Základní lidské schopnosti

Dále Janoušek (1992) dodává, že ve vzájemném ovlivňování těchto tří faktorů je stále obsažen člověk jako celek. Člověk je předpokladem i výsledkem těchto procesů. Povaha člověka je plastická a je složená z vrozených a naučených vzorců chování. Některé vrozené vzorce chování má člověk již od svého narození a jiné se mohou objevit až po dobu zrání. Jak již bylo zmíněno, člověk není ovlivňován pouze vnitřními silami či vnějším prostředím. Jedinec sám přispívá k vlastní motivaci, chování a také rozvoji. Na tom se podílejí hlavní lidské schopnosti, které A. Bandura vymezil. Jedná se o schopnost symbolizace, schopnost myšlenkové anticipace, schopnost zástupného učení, schopnost autoregulace a schopnost autoreflexe. Tyto schopnosti charakterizuje Bandura (1986) takto:

1. Schopnost symbolizace hraje v životě člověka velmi významnou roli, poskytuje jedinci možnost zpracování a transformace přechodné zkušenosti do vnitřních modelů, kterými se pak řídí v budoucím jednání. Schopnost symbolizace tedy dodá zkušenosti určitý význam, formu a souvislost.
2. Schopnost myšlenkové anticipace umožňuje předvídaní důsledků budoucích činností a kladení cílů. Kognitivní reprezentace budoucích událostí totiž silně působí na činnosti v přítomnosti. Dává tedy člověku možnost předvídat pravděpodobné důsledky jeho aktivit.
3. Schopnost zástupného učení umožňuje to, že všechny fenomény učení, které vyplývají z přímé zkušenosti, mohou nastat i zástupně. To znamená pozorováním chování ostatních lidí a důsledků tohoto chování pro ně. Díky této schopnosti si lidé mohou osvojovat pravidla pro generování a regulaci vzorců chování bez přímé zkušenosti. Tato schopnost člověku usnadňuje a zrychluje rozvoj nových kompetencí.

4. Schopnost autoregulace vychází z toho, že většina lidského chování je motivována a regulována spíše vnitřními standardy než preferencemi ostatních. Umožňuje člověku vytváření vnitřních standardů a zhodnocení rozdílů mezi těmito standardy a aktuální činností. Dále umožňuje vznik sebehodnotících reakcí, které ovlivňují následné chování.

5. Schopnost autoreflexe poskytuje hodnocení a měnění vlastního myšlení.

V rámci těchto schopností jsou zvláště zdůrazněny některé procesy. Prvním je v rámci schopnosti zástupného učení – učení observační. Druhým je v rámci schopnosti autoregulace – sebeuplatnění (self-efficacy) (Janoušek, 1992).

2.1.3. Observační učení

Observační učení probíhá prostřednictvím pozorování ostatních a následnou nápodobou jejich chování. Učení by bylo velice pracné, mnohdy i nebezpečné, kdyby se lidé museli spoléhat pouze na účinky svých vlastních činů, aby se naučili, co mají dělat. Lidé, které sledujeme, tedy naše vzory, nám poskytují informace o možném chování v určité situaci a následcích tohoto chování (Bandura, 1977). Sledované vzory mohou být jak pozitivní, tak negativní. Pokud vede chování pozorovaného vzoru k úspěchu, pozorovatel jej nejspíš napodobí. Pokud však toto chování vede například k trestu, pozorovatel ho nenapodobí. Observační učení bývá účinnější, když je pozorovatel citově ztotožněn se vzorem (Jedlička, Kořan & Slavík, 2018).

Janoušek (1992) popisuje, že observační učení nevystupuje jen v rámci schopnosti zástupného učení, ale i v ostatních schopnostech. V rámci schopnosti symbolizace se toto učení uplatňuje při osvojování jazyka, například u dětí při vyjmutí syntaktických pravidel z řeči, kterou slyší kolem sebe. V rámci schopnosti myšlenkové anticipace se observační učení uplatňuje při pozorování, které

aktivity jsou efektivní a které nikoliv. Díky tomuto si člověk může tvořit nové vzorce chování a zvažovat, kdy je vhodné je použít. V rámci schopnosti autoregulace si děti osvojují sociální a morální standardy, a to tím, že pozorují, které standardy jsou schvalovány rodiči a ostatními lidmi kolem nich. V rámci schopnosti autoreflexe je observační učení základem zástupného ověřování vlastního myšlení. To je způsobeno tím, že se pozorují efekty činnosti jiných lidí založené na obdobném usuzování.

Dále Janoušek (1992) dodává, že dle A. Bandury je observační učení ovládáno čtyřmi subfunkcemi. Jedná se o subfunkce pozornostní, představové, implementační a motivační. Pozornostní procesy určují, co člověk selektivně pozoruje v nadbytku událostí. Procesy představové transformují a restrukturují informaci o událostech do pravidel a konceptů. Implementační procesy převádí symbolické koncepty do odpovídajících činnostních řetězců. Motivační procesy ovlivňují rozdíl mezi tím, co se člověk naučí a tím, co skutečně vykonává.

2.1.4. Sebeuplatnění (self-efficacy)

Druhým významným procesem, jak již bylo zmíněno, je self-efficacy. Pojem self-efficacy je překládán různě, jelikož z terminologického hlediska činí překlad do českého jazyka značné problémy. Používají se výrazy jako sebeuplatnění, vnímaná sebe-výkonnost, vnímaná vlastní účinnost či vnímaná vlastní zdatnost (Wiegerová, 2012). V této práci budu používat termín sebeuplatnění. *„Sebeuplatnění (self-efficacy) vyplývá z širšího zázemí lidského činnostního působení (human agency) vůbec. A. Bandura vykládá toto působení z interakce determinant v rámci triadického recipročního modelu jako moment vlastního ovlivňování této interakce člověkem“* (Janoušek, 1992, s. 389). Toto sebeuplatnění (self-efficacy) můžeme definovat jako vnímanou vlastní zdatnost, přesvědčení

člověka o vlastních schopnostech vykonávat určitou činnost, která vede požadovaným výsledkům (Bandura, 1994).

Sebeuplatnění (self-efficacy) se skládá ze dvou složek. První je přesvědčení o vlastních schopnostech vykonávat určitou činnost a druhou je přesvědčení o tom, že daná činnost vede k požadovaným výsledkům. Sebeuplatnění (self-efficacy) se podobně jako observační učení uplatňuje v řadě fenoménů. Patří zde aktivnost v chování, které vyrovnává vnější vlivy ale také podléhání rezignaci, které nastává při neúspěchu ovlivnit vnější okolí (Janoušek, 1992). V triadickém modelu se sebeuplatnění (self-efficacy) projevuje, když člověk záměrně zasáhne do interakce mezi prvky triadického modelu a tím přidá nové faktory ovlivňující tuto interakci. Sebeuplatnění (self-efficacy) je zároveň základ činnostního působení jedince a projevuje se ve všech jeho aktivitách a ovlivňuje je (Bandura, 1994).

Mechanismy sebeuplatnění také ovlivňují psychobiologické fungování člověka. *„Jsou zkoumány biochemické efekty sebeuplatnění ve vyrovnávání se stresory, souvislost se srdečním tepem a krevním tlakem, katecholaminová aktivace, opioidní a kognitivní mechanismy při kontrole bolesti a další jevy v této oblasti. Ukazuje se, že zvyšování pocitu sebeuplatnění příznivě ovlivňuje zdraví a pocit duševní pohody“* (Janoušek, 1992, s. 390).

2.1.5. Míra sebeuplatnění (self-efficacy)

Sebeuplatnění (self-efficacy) představuje jedincem samotným vnímanou zdatnost, nikoliv však objektivní. Self-efficacy se tedy může lišit od skutečného potenciálu jedince. Pokud je člověk přesvědčený o svých schopnostech a věří, že díky nim dosáhne svých cílů, má vysokou míru self-efficacy. Naopak pokud jedinec ve své schopnosti nevěří, jedná se o nízkou míru self-efficacy (Bandura, 1994). Bandura (1997) dále doplňuje že to, jakou míru self-efficacy člověk má,

ovlivňuje, jak se staví k řešení problémů. Pokud je tato míra vysoká, považuje jedinec řešení obtížných problémů za výzvu, to vede k tomu, že je pro něj jednodušší vydržet a aktivně pracovat na řešení těchto problémů. Člověk s vysokou mírou self-efficacy si stanoví cíl a nepolevuje, dokud cíle nedosáhne. Pokud při dosahování cíle neuspěje, hledá důvody v nedostatku svých dovedností a znalostí a situaci vnímá jako způsob, jak se zdokonalit. Naopak pokud je u člověka míra self-efficacy nízká, považuje složité situace za hrozbu. Místo aby se soustředil na to, jak problém řešit, je jeho pozornost zaměřena na všechny překážky a pochyby o sobě samotném. Takový člověk se často vzdává dříve, než zkusí problém vyřešit a velmi rychle podléhá stresu a depresi.

2.1.6. Zdroje ovlivňující míru sebeuplatnění (self-efficacy)

V přechozí části jsem se věnovala míře self-efficacy, nyní si uvedeme, co míru self-efficacy ovlivňuje. Míra self-efficacy závisí na čtyřech zdrojích informace. Prvním a zároveň nejsilnějším zdrojem je autentická zkušenost. Pokud je člověk při řešení nějakého problému úspěšný, posiluje to jeho sebedůvěru, neúspěch v něm naopak vyvolá pochybnosti o vlastních schopnostech. Zdrojem druhým je zástupná zkušenost, kde člověk bere jako vzor výsledky činnosti ostatních lidí. Pozorování druhých při řešení různých situací dodává člověku vzor efektivních postupů. Třetím zdrojem je přesvědčování člověka o jeho schopnostech. Ze začátku je třeba dát jedinci úkol, který dokáže zvládnout a nedávat mu předčasně úkoly, které by zvládnout nemusel. Po zvládnutí úkolu je nutné pozitivní ocenění. Čtvrtým a posledním zdrojem je informace o vlastním fyziologickém stavu člověka. Pocítuje-li člověk únavu či bolesti, usuzuje, že není schopný zvládnout fyzické úkoly, které vyžadují sílu a vytrvalost. Pokud pocítuje napětí, bere to jako příznak vlastní zranitelnosti při neúspěchu. Dobrá nálada

naopak víru ve vlastní schopnosti zvyšuje. Odbourání stresu a zlepšení fyzického stavu tedy mohou vést ke zvýšení self-efficacy (Janoušek, 1992).

Self-efficacy můžeme považovat za seberegulační nástroj kontroly jedince nad sebou samotným. Dává člověku možnost ovlivňovat svůj život a dění v něm. Pokud má člověk pocit, že je schopen ovládat dění kolem sebe, lépe prožívá a zvládá řešení obtížných situací. Self-efficacy neboli sebeuplatnění můžeme tedy použít jak ke změně reality, tak k adaptaci na neobvyklou situaci (Bandura, 1997).

2.1.7. Psychické procesy aktivované self-efficacy

V této části si uvedeme, jak sebeuplatnění (self-efficacy) ovlivňuje lidské chování. Pomocí self-efficacy jsou ovlivňovány následující psychické procesy: kognitivní, motivační, afektivní a selektivní. Tyto procesy určují, jak se člověk cítí, jak přemýšlí a jak jedná (Bandura, 1994).

Bandura (1994, 1997) zmíněné procesy popisuje takto:

1. Kognitivní procesy: Velká část lidského chování je záměrná a regulují ji hodnoty cílů. Lidé, kteří mají vysokou míru self-efficacy, mívají také vysoké cíle a jsou odhodlanější těchto cílů dosáhnout. Tito lidé si také stanovují cíle, kterých je obtížnější dosáhnout a považují to za výzvu. Vizualizují si scénáře úspěšného dosažení cíle a nezaměřují se na své nedostatky. Tyto scénáře jim slouží jako návod, jak cíle dosáhnout, ale také jako podpora při dosahování těchto cílů. Naopak lidé s nízkou mírou self-efficacy si představují negativní scénáře, ve kterých při dosahování svých cílů selžou, proto je pro ně složitější dosáhnout úspěchu. Kognitivní procesy tedy slouží k tomu, aby umožnili lidem předvídat některé události, vytvářet si možnosti a kontrolovat své životy.

2. Motivační procesy: Přesvědčení o vlastním uplatnění významně ovlivňuje lidskou motivaci. Pokud se jedinec domnívá, že může dosáhnout svých cílů a věří ve své schopnosti, posiluje to jeho motivaci. Self-efficacy však také ovlivňuje, jaké si lidé stanoví cíle, kolik úsilí vynaloží k jejich dosažení a jak dlouho vytrvají.
3. Afektivní procesy: Míra self-efficacy může ovlivňovat také to, jak lidé zvládají stresové situace, tedy jakou míru stresu prožívají, pokud se ocitnou v psychicky náročné životní situaci. Lidé s vysokou mírou self-efficacy věří, že mohou ovlivňovat různé hrozby a udržet náročné životní situace pod kontrolou. Naopak ti, kteří mají míru self-efficacy nízkou, nevěří, že zvládnou udržet náročnou situaci pod kontrolou a mnohem více podléhají stresu. Lidé s vysokou mírou self-efficacy podléhají stresu méně také kvůli tomu, že dokážou relaxovat, zklidnit se a odpoutat svou pozornost od stresujících situací.
4. Selektivní procesy: Self-efficacy nám může dále určovat, jaké prostředí si vybereme a pro jaké činnosti se rozhodneme. Lidé si vybírají činnosti, o kterých jsou přesvědčeni, že je zvládnou. Vyhýbají se však činnostem a situacím, které v nich vzbuzují nejistotu a u kterých nevěří vlastním schopnostem.

2.1.8. Self-efficacy a závislost

Sebeuplatnění (self-efficacy) hraje v oblasti návykového chování významnou roli. Míra self-efficacy ovlivňuje jak počáteční rozvoj závislosti, tak proces změny chování, zahrnující ukončení těchto návyků a následnou abstinenci (Marlatt, Baer & Qiguely, 1995). Jak jsem již zmiňovala, míra self-efficacy má vliv na zvládání stresu a obtížných situací, ale také na zdraví celkově. Bandura (1994, 1997) popisuje, že self-efficacy ovlivňuje zdraví dvěma způsoby.

Prvním způsobem je víra ve vlastní schopnosti vyrovnat se se stresem, která snižuje biologické reakce, jež mohou narušovat funkce imunitního systému. Stres je totiž důležitý faktor, který ovlivňuje zdraví. Bandura však vysvětluje, že pouze životní podmínky samy o sobě zdraví neovlivňují, ale přispívá k nim člověkem vnímaná neschopnost řídit je, která ho vysiluje. Pokud je tedy člověk, který pocítuje schopnost stresory kontrolovat, vystaven stresu, nepřináší to žádné negativní biologické dopady. Naopak, pokud je těmto stresorům vystaven člověk, který pocítuje neschopnost je kontrolovat, může to na něj mít negativní biologické dopady. Druhým způsobem je fakt, že víra ve vlastní sebeuplatnění (self-efficacy) může do značné míry určovat to, jestli člověk zváží změnu svých zdravotních návyků. Čím vyšší míru self-efficacy člověk má, tím je úspěšnější, pokud jde o změnu jeho negativních návyků a přijetí nových pozitivních, zdraví podporujících návyků. Míra self-efficacy tedy také může ovlivňovat léčbu alkoholové a drogové závislosti.

V kontextu závislosti můžeme rozlišovat různé typy self-efficacy. DiClemente, Fairhurst a Piotrowski (1995) dělí self-efficacy na pět typů. První je coping self-efficacy, která je důležitá při vyrovnávání se se stresovými situacemi během léčby. Jedná se o víru ve vlastní schopnost úspěšně odolat nátlaku, například od přátel, aby člověk látku užil. Coping self-efficacy je předpokladem pro úspěšné zvládnutí léčby, a to nejen u závislostí, ale také u jiných psychických onemocněních. Druhým typem je treatment behavior self-efficacy, kterou můžeme popsat jako přesvědčení o vlastní schopnosti vykonávat úkoly potřebné k dosažení osobní změny. Třetí typ self-efficacy je takzvaná recovery self-efficacy. Jedná se o přesvědčení o schopnosti zotavit se z uklouznutí nebo selhání. Čtvrtá je control self-efficacy, ta se týká vnímané vlastní schopnosti kontrolovat či zmírňovat cílové chování. Posledním typem je abstinence self-

efficacy, tedy přesvědčení o vlastní schopnosti abstinovat od užívání návykové látky (DiClemente, Fairhurst & Piotrowski, 1995).

Tuto taxonomii rozšířili Marlatt, Baer a Qiguely (1995), jelikož podle nich jsou kategorie self-efficacy omezeny následujícími způsoby. Za prvé všech pět typů self-efficacy je spojeno s léčbou závislosti a self-efficacy jako faktor počátečního rozvoje návykového chování není v tomto dělení vůbec zahrnuta. Za druhé, dle jejich názorů, mezi kategoriemi self-efficacy dochází ke značnému překrývání. Navrhují tedy následující dělení. Jako první zasáhne resistance self-efficacy, což je přesvědčení člověka o schopnosti vyhnout se užívání návykové látky před prvním použitím. Pokud však člověk již drogu někdy užil, přichází harm-reduction self-efficacy. Jedná se o vnímanou schopnost minimalizovat rizika a škody z užívání návykových látek. Následuje action self-efficacy, tedy přesvědčení o vlastní schopnosti dosáhnout požadovaného cíle abstinence. Poté je na řadě coping self-efficacy, která se týká dlouhodobého udržení dosažené změny. Coping self-efficacy je přesvědčení o vlastní schopnosti zvládat náročné stresové situace a odolat nátlaku látku užít. Jako poslední přichází recovery self-efficacy, tedy vnímaná schopnost zotavovat se, která zahrnuje i obnovující zvládání abstinence po relapsu, pokud k němu dojde.

Marlatt, Baer a Qiguely (1995) dále hovoří o tom, že se v rámci léčby závislosti můžeme setkat s tzv. over-confidence efektem. Jedná se o efekt nadměrné sebedůvěry, který je při léčbě závislosti běžným problémem. Osoby, které si nadměrně věří a nebojí se relapsu, mívají tendence se úmyslně stavět do rizikových situací či dokonce užít návykovou látku. Tímto se snaží sami sebe pokoušet a testovat, jak uspějí. Většinou však toto testování končí úplnou recidivou. Bandura (1995) dodává, že aby byla abstinence úspěšná, je potřeba mít vysokou míru resistance self-efficacy nebo coping self-efficacy, avšak pouze

střední míru recovery self-efficacy. Při velmi vysoké míře recovery self-efficacy totiž právě dochází k již zmíněnému over-confidence efektu.

3. Metodologie

3.1. Kvalitativní výzkum

Ve své práci jsem se rozhodla použít kvalitativní výzkum, jelikož téma mé práce je poněkud složité. Cílem práce je popsat změnu návyků a vzorců chování u jedinců se závislostí na pervitinu během ústavní léčby a po jejím ukončení a návratu do běžného života. Abych naplnila tento cíl, zvolila jsem výzkum kvalitativní, protože touto cestou mám možnost získat více zajímavých a užitečných informací než ve výzkumu kvantitativním.

Švaříček, Šedová a kol. (2007, s. 17) popisují kvalitativní přístup jako *„proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu.“* Reichel (2009) říká, že kvalitativní výzkum představuje řadu rozdílných postupů, snažících se najít porozumění zkoumanému sociálnímu problému. Pokouší se na určitý fenomén nahlížet v pro něj autentickém prostředí a vytvářet jeho obraz, a to co možná nejkompaktněji. Průcha (2014) dodává, že v kvalitativním výzkumu nezkoumáme rozsáhlé soubory jevů nebo subjektů, ale jednotlivé případy, a to velmi podrobně.

Hendl (2005) ve své knize uvádí, že neexistuje jediný obecně uznávaný způsob, jak vymezit nebo dělat kvalitativní výzkum. Kvalitativní výzkum provádíme pomocí delšího a intenzivního kontaktu s terénem nebo situací jedince

či skupiny jedinců. Cílem výzkumníka je získat integrovaný pohled na předmět studie, jeho kontextovou logiku a pravidla, která fungují v dané oblasti. Při kvalitativním výzkumu se používají relativně málo standardizované metody získávání dat. Hlavním úkolem výzkumníka je objasnit, jak lidé v určitém prostředí či situaci získávají pochopení toho, co se děje, proč jednají daným způsobem, a jak organizují své každodenní aktivity a interakce. Data se analyzují a interpretují induktivně. Výzkumník nakonec vytváří podrobný popis toho, co pozoroval a zaznamenal.

Hendl (2005) také popisuje přednosti a nevýhody, které má kvalitativní výzkum. Mezi přednosti řadí například získání podrobného popisu a vzhledu při zkoumání jedince, skupiny či fenoménu, zkoumání fenoménu v přirozeném prostředí či možnost studování procesů a navrhování teorií. Za nevýhody považuje ku příkladu to, že získaná znalost nemusí být zobecnitelná na populaci a do jiného prostředí, dále to, že sběr dat a jejich analýza jsou často časově náročné a výsledky jsou snadněji ovlivněny výzkumníkem a jeho osobními preferencemi.

3.2. Fenomenologické zkoumání

Jako formu kvalitativního výzkumu jsem pro svou práci zvolila fenomenologické zkoumání, abych měla co největší možnost porozumět respondentům a jejich prožitkům.

Hendl (2005) uvádí, že fenomenologické zkoumání vychází z filozofické fenomenologie. Základem fenomenologie je přesvědčení, že filozofické poznání nespočívá ve vytváření obecných principů, ale v deskripci fenoménů, tedy věcí samých. Tento princip ve výzkumné praxi požaduje nepředpojatý přístup výzkumníka k analýze problému. *„Hlavním cílem fenomenologického zkoumání je popsat a analyzovat prožitou zkušenost se specifickým fenoménem, kterou má určitý*

jedinec nebo skupina jedinců. Tento přístup vychází z filozofické fenomenologie“ (Hendl, 2005, s. 128). Úkolem výzkumníka je tedy proniknout do vnitřního světa jedince a snažit se porozumět významům, které jedinec přikládá svým prožitkům. Výzkumník tak poskytne náhled těm, kteří s těmito prožitky nemají zkušenost (Miovský, 2006). V rámci fenomenologického zkoumání výzkumník vytváří popis a interpretace sdělených prožitků. Data obvykle shromažďuje pomocí kvalitativního rozhovoru. Výzkumník vyzve účastníka výzkumu, aby reflektoval svou zkušenost a vyprávěl, jaký pro něho měla význam. Dále hledá společné rysy u několika jedinců. Po analýze dat výzkumník sestaví zprávu, která obsahuje bohatý popis prožívaných zkušeností, jenž má čtenáři umožnit vcítění se do popisované situace. Účelem fenomenologického zkoumání je přispět k porozumění určitým fenoménům, aby bylo možné na ně lépe reagovat a přijmout určitá opatření (Hendl, 2005).

Smith, Flowers a Larkin (2009) uvádí, že ideální velikost výzkumného vzorku je 3 až 6 respondentů, aby měl výzkumník možnost detailní analýzy každého případu. Analýza dat by měla zahrnovat tyto kroky: čtení a opakované čtení, počáteční poznámky, rozvíjení vznikajících témat, hledání souvislosti napříč tématy, přechod k dalšímu případu a hledání vzorců napříč případy. Co se týká interpretace dat, klíčový je doslovný přepis rozhovoru. Interpretace výsledků by pak měla být založena především na výzkumníkově komentování toho, co respondent řekl, doplněného o přímé citace respondenta.

Hendl (2005) dodává, že fenomenologický přístup volíme tehdy, pokud chceme prozkoumat význam prožité zkušenosti jedince a porozumět tomuto významu, dále pokud se studovaný fenomén nejvhodněji zachytí pokusem porozumět zkušenostem účastníka, nebo pokud fenomén není dostatečně prozkoumán.

4. Empirická část

4.1. Etika výzkumu

Každý respondent byl s předstihem seznámen s tématem výzkumu a byla mu nabídnuta účast. Měli tedy čas na rozmyšlení, zda rozhovor podstoupí či nikoliv. Před rozhovorem jsem respondentům znovu představila téma výzkumu, zeptala jsem se na souhlas s rozhovorem a souhlas s nahráváním a ujistila jsem je o anonymitě. Dále jsem všem respondentům řekla, že pokud budou mít nějaké nejasnosti či nebudou rozumět položené otázce, mohou se kdykoliv na cokoliv doptat. Všechny rozhovory byly nahrány na diktafon a poté přepsány. Na konci rozhovoru měli respondenti možnost položit případné otázky nebo doplnit nějaké informace, které během rozhovoru nezazněly a přijdou jim užitečné.

V rámci zachování anonymity respondentů nepoužívám jejich jména a v celé práci neuvádím ani přesný název doléčovacího centra, jehož klienty jsou. Respondenty označuji pojmem „respondent/respondentka“ a k vzájemnému odlišení používám čísla (respondentka 1, respondent 2, respondentka 3, ...).

4.2. Rozhovory

Jako metodu sběru dat jsem se rozhodla použít polostrukturované rozhovory. Rozhovory jsem dělala s klienty doléčovacího centra, kteří absolvovali léčbu drogové závislosti v psychiatrické nemocnici nebo v terapeutické komunitě. Před přípravou rozhovorů jsem začala rešerší literatury o drogách a drogové závislosti, konkrétně pak o pervitinu, léčbě drogové závislosti a sociálním učení. Jelikož téma mé práce je zaměřeno na sociální učení osob s drogovou závislostí a cílem je popsat změnu návyků a vzorců chování u jedinců se závislostí na pervitinu během ústavní léčby a po jejím ukončení

a návratu do běžného života, nechtěla jsem po respondentech, aby mi popisovali celou svou drogovou kariéru. Zaměřovala jsem se tedy především na změny v jejich životě, které nastaly během a po absolvování léčby. Aby se však respondenti rozpovídali a rozhovor začal trochu smysluplně, nechtěla jsem se rovnou ptát, co se během léčby naučili. Na úvod jsem se tedy každého respondenta zeptala, jak dlouho drogy užíval. Dále jsem respondenty požádala, aby mi zkusili popsat zlomový bod, kdy se rozhodli s užíváním drog přestat a co je přimělo k tomu, jít se léčit. Další otázky už se věnovaly procesu léčby a změnám v jejich životě, ke kterým během a po absolvování léčby došlo.

Protože jsem se rozhodla použít polostrukturovaný rozhovor, v němž se výzkumník nemusí přesně držet připravených otázek a má tak možnost reagovat na odpovědi respondenta, připravila jsem si podklad pro rozhovor (příloha č. 1), který obsahoval kostru základních otázek, jež měly zaznít v každém rozhovoru. V reakci na odpovědi respondentů jsem případně přidávala nějaké otázky, například proto, abych je trochu popostrčila, nebo proto, abych se doptala na informace, které mi připadaly pro výzkum užitečné.

4.3. Kódování

Po absolvování všech rozhovorů jsem si postupně všechny nahrané rozhovory poslechla, poté jsem začala přepisovat nahrávky z diktafonu. Zvolila jsem doslovný přepis rozhovorů. Když jsem měla rozhovory přepsané, vytiskla jsem si je a začala jsem je pročitat. Během opětovného pročitání rozhovorů jsem si na papír postupně psala témata, která se objevují ve všech rozhovorech. Části jednotlivých rozhovorů, ve kterých se dané téma objevuje, jsem si vždy zvýraznila a přidala poznámku s názvem tématu, kterým se daná část zabývá.

Některá témata, vyplývala přímo z položených otázek, takže bylo jednoduché je ve všech rozhovorech najít. Tato témata jsem si tedy vypsalala a v textech zvýraznila jako první. Poté jsem opět několikrát jednotlivé rozhovory pročítala a hledala další témata v nezvýrazněných částech. Když jsem v nějakém rozhovoru našla další zajímavé téma, kterým se respondent zabýval, připsala jsem si ho na papír s tématy, která jsem již měla a začala jsem hledat podobnosti v ostatních rozhovorech. Na konci jsem papír se všemi tématy přepsala do elektronické formy a vytvořila jsem tak seznam témat, která jsem logicky uspořádala. Měla jsem tedy seznam jednotlivých témat (příloha č. 2) a v každém rozhovoru zvýrazněné části, zabývající se těmito tématy, s poznámkou, o které téma se jedná (příloha. č. 3).

4.4. Analýza a interpretace výsledků

Rozhovory mi poskytlo 5 klientů doléčovacího centra, kteří absolvovali léčbu v psychiatrické nemocnici nebo v terapeutické komunitě. Při shromažďování společných témat u jednotlivých rozhovorů mi vyšlo těchto osm témat: zlomový bod, počet absolvovaných léčeb, psychiatrická nemocnice a terapeutická komunita (PN/TK), režim, zodpovědnost, řešení krizových situací, postoj k drogám, postoj k životu a postoj k sobě sama. Zmíněná témata nyní postupně představím.

4.4.1. Zlomový bod

Každého respondenta jsem požádala, aby mi zkusil popsat ten zlomový bod, kdy se rozhodl s užíváním drog přestat. Snažila jsem se zjistit, zda je například něco vyděsilo natolik, že se i po dlouholetém užívání rozhodli s drogami skončit. V následujících odstavcích představím úryvky z jednotlivých rozhovorů, v nichž respondenti daný zlomový bod popisují, vysvětlují, co je přimělo k rozhodnutí přestat s užíváním drog a nastoupit do léčení.

Respondentka 1 uvedla zlomové body dva. Prvním zlomovým bodem, kdy se rozhodla, že s užíváním drog přestane, byl okamžik, když se na sebe dívala do zrcadla a viděla, co s jejím vzhledem drogy provedly. Druhý bod, díky kterému se rozhodla nastoupit do léčby, byl moment, kdy zažívala určitý depresivní stav a sama na sobě pociťovala, že chce umřít. *„Tak tam byly vlastně dva zlomové body. A to ten první, kdy jsem se viděla v zrcadle, když jsem zhubla na nějakých pětatřicet kilo a vypadala jsem jako chodící kostra. Žádná barva, propadlé lícní kosti, klíční kosti, všechno šlo vidět. Tak to byl první okamžik. A druhý takový okamžik byl, kdy jsem ležela tři dny v posteli a chtěla jsem, aby to skončilo a abych umřela. To jsem zjistila, že to sama nezvládnu a souhlasila jsem s léčbou.“*

Respondent 2 jako zlomový bod popsal vyděšení z toho, čeho je pod vlivem drog schopný a následné uvědomění si, že není v pořádku a s drogami má opravdu problém. *„Stalo se mi vlastně to, že se mi zopakovala situace, kdy jsem pod vlivem drog okradl svou přítelkyni o peníze. Já mám spojenou diagnózu alkohol, drogy a gambling. A mě se tahle situace vlastně opakovala. Něco podobného se mi stalo v minulosti, kdy jsem žil se ženou, kterou jsem miloval a řekl jsem si, že už to nedopustím, ale zase se to stalo. Takže to byl ten zlomový bod, kdy jsem si uvědomil, že opravdu nejsem v pořádku, že s tím musím začít něco dělat a začít poslouchat lidi, co mi říkali. Takže když jsem spáchal nějaký trestný čin, tak jsem se byl doznat a začal jsem k tomu přistupovat zodpovědně a já si myslím, že to byl pro mě zlomový bod, kdy jsem dospěl. Všemmu jsem se postavil čelem a začal jsem řešit svojí situaci.“* Dále respondent 2 dodal, že důvodem, proč se rozhodl nastoupit do léčby, byla také samota, strach a zoufalství. *„Protože jsem zůstal zase sám. Jako opuštěný a utekl jsem, byl jsem plný strachu, zoufalství. ... A když jsem si všechno uvědomil, co se stalo, kam až mě ten strach dotlačil, k nějaké sebeustrukci, tak jsem si říkal že prostě musím něco začít dělat.“*

Respondentka 3 uvedla, že jejím bodem zlomu, kdy se rozhodla s užíváním drog přestat a začít s léčbou, byl strach jejich dětí. *„A to mi dcera vlastně jednou ráno řekla, že se prostě o mě bojí, že umřu. ... No já jsem nastoupila do léčby ze začátku hlavně kvůli dětem, aby se o mě nebály. A pak až mi teprve došlo, že vlastně to musím dělat pro sebe, pro svůj nějaký potenciál.“*

Respondentka 4 hovořila o tom, že zlomový bod u ní přišel, když se během své drogové kariéry dostala do výkonu trestu, kde měla možnost přemýšlet a uvědomila si, že chce svůj život změnit. Jako další důvod, proč se rozhodla s užíváním drog přestat uvedla, že byla nemocná. *„Tak jako rozhodnuta neužívat, jsem byla delší dobu, ale dostala jsem se do toho až díky výkonu trestu. Začala jsem být izolovaná, utřídila jsem si myšlenky. Až po těch sedmnácti letech no. ... Tak hlavně*

protože jsem byla nemocná. Onemocněla jsem žloutenkou typu C. Byla jsem na ulici, kradla jsem. Byla jsem bez jakýchkoliv návyků. Točilo se to pořád dokola, krást, fetovat. ... Já jsem šla vlastně z výkonu trestu ještě dál do léčení, abych si vyřídila různé věci. Tím, že jsem šla z ulice do výkonu, tak jsem neměla žádné zázemí ani místo, kam se vrátit. Tak jsem to potřebovala vyřešit nějak, abych byla chráněná, abych od těch problémů neutíkala zpátky k drogám, tak jsem šla do léčebny.“

Respondent 5 uvedl jako zlomový bod stud. Popisoval, že největší zlom přišel ve chvíli, kdy potkal syna své bývalé přítelkyně, kterého znal od malička a viděl v jeho očích velké zklamání. V ten okamžik se za sebe respondent 5 začal stydět a rozhodl se s užíváním drog přestat. „Zlomový bod? Na to se ptá hodně lidí a já ty zlomový body, jako já jsem jich měl několik, ale já jsem teďka měl nejhorší recidivu za celou dobu užívání. Já jsem si šel vyloženě buď to pro kriminál, nebo prostě pro nějakou smrt. ... Jo, vyděsilo mě, vlastně já s tou bývalkou, ona má dva syny a ten menší, když jsem jí poznal mu bylo pět. A vlastně, než jsem šel do léčby, tak mu bylo už sedmnáct, nebo šestnáct a něco a jednou jsem ho potkal, ale to už jsem nebydlel doma půl roku. Já jsem ho potkal a bál jsem se tak, že jsem se prostě otočil, aby mě neviděl. On mě ale viděl a když jsem viděl v těch očích jako to zklamání ... Určitě, jako styděl jsem se strašně moc a během, jakože těch pár okamžiků, co jsme se jako podívali do těch očí, tak mi proběhlo strašně moc věcí. Jako co se stalo v životě. No, a to byl asi ten největší zlom v tom, že fakt jako to změním a že si půjdu pro svůj život zpátky.“

Jak můžeme z předchozích odstavců vidět, daný zlomový bod je u každého respondenta jiný. Objevovaly se důvody jako vyděšení se z toho, jak člověk vypadá, když se podívá do zrcadla, nebo z toho, čeho je pod vlivem drog schopný. Dále také strach z nemoci či stud. U respondentky, která je matkou, byly důvodem přestat s užíváním drog například její děti a jejich strach.

4.4.2. Počet absolvovaných léčeb

Dále jsem se každého respondenta zeptala, zda se jednalo o jeho první léčbu, nebo již předtím nějakou léčbu drogové závislosti absolvoval. U respondentů, kteří neabsolvovali léčbu poprvé, mě zajímalo, proč byla předchozí léčba neúspěšná.

Respondentka 1 a respondentka 3 uvedly, že se jednalo o jejich první léčbu. Obě však také hovořily o tom, že se již v minulosti rozhodly s drogami přestat a také dlouhou dobu abstinovaly. Respondentky nenastoupily do léčení, s užíváním drog tenkrát přestaly samy. K užívání drog se ale obě respondentky znovu vrátily. Respondentka 1 abstinovala osm let, přesto se však k drogám vrátila. *„Jednalo se o první léčbu, i když jsem už před tím sama přestala, ... Na osm let a pak jsem do toho vlítla znova.“* Respondentka 3 měla před nástupem do léčby více pokusů o abstinenci, ale k užívání drog se vrátila stejně jako respondentka 1. *„Měla jsem to více méně rozkouskované. Třeba rok jsem měla většinou pauzu, pak když jsem poznala přítele, to bylo vlastně před šesti lety, ten mi pak následně umřel, tak jsem třeba měla pauzu na tři roky.“*

Respondent 2 absolvoval již čtvrtou léčbu drogové závislosti. *„... pro mě to byla první léčba jakoby opravdová, kterou jsem myslel vážně. A předtím jsem měl tři pokusy.“* Když vysvětloval, proč byly jeho předchozí léčby neúspěšné, uvedl jako důvod to, že si neuvědomoval, jak velký má s drogami problém. Nebral své předchozí léčby tedy příliš vážně, po jejich absolvování se považoval za vyléčeného člověka, kterému již problém s drogami nehrozí. *„Tak, jak jsem říkal, nevěřil jsem tomu a neměl jsem odfetováno určitě. Bral jsem to všechno na lehkou váhu. Neuvědomoval jsem si, jak velký zásadní problém jsem si do toho života navezl. ... No, myslel jsem si, že už jsem v pohodě. Že už jsem vyléčený a že už je to zamnou a vůbec nic se neděje. Vůbec jsem si neuvědomoval, kolik toho všeho ta abstinence obnáší.“*

Co to všechno je. ... Ted' k tomu přistupuji s pokorou, předtím jsem nebyl vůbec pokorný a taky jsem měl hodně ego nahoněné, a proto jsem i spadnul. Věřím, že ted' už to konečně všechno klapne.“

Respondentka 4 absolvovala druhou léčbu. Po své první léčbě abstinovala čtyři roky. Jako důvod návratu k užívání drog uvedla, že se vrátila ke svému bývalému příteli, který byl uživatelem drog. Dále dodala, že po dokončení první léčby byla nadšená a byla si jistá, že se k užívání drog nevrátí. Po čtyřech letech abstinence však opět začala drogy užívat. *„... když se mi narodil syn, tak se to ve mně zlomilo a přestala jsem brát asi na čtyři roky. No ale ona je rychlá cesta zpátky že. ... No ona byla úspěšná ta léčba. Na čtyři roky jsem nebrala. To je jako velké plus v mém životě, protože bůh ví, co by se stalo za ty čtyři roky. A pak jsem do toho spadla znova, protože jsem se vrátila k jeho otci a ten byl uživatel. ... Ale vím, že z té první léčby jsem byla úplně nadšená, napravená a věděla jsem, že už prostě to nepříjde. Ale ono to přišlo. Až po těch čtyřech letech.“*

Respondent 5 absolvoval léčbu drogové závislosti potřetí. Důvodem neúspěšnosti prvních dvou léčeb bylo především to, že do nich respondent nenastoupil z vlastní vůle, ale na přání někoho jiného. Sám se totiž tenkrát nepovažoval za drogově závislého člověka a nepřipouštěl si vážnost daného problému. *„Já jsem nikdy nebyl v léčbě, že jsem závislý. Jako ty předchozí léčby. Jo, měl jsem dvě. ... Ale já jsem tam šel jako na popud někoho spíš. ... A navíc já jsem si v té době neuvědomoval, že jsem závislý. Tu závislost jsem si neuvědomoval. Nebo uvědomoval, ale nevěděl jsem, čeho je schopná. Nepoznal jsem jí tak z blízka asi no. Ne, nepřipouštěl jsem si realitu. Celý život jsem utíkal před realitou, když to tak vezmu.“*

Jak můžeme z vybraných části rozhovorů vidět, u respondentů, kteří absolvovali léčbu drogové závislosti vícekrát, lze za hlavní důvod neúspěšnosti

považovat fakt, že si nepřipouštěli vážnost daného problému a svou závislost brali na lehkou váhu.

4.4.3. Psychiatrická nemocnice a terapeutická komunita (PN/TK)

Během jednotlivých rozhovorů jsem se respondentů také ptala, zda absolvovali léčbu v psychiatrické nemocnici či v terapeutické komunitě, nebo prošli obojím a mohou subjektivně zhodnotit, co jim více vyhovovalo. Respondentka 1 a respondentka 4 se léčily pouze v psychiatrické nemocnici, tudíž nemají možnost srovnání s terapeutickou komunitou. Respondentka 3 absolvovala léčbu pouze v terapeutické komunitě, takže také nemá s čím srovnávat.

Respondentka 1 a respondentka 4, které si prošly léčbou v psychiatrické nemocnici byly s tamním programem spokojené. Respondentka 1 hovořila například o terapiích v psychiatrické nemocnici, na kterých si uvědomila, že nemá problém pouze s užíváním drog, ale také s alkoholem. *„Postupem času i na terapii, jsem to hodně přehodnotila, protože je tam hodně práce s tím podvědomím, a že vlastně i ten alkohol je zlo a větší jak drogy. I absťáky a chutě jsou na to mnohem větší a intenzivnější. Proto mám to kombinační. Já jsem si vlastně neuvědomovala, že jsem dlouhodobý uživateli alkoholu.“* Respondentka 4 je toho názoru, že by si osoba s drogovou závislostí měla projít nejdříve psychiatrickou nemocnicí a poté terapeutickou komunitou, jelikož se jedná o jeden proces, jehož součástí je psychiatrická nemocnice, terapeutická komunita a doléčovací centrum. *„A to je jasné, protože to je celé jeden proces. Léčebna, terapeutická komunita a doléčovák. Léčebnou se začíná, v komunitě se učí žít a pracovat se sebou. A v léčebně se jakoby čistí jenom. A doléčovák už je jenom na vypuštění z hnízda.“* I přes toto tvrzení považuje respondentka 4 léčbu v psychiatrické nemocnici jako dostačující, tamní program hodnotí jako *„úplně geniální.“* Během vyprávění o léčbě v psychiatrické nemocnici

si chválila především skupinové terapie, na kterých se mohla inspirovat příběhy ostatních léčících se a také dostávala zpětnou vazbu při sdílení svých problémů. *„Mě pomáhají skupinové terapie. ... Poslouchat ty příběhy těch lidí, kteří jsou na tom třeba hůř. Nebo i reakce na to, co jsem zažila já. Různé rady. Pomohly mi tam vlastně i ty sestřičky i příběhy lidí, kteří tam byli už předtím. ... Určitě. Jako teď si zrovna nevybavím, co kdo říkal, ale určitě to tak bylo vždycky, že jsem odcházela z těch skupin s nějakou myšlenkou, která mi utvořila v hlavě a kterou jsem třeba začala používat, nebo jsem nad tím jen přemýšlela. Tak jsem se vlastně naučila tu sebereflexi. Začala jsem vnímat, co se semnou děje. Hlavně kvůli těm skupinovým terapiím.“*

Respondentka 3, která se se svou drogovou závislostí léčila v terapeutické komunitě, byla s léčbou také spokojená, hlavně proto, že v terapeutické komunitě je spousta, ať už individuálních, či skupinových terapií, díky kterým, dle jejich slov, měla možnost sáhnout si do sebe a naučila se mít sama sebe ráda. *„Tím, že jsem byla v té komunitě, a ne v PN mělo vliv. Tím, že ty PN jsou vlastně na styl sedět a nějakým způsobem fungovat podle řádu, ale člověk si tam nemá dostatečnou možnost sáhnout do sebe, tak jako v té komunitě. Já jsem tam proplouvala jako ryba ve vodě. Já jsem ty návyky měla vždycky nějaké. Ale určitě mě to naučilo sebelásce.“*

Respondent 2 a respondent 5 si prošli léčbou jak v psychiatrické nemocnici, tak v terapeutické komunitě. Respondent 2 hodnotil sice kladněji terapeutickou komunitu, ale uvedl, že je důležité, projít si jak psychiatrickou nemocnicí, tak terapeutickou komunitou. Stejně jako respondentka 4 to vnímá jako jeden proces, jehož součástí je psychiatrická nemocnice a následně terapeutická komunita. *„Za mě je důležité všechny součásti mít. Jak to PN, tam se člověk nějakým způsobem aklimatizuje, protože si ujasní, co dál. Já to беру třeba jako ty tři měsíce, takový dlouhý detox, kdy se člověk vyčistí úplně. A pak je dobrá ta komunita. Za mě to bylo moje nejlepší rozhodnutí, které jsem mohl v životě udělat. I když jsem tam absolutně vůbec*

nechtěl a nevěděl jsem, do čeho jdu. Tak ten rok pro mě byl absolutně skvělý. Dokázal jsem pochopit, proč vlastně užívám ty drogy. Až tam to byla pro mě léčba. ... Určitě, tam je to velice intenzivní. V podstatě vás rozeberou do posledního šroubku a znovu složí. Člověk dokáže pochopit, proč má nějaké návyky, pochopí, proč se chová v určitých situacích takhle, odkud to pramení. Prostě tam je ta psychoterapie na vysoké úrovni. V tom PN jsou sice taky skupiny, nějaké sezení a takové věci, ale těch lidí je tam hodně. V komunitě máte přidělaného garanta, který s váma prochází vlastně váš život, úplně od dětství až do současnosti.“ Když respondent 2 hovořil o terapeutické komunitě, velmi pozitivně hodnotil především skupinové terapie, díky kterým měl možnost dostat zpětnou vazbu při sdílení svých problémů. Dále uvedl, že mu velmi pomohla technika takzvaného sochání, při které ostatní členové skupiny zaujímali role rodinných příslušníků a respondent 2 popisoval, co se v jeho rodině odehrálo a skrze tuto techniku měl možnost se na dané události podívat pohledem z venku. „Ano a jsou i skupiny, je tam ranní komunita, kde se vlastně konfrontujete s těma lidma, dostáváte nějakou zpětnou vazbu, pak jsou přímo skupinky, kdy řešíte ty témata, které vám vznikají vlastně z té práce s tím garantem. Takže je to opravdu intenzivní. Co mi třeba strašně hodně dalo, já jsem vlastně svoji mámu neměl vůbec rád a co mi hodně dalo, bylo rodičovské setkání, kde jsme si to všechno vyříkali, ale ještě před tím, tomu se říká sochání. Je to vlastně, že se díváte na model svoji rodiny jakoby pohledem z venku. Že jsou tam vlastně ti členové té komunity, kteří mají role otce, matky a vy popisujete to, co se stalo a díváte se na to jakoby z venku. Já jsem si uvědomil, jaký byla máma obrovský dřič. Neměla to v životě vůbec jednoduché.“ Respondent 5 také hodnotil pozitivněji terapeutickou komunitu, zejména kvůli většímu řádu a přísnějším pravidlům. „Pro mě jako pro krimoše a člověka, který vykopával dveře, aby si tam šel něco vzít, tak já jsem šel najít nějaký řád a nějaké pravidla. ... Ale to je terapeutická komunita, jako založená na terapií mluvením a tam je od šesti hodin program. Ráno, když vstanete máte rozsvičku, máte prostě nějaké úklidy, snídani a začíná

komunita, prostě ranní pocity, sny a dozvuky. A od té doby vlastně celý den máte nějaké skupiny jo. Takže tam se nám věnovali si myslím hodně dobře. No a nevím, já teda jsem byl spokojený, ... A je to tam přísné, teď tam sice něco polevili, protože tam jezdím každý měsíc na absolventské. Tam prostě máte sedm cigaret za den, nemáte telefon u sebe. Můžete žádat o telefon třikrát týdně na patnáct minut.“ Psychiatrickou nemocnici zhodnotil jako „pionýrský tábor.“ Jako příklad nedostatečné disciplíny uvedl, že když byl v psychiatrické nemocnici, mohl mít neustále u sebe svůj telefon. „Ale říkám, tam prostě mají telefony nonstop u sebe. Jako já jsem si šel pro nějaký řád, disciplínu, ... Jako člověk, který tam jde a nikdy neměl ani korunu, nebo žil takovým způsobem života, jak jsem žil já, když jsem užíval, tak asi jako možná mu to stačí. Já neříkám že ne. Ale je to tam jinak postavené.“

Z jednotlivých výpovědí respondentů lze pozorovat, že respondentky, které absolvovaly léčbu pouze v psychiatrické nemocnici nebo pouze v terapeutické komunitě a nemají tak možnost srovnání, byly s léčbou spokojené a hodnotí ji kladně. U respondentů, kteří prošli psychiatrickou nemocnicí i terapeutickou komunitou je viditelné kladnější hodnocení terapeutické komunity, zejména kvůli častějším a intenzivnějším terapiím ale také kvůli většímu řádu a přísnějším pravidlům.

4.4.4. Režim

Stěžejním tématem ve všech rozhovorech byl režim. Všichni respondenti popisovali, že si během absolvování léčby osvojili určitý denní režim, který v období, kdy užívali drogy, vůbec neměli. Respondenti si znovu osvojovali například pravidelný spánek, pravidelnou stravu, pravidelné hygienické návyky či pravidelné plnění svých povinností.

Respondentka 1 uvedla, že si sice většinu povinností zvládala plnit, ale žádný režim neměla. *„Je víc toho režimu. Předtím to bylo více takové neregimové,*

kdy jsem jenom plnila povinnosti a jinak jsem byla zavřená doma. Jakože prostě jsem byla bez emoční, taková chodící schránka.“ Během léčby si určitý denní režim znovu osvojila. „... dělám si denní režim, nebo povinnosti které si plním, učím se nové návyky, koničky, tak ať prostě to myšlení přehodnotím jinak. A naučila jsem se prostě ten režim zpátky.“ Respondent 2 taktéž uvedl osvojení určitého denního režimu a návyků, které během užívání drog neměl a popisoval změnu v tom, jak vypadal jeho běžný den v období užívání drog a jak vypadá teď. „No tak můj den, když jsem byl aktivní uživatel, vypadal tak, že jsem si ráno foukl čáru, otevřel jsem lahvičku, ubalil si brko a šel jsem si pustit hudbu a šel jsem třeba uklízet, nebo třeba ven někde házet frisbee, úplně mi bylo jedno, že mi tam vzniká na sociálním a zdravotním dluh, prostě jsem to neřešil, takové věci pro mě neexistovaly. Kdežto dneska, když se ráno probudím, tak mi hlavou proletí, že si musím dát léky na své nemoci, které mám, že mám spoustu povinností, že musím vstát do té práce. ... Určitě, vstávat ráno, jít do koupelny, umýt si zuby, chodit čistý, dbát o sebe no.“ Respondentka 3 také hovořila o denním režimu a s ním souvisejícím plánováním, které se díky léčbě naučila. „Naučila jsem se plánovat do detailu. A hlavně jsem musela změnit i stravovací návyky a vlastně všechno, protože tam ten vzorec celkově se musí změnit. Přece jenom už je člověk zvyklý s těmi drogami fungovat. Fungovat na jídelničku, který jsem neměla skoro žádný. Já jsem v té době, kdy jsem vlastně užívala, tak jsem žila na energetických nápojích a večer jsem maximálně dojíždala večeri po dětech. Tam se mi změnil celkový harmonogram dne.“ Respondentka 4 při rozhovoru popsala svůj běžný den v období užívání drog takto: „Když jsem vstala, tak jsem vstala. Oblíkla jsem se, nebo neoblíkla. Třeba jsem spala tak, jak jsem byla, někdy na skvotu. Potom jít sehnat peníze, pokud jsem neměla dávku, pak si dát a pak jít zase shánět. Někdy za někým jít a večer to končilo. Tak to probíhalo celý den.“ V souvislosti s nastolením denního režimu mluvila také o ranním vstávání, které se musela v léčbě znovu naučit „Tak v léčbě jsem tohle všechno nahodila zpátky jakoby. Tam se musí vstávat na budíček. Různé úkoly tam jsou, které

se musí plnit a závisí na tom osud všech léčících se. Takže jsem se dostala do toho, že jsem začala ráno vstávat, plnit si nějaké povinnosti, ohledně vyřizování všeho. Začala jsem se věnovat nějakým věcem co mě bavily.“ Když hovořil o svém denním režimu respondent 5, popsal svůj běžný den v období užívání a drog a nyní. Jako hlavní změnu zdůrazňoval své nynější chození do práce, jelikož v období své drogové kariéry získával peníze pouze krádežemi. „*Tak já jsem žil tak, že prostě když už jsem teda spal, tak jsem třeba vstanul a prostě jsem si dal, na to jsem musel vypít, já nevím během deseti minut flašku kořalky, abych vůbec mohl jít ven, protože jsem si dával hodně. A návyky byly jediné, já jsem šel krást, já jsem šel pro peníze, abych měl na další drogu. A takhle jsem třeba fungoval celý týden, než jsem usnul. Žádné návyky nebyly. ... Nebyl jsem na tom tak, že bych byl venku, to jako ne našťestí. Ale stalo se mi párkrát, že jsem venku spal no. Ale jinak jsem vždycky nakradl na tu ubytovnu. Takže návyky jediné, co byly tak jakžtakž nějaká hygiena, když jsem si ukradl čisté věci, tak jsem si je oblékl a špinavé jsem vyhodil, a to bylo všechno. Já jsem žádné návyky neměl. Jo, sehnat si drogu a nechat si nějaký alkohol, který jsem ukradl. ... Ted'ka je úplně všechno jinak, když to vezmu, tak ráno vstanu, jdu se umýt, mám udělané lupínky, tak se nasnídám, udělám si kafe a jdu do práce. Jedna cigareta a jdu do práce. Cestou do práce si v pekárně koupím čerstvé pečivo na svačinu a jdu pracovat v práci. Prostě pracuju, děláme osm až deset hodin na stavbě, kde vlastně celá ta parta i šéf věděli o mojí minulosti, protože mě zažili ještě, než jsem šel na léčení. Takže tam všichni ví můj příběh a jsou při mně, jsou rádi, že jsem to takhle zastavil.“* Dále hovořil o tom, že si během léčby osvojil také pravidelnost hygienických návyků. „*Tak zanedbávání hygieny asi ano, vybavím si třeba týden, kdy jsem se nesprchoval každý den. Ale ta hygiena u mě jako, já nevím, tam čistění zubů samozřejmě taky to nebylo každý den, ale vím, že když jsem přišel domů a když jsem věděl, že jsem byl celý den pryč, tak jsem si ty zuby šel vyčistit. Ale ted'ka je to pravidelnost tady těch věcí.“*

Jak můžeme vidět, respondenti si během léčení osvojili určitý denní režim, určité návyky a určitý řád, začali respektovat daná pravidla a plnit si své povinnosti. Z vybraných části rozhovorů lze pozorovat velkou změnu v podobě jejich běžného dne v období užívání drog a nyní, po absolvování léčby.

4.4.5. Zodpovědnost

Další téma, objevující se ve všech rozhovorech, souvisí s předchozí kapitolou o denním režimu. Jedná se o zodpovědnost. Někteří respondenti vnímali určitou zodpovědnost a snažili se plnit alespoň nějaké své povinnosti i během užívání drog, někteří ale vůbec žádnou zodpovědnost neměli, ani si neplnili žádné své povinnosti. Všichni respondenti se však shodují na změně v přijímání zodpovědnosti během užívání drog a po absolvování léčby. Nyní se všichni snaží přijímat zodpovědnost a nezanedbávat žádné povinnosti.

Respondentka 1 hovořila o tom, že se i v době, kdy užívala drogy, snažila plnit si své povinnosti, ale postupem času už myslela jen na drogy a povinnosti zanedbávala. Nyní, po ukončené léčbě, se snaží k životu přistupovat zodpovědně. *„Hlavně sebe jsem zanedbávala. Zoládala jsem, snažila jsem se zoládat, ale postupem častějšího užívání, už to nebylo takové, že prostě to šlo. Už jsem spíš myslela na tu drogu než na povinnosti. ... A teď už je to, že to беру zodpovědněji ...“* Respondent 2 uvedl, že v období užívání drog žádnou zodpovědnost nevnímal. *„Zodpovědnost, vůbec, to pro mě bylo sprosté slovo.“* Během absolvování léčby se ale jeho vnímání zodpovědnosti začalo měnit a nyní se také snaží zaujímat zodpovědný postoj k životu. *„Kolikrát to pro mě opravdu není jednoduché, vstát z té postele, protože jsem prostě rozbitý, bolí mě celý člověk, mám prostě pořád jakoby zafixované to nic nedělání, i když už mám za sebou dlouhý proces a zkušenosti, tak se pořád se sebou peru. Ale přistupuji k tomu zodpovědně. Ona ta zodpovědnost je v podstatě svoboda. Když všechno splním, tak potom se můžu rozhodnout, co budu dělat.“*

Respondentka 4 také hovořila o tom, že během užívání drog žádnou zodpovědnost nevnímala, protože s drogami začala velmi mladá. Popisovala, co všechno kvůli svému tehdejšímu nezodpovědnému životu ztratila a do jakých problémů se dostala. *„Já jsem začala celkem mladá, začala jsem brát, když mi bylo třináct. Takže v mém chování se změnilo to, že jsem nějakou pubertu ani vůbec neměla. Ztratila jsem veškerou úctu k autoritám, veškerou zodpovědnost, veškeré návyky. Úctu sama k sobě, sebelásku, sebereflexi. Ztratila jsem rodinu, děti, bydlení, nasekala jsem si spoustu dluhů, což mě dostalo do úzkosti. Takže když jsem brala, tak se ze mě stal nezodpovědný sígr. Zajímalo mě jen kde sehnat drogu, kde na ní vzít. ... To je ta ztráta zodpovědnosti. Mě ani nikdy nenapadlo že se může stát to, co se stalo. Že budu někdy ve výkonu trestu, žádné vyučení že nebudu mít, vlastně nic.“* Také její postoj k zodpovědnosti se změnil. Mluvila především o tom, že nyní vidí, že kvůli svému tehdejšímu nezodpovědnému jednání ztratila velkou část života. *„Vnímám to hlavně tak, že jsem ztratila sedmnáct let života úplně zbytečně. Mohla jsem být úplně jinde a mít úplně cokoli vlastně. Kdybych se i jenom třeba učila že. Já si nemyslím, že jsem úplně hloupá, takže jsem mohla být úplně někde jinde no. ... Teď mám postoj k zodpovědnému životu.“* Respondent 5 taktéž uvedl, že si v období užívání drog žádné povinnosti neplnil a teď, po absolvování léčby se to učí. *„Navíc se učím život žít jako sám za sebe se sebou, ale i se všema povinnostma, které ten život přináší. ... Ale já jsem se nikdy nestaral o složenky, o domácnost jako takovou. Dělán to poprvé, nebo budu to dělat teďka poprvé, jakože v životě.“*

Jak jsem ale již zmínila, u některých respondentů nedošlo během užívání drog k úplné ztrátě zodpovědnosti. Ku příkladu respondentka 3 hovořila o tom, že jelikož je matkou, tak určitou zodpovědnost neustále vnímala i během užívání drog. *„To je právě to záluďné u mě. Protože já, když jsem užívala, tak jsem měla zodpovědnost. Měla jsem zodpovědnost za děti a měla jsem zodpovědnost za to, jak jsou*

připravení do školy, za to, jak byli oblíkání, vlastně to všechno. A tohle to jsem vlastně měla. Ale neměla jsem zodpovědnost za svoje zdraví.“ Dále ale dodala, že její tehdejší vnímání zodpovědnosti bylo zkreslené drogami. „Jo to jo, ale samozřejmě, že to bylo zkreslené těma drogama, takže ta zodpovědnost nebyla taková reálná jako je teď. Myslím tím třeba strachy. Strach o děti, strach o sebe. Já jsem začala mít pud sebezáchovy až vlastně v léčbě. Jakože já jsem tu zodpovědnost měla, ale všechno to bylo zkreslené. Teď když jsem vletěla do té reálné zodpovědnosti za ty děti, i když se s něma chystám ven, i když je oblíkám, i když mi doma zakašlou, tak ta zodpovědnost je o to silnější. Jakože to vnímám víc reálně. Jako co se všechno může stát.“

U všech respondentů můžeme tedy pozorovat velkou změnu v přijímání zodpovědnosti a přístupu k plnění povinností v období, kdy užívali drogy a nyní, po ukončení léčby.

4.4.6. Řešení krizových situací

Každý respondent se během léčby naučil, jak řešit krizové situace, kdy přijde velká chuť na drogu. Všichni respondenti se tedy naučili určitou techniku zvládání těchto situací. Jednotlivé techniky se však liší. Každý respondent řeší svou krizovou situaci jinak.

Respondentka 1 popisovala, že mívá také panické ataky, v krizové situaci jí pomáhá změnit myšlení z negativního na pozitivní, představovat si místo špatných věcí ty dobré. *„A nějaké krizové plány jsem si určila, kdyby náhodou, protože mám vlastně i panické ataky. Takže jak se tomu vyvarovat, přehodnotit negativní myšlení na pozitivní. Ono to udělá hodně.“* Respondent 2 tyto situace řeší jinak. Při krizových situacích, kdy má velkou chuť na drogu, používá k vyhnutí se relapsu své fotky z období užívání drog. Tyto fotky mu slouží jako určité varování před tím, jak by zase mohl vypadat. *„Mám tady fotky, abych se vždycky podíval, když na mě přijdou chutě. ... Jo, pomáhá mi to. Protože mám upřímně strach.“* Respondentka 3

hovořila o tom, že se naučila poznávat signály, které jí její tělo dává, když dostane chuť na drogu. Takové situace řeší především tím, že se začne soustředit na věci kolem sebe, aby na drogu přestala myslet. *„Já jsem se musela naučit pracovat s emocemi, musela jsem se naučit poznávat svoje tělo, že když na mě jdou chutě nebo cokoli, tak to tělo to vždycky nějak projeví. Třeba se mi začnou potit ruce, začnou mě bolet kotníky, začne mě bolet hlava. Takže tyhle věci mi udělaly vykřičník, že pozor, něco se děje. Naučila jsem se vydýchat, vyrovnávat se s věcmi okolo mě, popisovat si věci kolem mě, abych se přestala soustředit na chuť na drogy.“* Když popisovala své řešení krizových situací respondentka 4, hovořila o tom, že jí pomáhá představit si, na jednu stranu to, co už dokázala a jak dlouhou cestu ve své abstinenci ušla, na druhou stranu zase to, co jí užívání drog všechno vzalo. Dále dodala, že musí změnit činnost, aby se zabavila. *„Funguje hlavně to, že si představím, jak dlouhou cestu jsem ušla a co všechno jsem udělala a to, co mi to všechno vzalo. Takže negativní myšlení a pozitivní myšlení. Potřebuji změnu děje. Zabavit se, dělat nějakou jinou věc.“* Respondent 5 se snaží krizové situace buď zpracovávat sám, nebo je musí sdílet, promluvit si o tom s někým a tím se uklidnit. Stejně jako respondentka 3 používá soustředění se na věci kolem sebe, aby na drogy nemyslel. *„Rituál tam není, tam je uvědomění si té situace. Někáká ta sebereflexe, že se prostě fakt něco děje a pokud možno tak hned jít tady, nebo vytočit číslo a promluvit si o tom. Možná třeba jen to sdělit a pokud jsem fakt hodně vytočený, tak to jdu rozdýchat někde ke stromu. A buď si to zpracuju a nedělám žádné rozhodnutí. Žádné prostě, že půjdu a budu to dělat. Mluvím o tom. ... No zastavení situace, nerozvíjení myšlenek a pokud možno, tak dotáhnout ty věci, protože většinou dostanete chutě, když jdete něco dělat. Nebo když jste někde venku, máte něco v plánu. Aspoň já jsem to tak zatím měl. Nikdy mě to nechytlo tady, když ležím na posteli. Takže já si řeknu v ten daný moment, že prostě jdu dodělat tu práci. Snažím se myslet na něco jiného. Kolikrát třeba jsem i počítal auta a opravdu barvy.“*

Z vybraných částí rozhovorů lze vidět, že se všichni respondenti naučili, jak zvládat krizové situace, když na ně přijde velká chuť na drogu. Každý respondent si osvojil určitou techniku zvládání krizových situací, dle toho, co jemu individuálně pomáhá.

4.4.7. Postoj k drogám

Během rozhovorů jsem měla možnost zjišťovat, co pro respondenty drogy znamenaly v období jejich užívání, co pro ně představovaly a proč je pravidelně užívali. Význam, který droze přisuzovali je u každého respondenta trochu jiný, pro někoho droga představovala například únik od reality, pro jiného zase náhražku citů a lásky. Shodují se ale v tom, že tenkrát pro ně droga představovala něco pozitivního, něco, co jim určitým způsobem pomůže. U všech respondentů došlo během absolvování léčby ke změně postoje k drogám. Pozitivní hodnocení, které drogám přisuzovali se změnilo v negativní.

V následujících odstavcích představím vybrané části z jednotlivých rozhovorů, jež poslouží pro přiblížení osobních postojů respondentů k drogám a jejich užívání tenkrát a nyní.

Pro respondentku 1 znamenaly drogy únik od reality, užívala je proto, aby zapomněla na své problémy a netrápila se. *„Únik. Útěk od reality, zapomnění. Byla jsem opravdu taková bez emocí, to, co mě hodně žralo a bolelo, tak jsem na to zapomněla. Byla jsem taková klidná. Jakože no tak stalo se.“* Nyní však hodnotí, že se jedná o špatný únik a užívání drog nestojí za to. *„A teď co to pro mě znamená? Že to byl špatný únik, že jsou i jiné možnosti, jak se s tím vyrovnat. S minulostí a s tím, co se stalo a teď už vím, že je to zlo, do kterého jsem se dostala sama a ze kterého se taky dostat sama musím. Nemusím, ale chci. Tam je právě ten rozdíl v tom, musím a chci. ... Nestojí to za to. Já jsem v tom hledala fakt ten útěk. A pro někoho, kdo opravdu ty problémy nemá, nebo nemá před čím utíkat, nebo není v těch stavech, že by přišel*

o všechno, tak bych to určitě nedoporučovala. Ani člověku s problémem bych to nedoporučovala. A kdyby už měl k tomu nějaké sklony, že by si to chtěl dát, tak ať si první zajde za odborníkem. Tohle není útěk, není to sranda.“

Respondent 2 uvedl, že v období, kdy drogy užíval, pro něho znamenaly úplně všechno. Užívání drog považoval za určitou formu zábavy. Dále popisoval, jak velkou moc nad ním drogy měly. Přesto, že si časem uvědomoval, že mu užívání drog škodí, samotná touha po droze byla silnější. *„Předtím pro mě znamenaly všechno. Viděla jste film Pán prstenů? Tak je to Milášek. ... To pro mě furt byla nějaká forma zábavy, jako nějaká super věc. Až po té komunitě jsem si teprve uvědomoval, co to je za svinstvo. Co to semnou dělá. ... Ta látka má nad vámi takovou moc, že i když si uvědomujete že vás to zabijí, tak jí chcete. Takovou má ta droga moc. Nedokážu s tím pak už pracovat. Už to беру jen proto abych uspokojil toho démona v sobě. I když vím, že umírám za živa. ... Vůbec jsem si neuvědomoval, co vlastně dělám. Jak mi to ničí orgány, jak mi to ničí vlastně tu mysl. Ani jsem neměl tu zkušenost s tím, teď mám za sebou těžké toxické psychózy, které jsem díky bohu ustál. Ale když jsem přijel do psychiatrické nemocnice tak jsem si skoro nic nepamatoval, už to bylo špatné. Poslední rok jsem užíval nitrožilně, denně. A málem jsem umřel.“* Když hovořil o tom, jak se na drogy dívá nyní, po absolvování léčby, říkal, že ačkoliv daný prožitek z drogy je dle jeho slov super, nikomu užívání drog neporučuje. *„Každopádně nedoporučuji ten zážitek z drog. Určitě ne. Ten prožitek je super, nemůžu říct, že by nebyl. Opravdu silný, chytrý člověk, který si to občas dá, pro účel toho pobavení, ale tam to zůstane, tak asi to je fajn. Ale myslím si, že tohle dokáže tak jedno procento obyvatel. Jako v dnešním světě plném stresu a nátlaku. Prostě ne, nedoporučuju to.“*

Respondentka 3 drogy v období jejího užívání popsala jako svého nejlepšího přítele. Drogy ji měly nahrazovat rodinu a hlavně lásku, které se jí nedostávalo. Dále také dodala, že je užívala jako určitý fyzický náboj. *„Drogy byly*

můj nejlepší přítel. Já je jako by milovala víc než svoje děti. Nahrazovaly mi rodinu, nahrazovaly mi blízkost mámy, protože jsme s mámou nikdy neměly úplně blízký vztah. Naši se rozvedli, když mi bylo čtrnáct. Máma pila a my jsme si jako by prohodily role. Já jsem se starala o ní. A tím pádem tam chybělo to nejdůležitější pro závislého člověka, aby měl ty rodinné vazby. Protože já jsem vlastně nikoho neměla a tím pádem jsem měla jenom drogy. A další věc je, že jsem ty drogy užívala přes den jako nějaký fyzický náboj. Ale jako mě drogy objímaly, daly mi tu lásku, kterou jsem potřebovala.“ Nyní respondentka 3 považuje drogy za zlo a nepotřebnou věc. *„Myslím si, že teďka už to беру tak, že je to asi zlo. ... Samozřejmě že ta závislost tady bude pořád, ale určitě už je to pro mě nepotřebná věc.“*

Respondentka 4 má nyní také k drogám negativní postoj. Uvedla, že drogy pro ni znamenají ohrožení, jelikož člověk se kvůli nim úplně změní a přijde o veškeré emoce. *„Tak teď to pro mě znamená jen ohrožení. ... protože ony ty pocity, co vám ta droga dává, tak je každý má v sobě. Nestojí to za to. Když začnete ty drogy užívat, tak přijdete o veškeré emoce. Ten člověk se úplně změní. A je pak strašně těžké najít cestu k těm emocím zpět.“* Stejně jako respondent 2 hovořila o tom, že v období užívání drog pro ni drogy znamenaly úplně všechno. *„A tenkrát to pro mě znamenalo úplně všechno.“*

Respondent 5 užíval drogy především k navození určitého adrenalinu. Užívání drog měl spojené s kradením, dodávaly mu větší odvahu. *„Než to začal být fakt velký boj, tak to bylo prostě, měl jsem nějaké návyky na tom, vždycky jsem něco ukradl. Takže to znamenalo nějaký adrenalin, protože jsem věděl, že když si dám, tak něco ukradnu.“* Nyní k drogám pociťuje respekt a vnímá je také jako ohrožení. *„A teďka pro mě drogy znamenají obrovský vykřičník, červená barva. Vůbec se k tomu nepřibližovat. Pokud možno ani s těma lidma nějak nekomunikovat a velký respekt.“*

Z vybraných úryvků rozhovorů je patrné, že se u všech respondentů postoj k drogám a jejich užívání výrazně změnil. Jak jsem již zmínila, všichni respondenti během užívání drog přisuzovali drogám pozitivní význam. Užívání drog pro jednotlivé respondenty znamenalo určitou formu útěku od reality, zábavu, pocit lásky nebo adrenalin. Nyní respondenti užívání drog vnímají jako velmi nebezpečné a ohrožující.

4.4.8. Postoj k životu a postoj k sobě sama

Velmi důležité téma, které se dále objevovalo ve všech rozhovorech je postoj k životu a postoj k sobě sama. Všichni respondenti popisovali, k jakým změnám došlo v jejich postoji k životu, a hlavně v postoji, jenž zaujímají sami k sobě. V následujících odstavcích opět představím vybrané části jednotlivých rozhovorů, ve kterých se respondenti tímto tématem zabývají.

Respondentka 1 popisovala, že se naučila pojmenovat své problémy a připustit si, že je má. Hovořila také o přehodnocení myšlení z negativního na pozitivní, které se stále ještě učí. Dále se naučila přijímat zpětnou vazbu od okolí a něco si z ní vzít. Velkou změnou v jejím přístupu k životu je, že v období užívání drog před světem určitým způsobem utíkala a snažila se ho nevnímat, naopak nyní se snaží smířit se i se špatnými věcmi ve svém životě a vnímat svět takový, jaký je. S touto změnou souvisí také její nynější plánování budoucnosti, jelikož když užívala drogy, nedávala si žádné cíle a na budoucnost se neohlížela. *„Tak já, jak jsem začala brát, tak jsem brala z toho důvodu, abych zapoměla, abych vypudila emoce, nějaké trauma, co se mi stalo a abych na to prostě nemyslela. Nedokázala jsem se s některými věcmi prostě smířit, tak jsem to zahlušovala alkoholem a perníkem. ... A jak jsem nastoupila do léčby, tak tam jsem si připustila mnohem větší problém, kde mě navedli a probírala jsem to hlouběji a tam jsem si připustila, že je to i to podvědomí. Že mě to k tomu stále táhne a že musím přehodnotit*

myšlení na to pozitivní, a to se ještě teď učím. Smířit se s některými emocemi a dokázat pojmenovat ten problém, takže to se teď všechno učím. I to že tady jsem. Ten pocit bezpečí je taky důležitý a člověk si musí věřit. ... Předtím jsem se snažila ten svět nevnímat. A teď se na to dívám z jiného pohledu. Že ten svět tady pořád existuje, že je po jedné stránce zlý a po jedné stránce dobrý. Takže tak nějak se snažím vnímat i ty okolnosti co se dějí. Brát všechno tak, jak je a smířit se s tím, co bylo, s tím, co je a plánovat si lepší budoucnost. Což jsem se nikdy takhle dopředu nedávala a nedávala jsem si cíle. Vždycky jsem se snažila jen přežít den. Teď už vím, že to jde i bez toho a že i ten pohled do budoucnosti je lepší. ... Naučila jsem se víc smát. Brát i ty horší věci nějak pozitivně, že i ty negativní zpětné vazby nějak přebrat a prostě něco si z toho brát. I to zlé je pro něco dobré. Naučila jsem se najít si ty hezčí věci na tom životě.“

Respondent 2 hovořil především o tom, že se naučil poznat, co se s ním děje, a hlavně proč se to děje. Dále mluvil také o tom, že se naučil přijmout zpětnou vazbu ke svému chování a díky tomu si uvědomit, co dělá špatně. „Pochopil jsem, proč to tak je. Proč vlastně jsem zlý. Bylo to z toho strachu, protože ten strach nikdy nezmizí. Pokud to člověk nějak nevyventiluje fyzicky. Teď už jsem si schopný na sobě všimnout, kdy se dostanu do vzteku, do agrese, jak s tím pracovat. ... Naučil jsem se snášet kritiku, a hlavně s tím pracovat a zamyslet se nad tím, že mi to neříkají jenom aby mě našťovali, ale abych si vážně uvědomil, co dělám špatně. Naučil jsem se vnímat tu zpětnou vazbu. Naučil jsem se být klidnější. Naučil jsem se mít se trochu rád, protože to mi dělá problém. Pochopil jsem taky to, že když já budu v klidu, budu v pohodě, budu pracovat sám na sobě, tak pak vlastně tím přitáhnu i ty lidi zase zpátky. Budu v něčem dobrý, bude se jim to líbit.“ V souvislosti s touto změnou respondent 2 popisoval, že zjistil, co ho baví a začal se věnovat svým koníčkům, které během užívání drog neměl. „Poznal jsem, co mě baví. Takže, nějaké sporty, koníčky. ... ale měl jsem jednoho velkého koníčka, brát drogy, chlastat a chodit na techno párty. Jsem vlastně žil jenom

mejdánem. Byl jsem jeden velký mejdan. ... Našel jsem to až teď. Třeba hraju ping pong a mám v plánu se tomu i věnovat. Protože tam můžu najít zase ty kamarády. Nemusím je hledat na té párty. Můžu si najít ty kamarády skrz sport. Je to zase ten klíč, který mi vlastně chyběl v té době.“

Respondentka 3 hovořila o znovuzískaném pudu sebezáchovy, díky kterému si nyní více váží života i sama sebe. Jako další věc, kterou se během léčení naučila, uvedla sebelásku. Popisovala, že člověk musí mít rád sám sebe, i přesto, že někdy něco v životě pokazil. „Určitě se to změnilo. Já si teď vážím více života. Mě tenkrát vůbec nezajímalo, že jsem měla dobité ruce, že jsem byla zničená tou prací a neměla jsem práh bolesti. A to se pak změní celkově ten pohled, když člověk dostane ten pud sebezáchovy. ... Ale určitě mě to naučilo sebelásce. Je to úplně to nejdůležitější, co v té léčbě by si měli lidi uvědomit. Že by měli mít rádi sami sebe, a i když spoustu věcí v životě třeba pokazili. Ted' se ukazuje že děti to moje užívání nějakým způsobem vnímaly a ukazuje se to až teď. Ted' to z nich leze na povrch. Takže to všechno jsem si uvědomila v té léčbě. Hlavně ta sebeláska.“

Respondentka 4 se během absolvování léčby naučila komunikovat s lidmi a mluvit o sobě. Dále mluvila především o sebereflexi a upřímnosti k sobě sama. Naučila se vnímat, co se s ní děje a pracovat s tím. „... komunikovat s lidmi před více lidmi, otevřít se trochu, mluvit o sobě, upřímnosti sama k sobě, tu sebereflexi, abych třeba zjistila, že mám chuť na drogu. To jsem před tím vůbec neřešila. Když jsem jí měla, tak jsem si dala. ... Tak jsem se vlastně naučila tu sebereflexi. Začala jsem vnímat, co se semnou děje.“

Když hovořil o přístupu k sobě a k životu respondent 5, zdůrazňoval hlavně to, že v období, kdy drogy užíval, neustále lhal lidem kolem sebe ale také sám sobě. Během absolvování léčby se naučil upřímnosti především sám k sobě, ale také k ostatním lidem. Respondent 5 se nyní snaží nastavovat si určité

hodnoty, které předtím neměl a jimiž jsou například upřímnost, zodpovědnost či rodina. „Ano, určitě jsem lhal. Prostě můj život byl jedna velká lež. Celé to bylo jenom o lžích, ale jenom když jsem bral. ... Tam jsem lhal úplně ve všem, všem i sobě hlavně, a tak jsem žil. A teďka jsem upřímný hlavně sám k sobě i vlastně k lidem, kteří jsou se mnou. Ať už jsem byl v léčbě, nebo jsem tady, tak tím, že jsem si upřímně chtěl změnit život a být upřímný sám k sobě, tak si jdu pro lepší život. A tomu jsem přizpůsobil úplně všechno. Prostě nepolevuju, když cítím nějaké polevení, nebo něco udělám špatně, tak to řeším s garantem, nebo to pustím do skupiny, nebo se ségrou jsem si taky vyčistil vztahy, takže se stýkáme a máme perfektní vztah s holkama, dcerama. ... Takže já jsem hodnoty života asi nějaké moc velké neměl. A teďka se je snažím nastavovat. Je to fakt ta upřímnost, zodpovědnost, rodina, nějaké to zázemí prostě, domov bych si chtěl vybudovat nějaký svůj, kde budu mít bezpečné prostředí. ... Možná to bude znít jako klišé ale opravdu ta pokora. Pokora mi v životě chyběla. Upřímnost samozřejmě a jako sám k sobě jo a vlastně tím pádem i k okolí, takže cokoliv cítím a chci říct, tak to řeknu. Zodpovědnost, trpělivost možná. Ne možná ale určitě. No a kladení nároků na sebe. Chci mít prostě lepší život.“

Z výše uvedených výpovědí respondentů lze vyzdvihnout především vysokou míru sebereflexe, jež je patrná zejména během samotného popisu zásadních změn, které v jejich životě nastaly. Současně s tím se pak váže také změna ve vnímání sebe sama a vnímání života. U všech respondentů se během absolvování léčby začal značně měnit postoj k životu a postoj, který zauímají sami k sobě. Z jejich výpovědí si můžeme všimnout rozdílu v těchto postojích v období užívání drog a nyní, po absolvování léčby.

4.5. Shrnutí výsledků a diskuze

Respondenti popisovali určitý zlomový bod, kdy se rozhodli s užíváním drog skončit a nastoupit do léčení. Tento bod byl u každého respondenta jiný a důvody, proč chtěli s užíváním drog skončit byly tedy rozdílné. Dále hovořili o počtu absolvovaných léčeb. Dvě respondentky uvedly, že se jednalo o jejich první léčbu, ostatní respondenti jich již absolvovali více. Ačkoliv respondentka 1 a respondentka 3 absolvovaly léčbu drogové závislosti jen jednou, dříve už s užíváním drog přestaly samy, k drogám se však obě respondentky vrátily. Respondenti, kteří neabsolvovali léčbu drogové závislosti poprvé, uváděli jako důvody neúspěšnosti dřívějších léčeb nepřiznání si vlastní závislosti a vážnosti problému, respondenti věřili, že už jsou v pořádku a žádný problém nemají. Všech respondentů jsem se zeptala, zda se léčili v psychiatrické nemocnici či v terapeutické komunitě. Dvě respondentky uvedly psychiatrickou nemocnici, jedna terapeutickou komunitu a další dva respondenti se léčili v psychiatrické nemocnici i v terapeutické komunitě. Respondentky, které neměly možnost srovnání hodnotily léčbu a tamní program pozitivně. Respondenti, kteří absolvovali léčbu v obou typech zařízení hodnotili lépe terapeutickou komunitu. Stěžejním tématem u všech respondentů byl režim. Jak jsem již zmiňovala, všichni respondenti v období užívání drog žádný denní režim neměli, během absolvování léčby si postupně osvojovali denní režim a s ním spojené pravidelné návyky. Dalším velmi důležitým tématem byla zodpovědnost. V období užívání drog respondenti zaujímali nezodpovědný přístup k životu a zanedbávali své povinnosti. Respondenti se naučili přistupovat k životu zodpovědně, řešit své problémy a plnit si své povinnosti. Další velmi významnou dovedností, kterou se všichni respondenti během léčby naučili, je řešení krizových situací, kdy mají velkou chuť si drogu vzít. Každý respondent si osvoj určitou techniku,

kteřou v těchto situacích využívá, dle toho, co jemu osobně nejvíce pomáhá. Velmi důležitými tématy, o kterých všichni respondenti hovořili a ve kterých si můžeme všimnout jejich velkého posunu, jsou postoj k drogám, postoj k životu a postoj k sobě sama. Co se týká postoje k drogám, z pozitivního hodnocení, které drogám v období jejich užívání respondenti přisuzovali, se stalo negativní. Respondenti vnímají drogy jako ohrožení, nebezpečí a snaží se jim vyhnout. Změnil se také jejich postoj k životu. Respondenti uváděli například to, že nyní si života více váží, nastavují si určité hodnoty, které předtím neměli, plánují si budoucnost a nastavují si cíle, což tenkrát také nedělali. Už se nesnaží před světem utéct, ale naopak se snaží čelit všem problémům, které život přináší. Velká změna nastala u postoje, jenž respondenti zaujímají sami k sobě. Respondenti si nyní více věří, naučili se sebelásce, která jim v období užívání drog dělala problém, získali zpět určitý pud sebezáchovy, jenž s drogami postupně vymizel. Někteří respondenti také uvedli, že se naučili být upřímní sami k sobě. Respondenti během léčby začali poznávat sami sebe, začalo u nich docházet k určité sebereflexi, zjistili, co je baví a začali se věnovat svým koníčkům.

Z výpovědí respondentů můžeme pozorovat všechny znaky závislosti, které Nešpor (2007) popisuje a jimiž jsou silná touha či pocit puzení užívat danou látku, problémy se sebeovládáním při užívání dané látky, tělesný odvykací stav, tolerance k účinku látky, postupné zanedbávání jiných zájmů a pokračování v užívání i přes jasný důkaz o škodlivých následcích. Minařík (2003) uvádí, že pervitin vytváří u člověka závislost psychickou, která je mnohem závažnější než závislost somatická a jejíž zvládnutí vyžaduje velmi pevnou vůli a vytrvalost. Dále uvádí, že právě psychická závislost bývá nejčastějším důvodem recidiv i po několikaleté abstinenci. Tento jev jsme také mohli zaznamenat u všech respondentů, když hovořili o tom, že již v minulosti nějakou léčbu závislosti

absolvovali nebo s užíváním drog přestali sami, ale po nějaké době se k tomu opět vrátili. U některých respondentů se také objevují různá duševní onemocnění. Respondentka 1 hovořila o tom, že mívá panické ataky. Respondent 2 zase uvedl, že má za sebou těžké toxické psychózy. Výskyt těchto onemocnění u uživatelů pervitinu nám potvrzuje i literatura. Jak uvedla Somošová (2004), při dlouhodobém užívání pervitinu se může začít projevovat toxická psychóza, tedy paranoidní stav, při němž člověk často trpí pocitem, že je někým pronásledován, a další duševní poruchy.

Adameček a Radimecký (2015) popisují, že cílem terapeutické komunity je změna životního stylu a osobnostní růst klientů. Z výsledků výzkumu můžeme potvrdit, že u klientů opravdu došlo ke změně životního stylu, ale také k určitému osobnostnímu růstu. Tento jev se prokázal nejen u respondentů, kteří absolvovali léčbu v terapeutické komunitě, ale také u těch, kteří se léčili v psychiatrické nemocnici. Jak totiž uvádí Kalina (2003 a) v některých psychiatrických nemocnicích se klade důraz na sociální učení ve skupinových terapiích, které jsou založeny na metodě terapeutické komunity. Při hodnocení programu léčby respondenti nejvíce vyzdvihovali skupinové terapie. Hovořili například o tom, že jim pomáhaly rady ostatních, kterými se začali řídit, nebo jim pomohlo jen slyšet příběhy těch, kteří jsou na tom hůř. Z výpovědí respondentů je patrné, že u nich docházelo k observačnímu učení, které popisuje Bandura (1997). Jak jsem již psala v samotné kapitole o observačním učení, lidé, které sledujeme, tedy naše vzory, nám poskytují informace o možném chování v určité situaci a následcích tohoto chování. Jedlička, Kořan a Slavík (2018) uvádějí, že tyto vzory mohou být jak pozitivní, tak negativní. Je tedy jasné, že když si respondenti osvojili určité chování, které se naučili na skupinových terapiích, objevovaly se tam pro ně vzory pozitivní. Když například respondentka 4 uvedla,

že jí pomáhalo také poslouchat příběhy těch, kteří jsou na tom hůř než ona, můžeme předpokládat, že tito lidé pro ni představovali negativní vzory, skrze které se také učila.

Jak uvedl Janoušek (1992), jedinec sám přispívá ke své vlastní motivaci, chování a také rozvoji a na tom se podílejí hlavní lidské schopnosti. Jako první uvádí schopnost symbolizace, kterou Bandura (1986) definuje jako schopnost, díky níž jsou lidé schopni zpracovávat a transformovat přechodné zkušenosti do vnitřních modelů, kterými se při budoucím jednání řídí. Této schopnosti jsme si mohli u respondentů všimnout, když popisovali například, že si osvojili určitý denní režim, naučili se přijímat zodpovědnost nebo se naučili řešit krizové situace. Přechodné zkušenosti, které získali během absolvování léčby zpracovali a transformovali do svých vnitřních modelů, kterými se nyní řídí při svém jednání. Respondenti také často hovořili o tom, že si nyní nastavují určité cíle a plánují si lepší budoucnost. Užívání drog se snaží vyvarovat, jelikož už ví, co jim drogy způsobují. V tomto případě můžeme předpokládat, že v rámci sociálního učení u respondentů zasahuje schopnost myšlenkové anticipace, která dle Bandury (1986) umožňuje předvídaní důsledků budoucích činností a kladení cílů. Když si tedy respondenti představují budoucí události, silně to působí na jejich činnosti v přítomnosti. Další schopnost, která je u respondentů viditelná, je schopnost zástupného učení, ta je shodná s učením observačním, jež jsem popisovala výše. U respondentů si můžeme všimnout také schopnosti autoregulace, ta podle Bandury (1986) umožňuje člověku vytváření vnitřních standardů a zhodnocení rozdílů mezi těmito standardy s aktuální činností. Tím umožňuje vznik sebehodnotících reakcí, které ovlivňují následné jednání. Schopnost autoregulace můžeme u respondentů vidět, když hovořili ku příkladu o zlomovém bodu, kdy se rozhodli s užíváním drog přestat. Objevovaly

se důvody jako vyděšení se z toho, jak člověk vypadá či z toho, co dělá pod vlivem drog, stud sám za sebe a podobně. Můžeme tedy předpokládat, že vnitřní standardy respondentů se neshodovaly s jejich aktuální činností, proto došlo k sebehodnotící reakci, která ovlivnila následné jednání, rozhodli se absolvovat léčbu. Z výpovědí respondentů můžeme vyzdvihnout především schopnost autoreflexe, jež je Bandurou (1986) definována jako schopnost, která poskytuje hodnocení a měnění vlastního myšlení. K tomuto zpětnému hodnocení a měnění vlastního myšlení docházelo u všech respondentů, například když popisovali svůj postoj k drogám či postoj k životu a sobě sama.

Respondenti hovořili o tom, že drogy používali například jako útěk od reality, od problémů či jako náhražku lásky. V období užívání drog nepřístupovali k životu zodpovědně a neřešili své problémy. Nyní k životu přistupují zodpovědně, naučili se řešit krizové situace, naučili se vnímat, co s nimi děje, naučili se sebelásce a začali si více věřit. Bandura (1994) v rámci sociálně kognitivní teorie hovoří o self-efficacy, tedy jedincem samotným vnímané vlastní zdatnosti, nikoliv však objektivní. Člověk, který je přesvědčený o svých schopnostech věří, že díky nim dosáhne svých cílů a má tedy vysokou míru self-efficacy. Naopak člověk nevěřící svým schopnostem má nízkou míru self-efficacy. To, jakou míru self-efficacy člověk má, ovlivňuje, jak se staví k řešení problémů. Pokud má člověk nízkou míru self-efficacy, považuje řešení problémů za hrozbu a místo řešení problémů je jeho pozornost zaměřena na pochyby o sobě samotném. Pokud má vysokou míru self-efficacy, považuje řešení problémů za výzvu, to vede k tomu, že je pro něj jednodušší vydržet a aktivně pracovat na řešení těchto problémů. Z výpovědí respondentů tedy vyplývá, že v období, kdy užívali drogy měli nízkou míru self-efficacy, která se během absolvování

léčby zvyšovala a nyní jsou schopni čelit svým problémům a řešit své obtížné životní situace.

Jak jsem již psala v samotné kapitole o self-efficacy a závislosti, v kontextu závislosti můžeme rozlišovat různé typy self-efficacy. Když se podíváme na taxonomii self-efficacy, kterou popsali Marlatt, Baer a Qiguely (1995), jako první by měla zasáhnout resistance self-efficacy. Jedná se o přesvědčení člověka o vlastní schopnosti vyhnout se užívání návykové látky před prvním použitím. Můžeme předpokládat, že respondenti měli nízkou míru resistance self-efficacy, protože drogy užívali. V případě, že jedinec už někdy drogu zkusil, přichází harm-reduction self-efficacy, vnímaná vlastní schopnost minimalizovat rizika a škody z užívání drog. Z výpovědí respondentů vyplývá, že měli nízkou míru tohoto typu self-efficacy, jelikož uváděli například to, že u nich docházelo k sebestrukci, že ztratili pud sebezáchovy, skončili bez domova a podobně. Nyní se však snaží své životy zlepšit, hovořili také ku příkladu o znovuzískaném pudu sebezáchovy či o nově naučené sebelásce. Je tedy pravděpodobné, že se u nich postupem léčby zvyšovala míra harm-reduction self-efficacy. Dalším typem je action self-efficacy. Jedná se o přesvědčení o vlastní schopnosti dosáhnout požadovaného cíle abstinence. Respondenti hovořili třeba o tom, že drogy již považují za nepotřebnou věc. Plánují si budoucnost bez užívání drog a nastavují si určité cíle. Z toho vyplývá, že mají vysokou míru action self-efficacy. Dále je na řadě coping self-efficacy, ta se týká dlouhodobého udržení dosažené změny. Jde tedy o přesvědčení o vlastní schopnosti zvládat náročné stresové situace a v těchto situacích odolat nátlaku drogu užít. Všichni respondenti uvedli, že se naučili pracovat sami se sebou, naučili se, jak řešit právě krizové situace, tak, aby si drogu nevzali. Z tohoto důvodu můžeme tvrdit, že respondenti mají vysokou míru self-efficacy. Posledním typem je recovery self-efficacy, vnímaná

vlastní schopnost zotavovat se. Recovery self-efficacy zahrnuje také obnovující zvládnání abstinence po relapsu, když k němu dojde. Bandura (1995) však hovoří o tom, že pro úspěšnou abstinenci je potřeba mít vysokou míru resistance self-efficacy nebo coping self-efficacy, avšak pouze střední míru recovery self-efficacy. Když respondenti, kteří absolvovali léčbu vícekrát, popisovali, proč byly jejich dřívější léčby neúspěšné, hovořili například o tom, že si nepřipouštěli realitu, že si byli jistí, že už jsou v pořádku a žádný problém nemají. Z jejich výpovědí je patrná tehdejší přítomnost takzvaného over-confidence efektu, který popisují Marlatt, Baer a Qiguely (1995). Jedná se tedy o nadměrnou sebedůvěru, kdy se osoba s drogovou závislostí nebojí případného relapsu. Většinou to však končí úplnou recidivou, což se u respondentů také prokázalo. U těchto respondentů byla míra recovery self-efficacy tedy příliš vysoká.

Za jeden z limitů této práce považuji to, že výsledky nelze zobecnit na všechny osoby s drogovou závislostí na pervitinu, které absolvovaly ústavní léčbu, protože jsem použila výzkum kvalitativní. Jak jsem uváděla v samotné kapitole o kvalitativním výzkumu, podle Hendla (2005) je jednou z nevýhod tohoto typu výzkumu to, že získaná znalost nemusí být zobecnitelná na populaci a do jiného prostředí. S tím také souvisí velikost výzkumného vzorku. Je možné, že pokud by se výzkumu zúčastnilo více respondentů, objevila by se nová témata a mohly by se také změnit výsledky. Díky malému počtu respondentů jsem však měla možnost a prostor získat od každého co nejvíce zajímavých a užitečných informací, které bych formou kvantitativního výzkumu nezískala. Jako další limit práce bych uvedla, že touto problematikou by se určitě dalo zabývat více do hloubky a získat tak další zajímavé informace. Do hlubšího zkoumání respondentů jsem se ale nepouštěla, jelikož dle mého názoru je to práce spíše pro výzkumníky z oboru psychologie. Jako přínosy výsledků výzkumu

bych uvedla především možnost nahlédnout do problematiky sociálního učení osob s drogovou závislostí, konkrétně se závislostí na pervitinu a možnost porozumět prožitkům respondentů. Získání určitého vhledu do prožívání respondentů může být užitečné při jakékoliv práci s osobami s drogovou závislostí. Tato práce může posloužit také jako zpětná vazba pro organizace, které pracují s osobami s drogovou závislostí a poskytují léčbu závislosti.

Závěr

Tato diplomová práce pojednávala o sociálním učení osob s drogovou závislostí. Abych čtenáře uvedla do problematiky drogové závislosti a sociálního učení, nejprve jsem popsala drogy, drogovou závislost a vznik drogové závislosti. Dále jsem se věnovala ústavní léčbě, psychiatrické nemocnici a terapeutické komunitě. V další části práce jsem se zabývala sociálním učním a sociálně kognitivní teorií Alberta Bandury. Poté jsem popsala metodologii, která byla ve výzkumu použita. Ve své práci jsem použila kvalitativní výzkum, konkrétně fenomenologické zkoumání. V další části práce jsem již popisovala výzkum.

Sběr dat jsem realizovala pomocí polostrukturovaných rozhovorů s klienty doléčovacího centra, kteří jsou závislí na pervitinu a absolvovali ústavní léčbu v psychiatrické nemocnici nebo v terapeutické komunitě. Na základě kódování jsem vytvořila osm hlavních témat, která jsem následně popsala. Cílem práce je popsat změnu návyků a vzorců chování u jedinců se závislostí na pervitinu během ústavní léčby a po jejím ukončení a návratu do běžného života. Výzkumná otázka zní: Co se jedinci se závislostí na pervitinu naučili během a po ukončení ústavní léčby?

Z výsledků výzkumu vyplývá, že cíl práce byl naplněn. Respondenti si během léčby osvojili denní režim a s ním spojené pravidelné návyky jako pravidelný spánek, stravu, hygienické návyky a plnění povinností. V období užívání drog režim ani tyto pravidelné návyky neměli. Velkou změnou v jejich chování je zodpovědnost, kterou se během léčby učili. Respondenti se nyní chovají zodpovědně, což v době užívání drog také nedělali a povinnosti většinou zanedbávali. Další významná změna v chování respondentů je jejich řešení krizových situací. Před absolvováním léčby respondenti řešili krizové situace tak, že drogu užívali. V léčbě se naučili, jak tyto situace řešit. Každý respondent používá

v krizové situaci určitou techniku, která mu pomáhá, aby si drogu nevzal. U respondentů se změnil také postoj k drogám. Dříve drogy užívali z různých důvodů, které jsem již popisovala a měly pro ně pozitivní význam. Nyní drogy vnímají negativně, představují pro ně ohrožení a snaží se jim vyhnout. Se změnou postoje k drogám souvisí hlavní změna návyků, která u respondentů nastala, a to ta, že předtím drogy pravidelně užívali a v současnosti abstinují. Další změna návyků a chování souvisí se změnou postoje k životu a k sobě sama, která u respondentů nastala. Respondenti se naučili vnímat, co se s nimi děje, mluvit o sobě a svých problémech, naučili se být upřímní sami k sobě a také k okolí. V období užívání drog o svých problémech nemluvili a řešili je právě drogami, často také lhali jak sobě, tak okolí. Naučili se přijímat zpětnou vazbu ke svému chování a pracovat s ní. Dříve se respondenti věnovali především užívání drog, nevěnovali se žádným koníčkům, neohlíželi na svou budoucnost a nedávali si žádné cíle, nyní poznávají, co je baví a věnují se svým koníčkům, plánují si budoucnost a nastavují si určité cíle, především udržení abstinence.

Zdroje

1. Adameček, D., & Radimecký, J. (2015). Terapeutická komunita v adiktologii. In K., Kalina (Eds.), *Klinická adiktologie*. (s. 446-466). Praha: Grada.
2. Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
3. Bandura, A. (1978). The self-system in reciprocal determinism. *American Psychologist*, 33(4), 344–358.
4. Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
5. Bandura, A. (1994). Self-Efficacy. In V. S. Ramachaudran (Eds.), *Encyclopedia of Human Behavior*, (s. 71-81). New York: Academic Press.
6. Bandura, A. (Eds.). (1995). *Self-Efficacy in Changing Societies*. Cambridge University Press.
7. Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
8. Barták, J., & Demjanenko, M. (2021). *Sociální andragogika: andragogika v procesu socializace člověka*. Praha: Grada.
9. DiClemente, C. C, Fairhurst, S. K., & Piotrowski, N. A. (1995). The role of self efficacy in the addictive behaviors. In J. Maddux (Eds.), *Self efficacy, adaptation and adjustment: Theory, research and application*. (s. 109-141). New York: Plenum.
10. Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2010). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada.
11. Fisher, S., & Škoda, J. (2014). *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. (2. vyd.) Praha: Grada.
12. Fišerová, M. (2003). Neurobiologie závislosti. In K., Kalina (Eds.), *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. (s. 96-106), Úřad vlády české republiky.
13. Hartl, P. (1997). *Komunita občanská a komunita terapeutická*. Praha: Sociologické nakladatelství.

14. Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
15. Janoušek, J. (1992). *Sociálně-kognitivní teorie Alberta Bandury*. *Československá psychologie*, 36(5), 385-398.
16. Jedlička, R., Kořa, J., & Slavík, J. (2018). *Pedagogická psychologie pro učitele: psychologie ve výchově a vzdělávání*. Praha: Grada
17. Jeřábek, P. (2015). Psychopatologie závislosti. In K., Kalina (Eds.), *Klinická adiktologie*. (s. 190-206). Praha: Grada.
18. Kalina, K. (2003 a). Diagnostické závěry a indikace k léčbě, párování potřeb a intervencí. In K., Kalina (Eds.), *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. (s. 254-261). Úřad vlády české republiky.
19. Kalina, K. (2003 b). Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy. In K., Kalina (Eds.), *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. (s. 15-24). Úřad vlády české republiky.
20. Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita. Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Praha: Grada.
21. Kalina, K., & Mladá, K. (2015). Behaviorální terapie. In K., Kalina (Eds.), *Klinická adiktologie*. (s. 395-404). Praha: Grada.
22. Kudrle, S. (2003). Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In K., Kalina (Eds.), *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. (s. 91-95). Úřad vlády české republiky.
23. Marlatt, G. A., Baer, J. S., & Quigley, L. A. (1995). Self-efficacy and addictive behavior. In A. Bandura (Eds.), *Self-efficacy in changing societies*. (s. 289–315). Cambridge University Press.
24. Minařík, J. (2003). Stimulancia. In K., Kalina (Eds.), *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. (s. 164-168). Úřad vlády české republiky.
25. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.

26. Miovský, M. (Eds.) (2013). *Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice*. Praha: Klinika adiktologie.
27. Nešpor, K. (2007). *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby*. (3. vyd.). Praha: Portál.
28. Průcha, J. (2014). *Andragogický výzkum*. Praha: Grada.
29. Průcha, J. (2020). *Psychologie učení: teoretické a výzkumné poznatky pro edukační praxi*. Praha: Grada.
30. Průcha, J., & Veteška, J. (2014). *Andragogický slovník*. (2. vyd.). Praha: Grada.
31. Reichel, J. (2009). *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada.
32. Smith, J. A., Flowers P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis. Theory, Method and Research*. London: Sage Publications.
33. Somošová, J. (2004). *Psychoaktívne látky a najčastejšie komplikácie s ich užívaním*. Via Practica. Citováno 14. března 2023. Dostupné z: <https://www.solen.sk/storage/file/article/Somosova.pdf>
34. Ševela, K., & Ševčík, P., a kol. (2011). *Akutní intoxikace a léková poškození v intenzivní medicíně*. (2. vyd.). Praha: Grada.
35. Švaříček, R., & Šedová, K., a kol. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál.
36. Tomáš, P., & Marková, E. (2014). *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada.
37. Výrost, J., Slaměník, I., & Sollárová, E. a kol. (2019). *Sociální psychologie: teorie, metody, aplikace*. Praha: Grada.
38. Wiegerová, A. (2012). *Self-efficacy: (osobne vnímaná zdatnosť) v edukačných súvislostiach*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo.
39. Zábranský, T. (2003). *Drogová epidemiologie*. Olomouc: Univerzita Palackého.

Seznam zkratek

PN – psychiatrická nemocnice

TK – terapeutická komunita

Seznam obrázků

Obrázek č. 1: Schéma triadického recipročního determinismu. Zdroj: Janoušek, 1992, s. 386.

Seznam příloh

Příloha č. 1: Podklad pro rozhovor

Příloha č. 2: Seznam témat

Příloha č. 3: Zvýrazněná témata v rozhovorech

Přílohy

Příloha č. 1: Podklad pro rozhovor

Zeptat se na souhlas s rozhovorem, souhlas s nahráváním, ujištění respondenta o anonymitě, představení tématu.

Rozhovor

Jak dlouho jste drogy užíval/užívala?

Zkuste popsat ten zlomový bod, kdy jste se rozhodl/rozhodla s užíváním drog přestat.

Co vás přimělo k tomu, jít se léčit?

Jednalo se o vaši první léčbu nebo jste již předtím nějakou léčbu absolvoval/absolvovala?
(Proč byla předchozí léčba neúspěšná?)

Léčil/léčila jste se v psychiatrické nemocnici nebo v terapeutické komunitě?

Zkuste popsat, jak se změnila vaše návyky, postoje a vaše chování od začátku užívání drog až po ukončení léčby.

Co jste se během léčení naučil/naučila?

Co pro vás drogy znamenaly v období kdy jste je užíval/užívala a co pro vás drogy znamenají teď?

Příloha č. 2: Seznam témat

1. Zlomový bod
2. Počet absolvovaných léčeb
3. Psychiatrická nemocnice a terapeutická komunita (PN/TK)
4. Režim
5. Zodpovědnost
6. Řešení krizových situací
7. Postoj k drogám
8. Postoj k životu a postoj k sobě sama

Příloha č. 3: Zvýrazněná témata v rozhovorech

Tazatel: „A v terapeutické komunitě jste byl taky?“

Respondent: „Ano“

Tazatel: „Co vám přijde lepší?“

PN/TK

Respondent: „Za mě je důležité všechny součásti mít. Jak to PN, tam se člověk nějakým způsobem aklimatizuje, protože si ujasní co dál. Já to беру třeba jako ty tři měsíce, takový dlouhý detox, kdy se člověk vyčistí úplně. A pak je dobrá ta komunita. Za mě to bylo moje nejlepší rozhodnutí, které jsem mohl v životě udělat. I když jsem tam absolutně vůbec nechtěl a nevěděl jsem do čeho jdu. Tak ten rok pro mě byl absolutně skvělý. Dokázal jsem pochopit proč vlastně užívám ty drogy. Až tam, to byla pro mě léčba.“

Tazatel: „Takže přišlo vám třeba že se vám tam víc věnujíte?“

PN/TK

Respondent: „Určitě, tam je to velice intenzivní. V podstatě vás rozeberou do posledního šroubku a znovu složí. Člověk dokáže pochopit proč má nějaké návyky, pochopí, proč se chová v určitých situacích takhle, odkud to pramení. Prostě tam je ta psychoterapie na vysoké úrovni. V tom PN jsou sice taky skupiny, nějaké sezení a takové věci, ale těch lidí je tam hodně. V komunitě máte přidělaného garanta, který s váma prochází vlastně váš život, úplně od dětství až do současnosti.“

Tazatel: „Takže pro jednoho klienta je jeden garant?“

PN/TK

Respondent: „Ano a jsou i skupiny, je tam ranní komunita, kde se vlastně konfrontujete s těma lidma, dostáváte nějakou zpětnou vazbu, pak jsou přímo skupinky, kdy řešíte ty témata, které vám vznikají vlastně z té práce s tím garantem. Takže je to opravdu intenzivní. Co mi třeba strašně hodně dalo, já jsem vlastně svoji mámu neměl vůbec rád a co mi hodně dalo, bylo rodičovské setkání, kde jsme si to všechno vyříkali, ale ještě před tím, tomu se říká sochání. Je to vlastně, že se díváte na model svojí rodiny jakoby pohledem z venku. Že jsou tam vlastně ti členové té komunity, kteří mají role otce, matky a vy popisujete to co se stalo a díváte se na to jakoby z venku. Já jsem si uvědomil, jaký byla máma obrovský dřič. Neměla to v životě vůbec jednoduché. Byla tak frustrovaná, uřvaná. Kdo by nebyl, když jí umře dítě, manžel jí podváděl, druhé dítě bylo nezvladatelné, další manžel na nic.“

Tazatel: „Takže díky tomu jste se naučil podívat se na to z jejího pohledu?“

Respondent: „Jo, určitě. My máme s mamčou dneska úplně perfektní vztah, prostě jsme opravdu máma a syn. Nehádáme se vůbec, obejmeme se, řekneme si, že se máme ráda, prostě fungujeme.“

Tazatel: „Zkuste popsat, jak se změnily vaše návyky, postoje a vaše chování od začátku užívání drog až po ukončení léčby.“

Denní režim

Respondent: „No tak můj den, když jsem byl aktivní uživatel, vypadal tak že jsem si ráno foukl čáru, otevřel jsem lahvičku, ubalil si brko a šel jsem si pustit hudbu a šel jsem třeba uklízet, nebo třeba ven někde házet frisbee, úplně mi bylo jedno, že mi tam vzniká na sociálním a zdravotním dluh, prostě jsem to neřešil, takové věci pro mě neexistovaly. Kdežto dneska když se ráno probudím tak mi hlavou proletí, že si musím dát léky na své nemoci které mám, že mám spoustu povinností, že musím vstát do té práce. Kolikrát to pro mě opravdu není jednoduché, vstát z té postele, protože jsem prostě rozbitý, bolí mě celý člověk, mám prostě pořád jakoby zafixované to nic nedělání, i když už mám za sebou dlouhý proces a zkušenosti, tak se pořád se sebou peru. Ale přistupuju k tomu zodpovědně.“

Zodpovědnost