

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

MLADŠÍ SOUROZENCI UŽIVATELŮ
DROG A JEJICH ROLE PŘI ZJIŠTĚNÍ
ADIKTOLOGICKÉHO PROBLÉMU V
RODINĚ

YOUNGER SIBLINGS OF DRUG USERS AND THEIR ROLE
IN IDENTIFYING AN ADDICTOLOGY PROBLEM IN THE
FAMILY



Magisterská diplomová práce

Autor: **Bc. Vendula Cígnerová**

Vedoucí práce: **PhDr. Eva Aigelová, Ph.D.**

Olomouc

2022

Děkuji PhDr. Evě Aigelové, Ph.D. za její vstřícný přístup, odborné vedení této práce a velmi cenné konzultace, připomínky a vhledy. Děkuji respondentům za ochotu zúčastnit se výzkumu, za jejich odvalu a sdílení jejich příběhů. Děkuji katedře psychologie v Olomouci za smysluplnou, inspirativní a svobodnou pětiletou cestu plnou získávání poznatků, důležitých zkušeností a dovedností. Děkuji mámě, tátovi a babičce za neutuchající podporu během celé této cesty. A děkuji svým skvělým přátelům a kolegům za to, že tu jsou.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Mladší sourozenci uživatelů drog a jejich role při zjištění adiktologického problému v rodině“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 31.3.2022

Podpis

OBSAH

OBSAH	3
ÚVOD.....	5
TEORETICKÁ ČÁST.....	6
1 Rodina a sourozenci	7
1.1 Rodina.....	7
1.1.1 Funkce a význam rodiny	8
1.1.2 Pojetí a modely rodiny	9
1.1.3 Krizové situace v rodině.....	11
1.1.3.1 Rodinná resilience	12
1.2 Sourozenci	13
1.2.1 Funkce a význam sourozenectví.....	14
1.2.2 Mladší/starší sourozenci	17
1.2.3 Specifičtí sourozenci	18
2 Psychotropní látky a jejich (zne)užívání	21
2.1 Druhy psychotropních látek	21
2.1.1 Legislativní rámec a rozšíření PL v populaci.....	23
2.2 Zne/užívání psychotropních látek.....	23
2.2.1 Syndrom závislosti	25
2.3 Léčba a řešení následků.....	29
2.3.1 Možnosti léčby	30
3 Blízcí uživatelů.....	32
3.1 Rodiny uživatelů drog a jejich členové	32
3.1.1 Sourozenci uživatelů drog.....	34
3.1.2 Kodependence a další typické jevy	36
3.1.3 Možnosti řešení	39
3.2 Shrnutí dosavadních výzkumů	40
VÝZKUMNÁ ČÁST.....	42
4 Výzkumný problém.....	43
4.1 Cíle výzkumu.....	45
4.2 Výzkumné otázky	45
5 Metodologický rámec výzkumu	46
5.1 Výzkumný design.....	46
5.1.1 Typ výzkumu.....	47
5.2 Výzkumný soubor	47
5.2.1 Výběrová kritéria výzkumného souboru	47

5.2.2	Metody výběru výzkumného souboru.....	48
5.2.3	Charakteristika výzkumného souboru.....	49
5.3	Tvorba dat.....	49
5.3.1	Časová osa.....	51
5.3.2	Pilotní studie.....	52
5.4	Metody zpracování a analýzy dat.....	53
5.5	Etika výzkumu.....	55
6	Výsledky.....	57
6.1	Významná témata.....	57
6.1.1	Zjištění.....	57
6.1.2	Postoj rodičů.....	59
6.1.3	Zvraty.....	61
6.1.4	Psychické dopady.....	64
6.1.5	Změna sourozeneckého vztahu.....	65
6.1.6	Role mladšího sourozence.....	68
6.2	Odpovědi na výzkumné otázky.....	69
7	Diskuze.....	72
8	Závěry.....	79
	SOUHRN.....	81
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY.....	86
	SEZNAM PŘÍLOH.....	98

ÚVOD

Téma sourozenectví uprostřed drogového problému mě odborně zajímá už několik let. První vlaštvou byla má předchozí (bakalářská) práce Dospívání vedle závislého, ve které jsem zkoumala zkušenosti mladších sourozenců uživatelů drog, kteří měli tuto zkušenost z období dospívání. Ukázalo se, že se jedná o poměrně opomíjenou skupinu v oblasti práce se závislostmi, což mě jako výzkumníka zaujalo, a jako člověka nepříjemně zaskočilo. O to větší byla má motivace se výzkumu věnovat.

Jednalo se o mou první výzkumnou práci, o vůbec zmapování toho, zda a jak mladší sourozenci situaci vnímali a prožívali, a její výsledky přinesly řadu zajímavých poznatků. Na základě toho jsem navrhovala samostatné a důkladnější prozkoumání dílčích výsledků. Fascinovalo mě, jak intenzivně se mladších sourozenců situace dotýká, do jaké míry jsou ohroženi, jak si se zkušeností dokázali poradit, a především jak se sám vyjevil stejný proces, stejný sled fází u všech respondentů, byť samozřejmě v kulisách individuálních případů. Na tento proces jsem se tedy chtěla více zaměřit a prozkoumat ho samostatně a do hloubky, což mi umožnila tato magisterská práce.

Díky dalším dvěma rokům detailnějšího studia, absolvovanému výcviku v krizové intervenci a praxím a stážím na různých odborných pracovištích, jsem měla možnost se v teoretickém poznání posunout o kus dále a získat i lepší přehled o možnostech a limitech práce s tématem v praxi. Ač jsou obecně rodiny závislých spíše na okraji zájmu této v oblasti závislostí, přeci jen určité zastoupení v odborné literatuře toto téma má, existují studie zaměřené na rodiče, děti, případně partnery závislých, a jsou zkoumány i jakési nástinu dílčích fenoménů, které se v rodinách zasažených drogovým problémem odehrávají. Lze dohledat i několik zahraničních autorů, kteří věnují pozornost tématu sourozenců uživatelů drog. Jsem ale přesvědčená, že je jich podstatně méně, než by si problematika zaslouhovala, na čemž se zmínění autoři shodují. Proto tedy v tématu pokračuji a zaměřuji se na roli mladších sourozenců v procesu zjištění a řešení užívání tvrdých drog v rodině. Jak jsem již naznačila, navazuji přitom na svou bakalářskou práci, několik málo odstavců teoretické části je z ní tedy převzatých, celé kapitoly i jejich podkapitoly jsou však vždy přepracovány a rozšířeny na základě aktuálnějších a podrobnějších poznatků.

TEORETICKÁ ČÁST

1 RODINA A SOUROZENCI

Rodina a rodinná psychologie včetně sourozenectví jsou samy o sobě rozsáhlými tématy. Směrů a úhlů pohledu, z nichž na ně můžeme pohlížet, je velké množství. Nabízím zde základní nástin toho, co vlastně pojem rodina dnes znamená, jaké jsou její hlavní funkce a význam, a přehled modelů a možných pojetí rodinné dynamiky. Následně se, vzhledem k fokusu této práce, zaměřuji podrobněji na sourozenecké vztahy.

1.1 Rodina

„Prvním místem, kde naše vnímání světa dostává svou podobu, je rodina“ (Satirová et al. 2005, 25). Pojem rodina se může zdát být jednoznačný a jasný, přesto můžeme napříč odbornou literaturou najít různé definice a různá pojetí rodiny. Odvíjí se obvykle od toho, v jakém kontextu zrovna o rodině uvažujeme. Sobotková (2012, 11) uvádí, že *„rodina je primární kontextem lidské zkušenosti od kolébky až po hrob“*. Trapková & Chvála (2017, 59) na základě letité praxe v psychologické práci s rodinami přicházejí s novým slovním spojením sociální děloha. Rodinu také popisují jako *„ohraničený prostor, jehož míra uzavřenosti a způsob, jímž se otevírá světu, se případ od případu liší a je pro každou rodinu charakteristická“*.

Rodiny lze dělit na různé typy různými způsoby: např. podle toho, kdo rodinu tvoří – zda je úplná nebo neúplná, původní nebo patchworková. Za klasickou úplnou rodinu bývá nejčastěji označována taková, kterou tvoří vlastní otec, matka, a jejich dítě nebo děti. Za neúplnou potom rodina s jedním rodičem, typicky po rozvodu a odchodu otce nebo matky (Sobotková, 2012). Patchworkové, neboli sešivané rodiny označují obvykle neúplnou rodinu, do které přichází nový partner nebo partnerka (sám/sama, nebo se svými dětmi) jednoho z rodičů. Existuje také řada dalších variant soužití, které se týkají například LGBT+ lidí a homoparentálních rodin, což je oblast, která se v posledních letech dynamicky vyvíjí, je předmětem společenských diskusí a v literatuře ještě není zcela jasně ukotvena. V rámci této práce přistupuji k pojmu rodina spíše v sociálním kontextu, v kontextu rodinné dynamiky a individuálního významu pro její členy.

1.1.1 Funkce a význam rodiny

Jedná se o první sociální skupinu, ve které se člověk nachází a která na něj má nepopíratelný ústřední vliv, a tudíž plní řadu fundamentálních funkcí. Matoušek (2008) uvádí jako hlavní funkce rodiny výchovu dětí a emocionální oporu, Nakonečný (2009) zdůrazňuje společenskou funkci rodin a především primární socializaci dítěte. Význam rodiny pro celou společnost zmiňuje také Satirová et al. (2005). Zdůrazňuje, že pokud začneme ve vlastní rodině např. zlepšovat komunikaci a stane se z ní rodina více zdravá, budou se stejné procesy promítat i do společnosti. Výrost & Slaměník (1998) nabízejí následující rozdělení základních funkcí rodiny, na nichž se většina autorů shoduje: reprodukční, materiální, výchovná a emocionální funkce. Funkce reprodukční je, nebo spíše byla základním principem, ovšem v posledních desetiletích význam této funkce značně klesá a rodina je stále více vnímána jako sociální struktura. Nezpochybnitelná je i funkce materiální, je ovšem pravdou, že v moderní demokratické společnosti ji částečně plní – nebo spíše měl by plnit – také stát (který ovšem tvoří ze značné části rodiny). Výchovná funkce rodiny je dosti podstatná a netýká se jen výchovy dětí rodiči – vzájemné působení formuje všechny její členy (Satirová et al., 2005). Emocionální funkci autoři považují za velice důležitou, jedinečnou a nezastupitelnou. Právě tuto funkci popisují jako velmi určující, a to jak v pozitivním, tak negativním slova smyslu (v dysfunkčních rodinách bývá nejvíce zasažena a zraněna právě emoční oblast).

To, co si člověk „nese“ a má zažité z primární rodiny často uplatňuje i v dospělosti ve svých partnerských vztazích a rodině (Lacková & Sobotková, 2005). Když se dítě narodí, nemá za sebou ještě žádnou minulost a zkušenosti, na jejichž základě by si tvořilo svůj vztah ke světu a k sobě sama. Prvních pět až šest let formuje sebeúctu dítěte ze zdaleka největší části rodina (Satirová et al., 2005). Rodina má celkově významný vliv na utváření osobnosti a zdraví člověka (Mičková & Blatný, 2019; Lindblom et al., 2017) i na jeho budoucí život (Preston et al. 2016). Selhání v rodinném fungování může ovlivnit vývoj člověka natolik, že se změní jeho osobnostní rysy (Lacková & Sobotková, 2005). Minuchin (2013, 52) rodinu nazývá „živnou půdou identity“ a popisuje její význam pro psychosociální rozvoj svých členů, včetně pocitu jejich vlastní individuální identity. Zajímavou oblastí je také rodinná identita, kterou lze definovat jako pocit sounáležitosti se svou rodinou a vědomí její kontinuity (Sobotková, 2012). Ta úzce souvisí, respektive navzájem se ovlivňují s rodinnou pamětí. Sobotková (2017) vytvořila model kontextuální paměti, který mimo jiné ukazuje

souvislost rodinné identity a rodinné paměti s dalšími konstrukty, například s mezigeneračními vztahy či způsobem komunikace.

1.1.2 Pojetí a modely rodiny

Jak jsem již nastínila v úvodu této kapitoly, existuje řada přístupů k psychologické práci s rodinou, bez velké nadsázky se dá říct že kolik autorů, tolik schémat. Primárním paradigmatem, z něhož většina autorů a rodinných psychologů či terapeutů vychází, je systémové myšlení (Kratochvíl, 2017). O různých složitých fenoménech se v historii uvažovalo mnohdy spíše z hlediska lineární kauzality, tzn. jako o přímé linii příčin a jejich následků. Po 2.světové válce se s dalším rozvojem vědy a poznání začala uplatňovat cirkulární kauzalita, tedy vzájemná propojenost různých jevů (Sobotková, 2012), což dnes v psychologii můžeme demonstrovat komplexním (bio-psycho-socio-spirituálním) přístupem k člověku (Chvála & Skorunka, 2017; Chvála & Trapková, 2020; Orel, 2020). V rámci tohoto přístupu tedy přemýšlíme o člověku v rámci systému, ve kterém žije, což bývá primárně jeho rodina. Systémové pojetí bývá někdy zaměňováno se systemickým přístupem, který však vychází ze sociálního konstruktivismu a kybernetiky druhého řádu, a tak na zkoumání rodiny a práci s ní pohlíží trochu jinou optikou ve smyslu hesla „problém vytváří systém“ spíše než klasickým systémovým „systém vytváří problém“. Řada technik tohoto přístupu je aktivně využívána v rodinných terapiích (Kratochvíl, 2017).

Jedním ze známých představitelů systémového přístupu a rodinné terapie obecně je právě Salvador Minuchin. Základem jeho rodinného modelu je rodinná struktura a transakční vzorce. Na rodinu nahlíží jako na systém, v němž se utvářejí a který udržují v chodu transakční vzorce. Těmi se rozumí různé požadavky vymezující vztahy členů mezi sebou (například rodič řekne dítěti, že má něco udělat a dítě to udělá, nebo vzájemné vymezování a přizpůsobování partnerů). Rodinná struktura je souborem těchto vzorců, požadavků a proměnných, které ovlivňují a organizují chování členů rodiny. Psycholog/terapeut s rodinou pracuje v rámci tzv. strukturální rodinné terapie, skrze níž se přidává k rodině s cílem změnit její současnou strukturu (samozřejmě pokud je problematická) a spustit ozdravný proces (Minuchin, 2013).

Podstatným tématem, kterému se věnuje Minuchin (2013) i řada dalších autorů, jsou rodinné subsystémy a hranice v rodině, ať už právě mezi subsystémy, nebo mezi jednotlivými členy. Rodinu, na kterou pohlížíme jako na systém, lze rozčlenit do subsystémů. To jsou menší celky rodiny složené z některých jejích členů. Typicky bývá

výrazný manželský (partnerský) subsystém, subsystém rodič-dítě a v případě vícedětných rodin sourozenecký subsystém. Tyto subsystémy jsou považovány za základní a vznikají přirozeným uspořádáním – nejprve obvykle vzniká partnerský vztah (první subsystém), po otěhotnění vzniká vztah rodič-dítě a rozšiřuje hranice partnerského/manželského systému, případně s dalšími dětmi jsou hranice dále modifikovány. Důležitou vlastností subsystému je jeho pružnost a flexibilita. Sobotková (2012) upozorňuje, že statický pohled na rodinu je nepřínosný a různé subsystémy a koalice se v různých obdobích dle potřeby rodiny ustavují i přechodně. Stejně jako Minuchin (2013) zmiňuje, že z hlediska fungování rodiny jsou zároveň důležité hranice mezi subsystémy, které by ideálně měly být pevné, ale flexibilní. Minuchin (2013) klade důraz také na hranice jednotlivých členů rodiny, aby mohlo docházet k jejich vlastní zdravé individuaci.

Sobotková (2012) zmiňuje tři složky podstatné pro zdravé rodinné fungování: soudržnost (koheze) – intimita, blízkost a zároveň zachovaná samostatnost a nezávislost členů; adaptibilita – schopnost přizpůsobovat se požadavkům a nárokům života; a komunikace – přímá a otevřená komunikace je klíčový faktor rodinného fungování, zatímco nejasná či narušená může znásobit negativní vlivy. U rodinné soudržnosti byla také prokázána pozitivní souvislost s PFR (konstrukt pozitivních rodinných vztahů, kdy spolu členové rodiny dobře vycházejí a vzájemně se podporují) v longitudinálním výzkumu (Preston et al., 2016).

Komunikaci v rodinách se věnovala a podrobně ji rozpracovala průkopnice rodinné terapie Virginie Satirová. Popisuje čtyři základní pozice, které vyjadřují čtyři nesprávné vzorce komunikace členů rodiny: obviňovatel, usmiřovatel, racionalista a „šašek“. Obviňující komunikaci ztvárňuje vzpřímená pozice ukazující prstem, usmiřující za každou cenu pozice vkleče se skloněnou hlavou a sepjatýma rukama, racionalista se neosobně rozhlíží kolem a rušivou komunikaci ztvárňuje poskakující šašek nestarající se o dění kolem. V rámci terapeutické práce potom Satirová pracovala s rodinou mj. skrze tvorbu sousoší z těchto pozic a rolí, které jsou v terapii postupně nahrazovány přímou a otevřenou nezraňující komunikací díky uvědomění si vlastního já a svých opravdových potřeb (Kratochvíl, 2017; Satirová et al., 2005). Satirová také zmiňuje v podstatě psychosomatické souvislosti: vlivy rodinné dynamiky a vzorců komunikace na tělesno, např. fyzickou nestálost až hyperaktivitu „rušičů“, svalové napětí a vysoký tlak „obviňovačů“ nebo migrény a zácpy „usmiřovačů“.

Psychosomatický přístup a komplexní bio-psycho-socio-spirituální pohled na člověka i rodinu zdůrazňují také známí čeští rodinní terapeuti Trapková & Chvála (2017; Chvála & Skorunka, 2017; Chvála & Trapková, 2020). Podobně jako ostatní autoři zdůrazňují význam hranic a komunikace v rodinách, přičemž se zaměřují specificky na oblast sémantiky v tom smyslu, že každá rodina má svůj vlastní individuální jazyk, z něž lze její hranice i způsoby komunikace vyčíst. Vnímání sémantického pole v rodině propojuje např. s činností nervové soustavy – pokud je rodinná atmosféra našeho domova bezpečná, příjemná a komunikace splavná, běžné situace a zvuky bytu nebo domu člověka příliš nerozruší. Pokud převládají rigidní vzorce komunikace, běžné situace a procesy jsou vnímány jako ohrožující, nepříjemné a nervovou soustavu dráždí a přehnaně excitují. Také jsou autory pojmu sociální děloha a sociální porod, čímž připodobňují terapeutickou práci a bezpečné terapeutické prostředí a vedení, které má často funkci korektivní emoční zkušenosti, k vývoji a následnému potřebnému osamostatnění člověka v rámci jeho původní rodiny.

Zmapování celé rodinné dynamiky není snadné jednotně uchopit teoreticky ani výzkumně (Uholjeva, 2015). Navíc je téma rodiny značně kulturně podmíněno. Většina autorů, kteří se jím v naší společnosti zabývají, se však vesměs shoduje na popisu rodinné struktury, rodinného systému a jeho subsystémů a na podstatných aspektech rodinného fungování. Více než čistě formální struktura je zřejmě důležité, jak rodina funguje v různých situacích, které život přináší, což dokládá např. výzkumná studie Hodačové et al. (2015) v níž se ukázalo, že děti z neúplných rodin, ve kterých funguje dobrá komunikace vykazují vyšší životní spokojenost než děti z úplných rodin se špatnou komunikací. Je ovšem důležité zdůraznit, že tak jako každý člověk, i každá rodina je jedinečná.

1.1.3 Krizové situace v rodině

V průběhu rodinného života mohou nastat kromě očekávatelných, tzv. normativních událostí (svatba, narození dítěte, dospívání dětí...) události nečekané, dramatické a náročné čili nenormativní (rozvod, úmrtí, nemoc, ztráta zaměstnání, závislost nebo jiné duševní onemocnění člena rodiny...), nebo dokonce katastrofické (požáry, války, povodně...). Pro příklad v současné době nemusíme chodit daleko – mnoho rodin zasáhla v posledních letech celosvětová situace kolem koronaviru (Rajčániová et al., 2020). Pojem krize či krizová situace popisuje takovou situaci, v níž dochází k dramatickým změnám za přítomnosti negativních emocí. Krize má obvykle nějakou spouštěcí událost, kterou jedinec vnímá jako

ohrožující a v níž obvyklé způsoby jeho zvládnání nestačí nebo selhávají. Do krize se může dostat nejen jedinec, ale i rodina, nějaká skupina lidí či celá společnost. Nemusíme ji ale vždy chápat nutně a apriori negativně, krize je do určité míry přirozenou součástí života každého člověka či společenství lidí a může znamenat i vývoj nebo změnu v pozitivním slova smyslu (Špatenková, 2017).

Míra zasažení rodiny krizí i průběh a kvalita zpracování náročné situace závisí samozřejmě na řadě aspektů. Na straně rodiny hrají kromě běžného rodinného fungování podstatnou roli její copingové strategie a schopnost zvládat zátěž a stres. Family coping neboli zvládnání zátěže v rodině je zkoumáno spíše v klinickém kontextu, tedy u rodin, kde je problém, nejčastěji např. vážná nemoc dítěte, úmrtí a podobné situace. Každá rodina je jiná a potíže řeší jinak – schopnosti rodiny mohou stačit na to, aby svůj problém či krizi její členové vyřešili sami. Jsou ale situace, na které už rodina stačit nemusí. V momentě, kdy se rodina dostane k odborníkům, je žádoucí soustředit se na síly, které rodina sama o sobě má, tyto síly a zdroje identifikovat a umožnit jejich působení směrem ke zlepšení situace (Sobotková, 2012).

1.1.3.1 Rodinná resilience

Rodinnou resilienci lze popsat jako odolnost či pružnost, schopnost se rychle vzpamatovávat, zvládat nároky každodenního života i krizové či zátěžové situace. Tento pojem neoznačuje pouze danou „statickou“ vlastnost rodiny, ale obsahuje v sobě „*potenciál pro růst a rozvoj osobností členů rodiny, pro změnu vztahů v rodině, pro přehodnocení priorit v hodnotové orientaci rodiny atd.*“ (Sobotková, 2012, 84). Můžeme si ji představit jako proces, jako ozdravnou sílu, která udržuje či obnovuje harmonii v rodině. Zkoumána byla nejdříve individuální resilience u dětí – výzkumy prokázaly (mimo jiné) význam rodiny jako velmi důležitého protektivního faktoru (Sobotková, 2012). Rodinnou resilienci lze záměrně posilovat, což samozřejmě vyžaduje od psychologa či terapeuta dobrou znalost tématu a v neposlední řadě partnerský přístup k rodinám (Sobotková, 2015).

Rodinná krize je často chápána negativně jako dramatické, těžké období – což být může a často je, ale také může nabízet změnu a vývoj pozitivním směrem. V modelu rodinné resilience je rodinná krize chápána jako přirozená součást rodinného života, v níž sice dochází na nějakou dobu ke zhoršení rodinného fungování, ale má i nezanedbatelnou kladnou stránku – je-li dobře uchopena, umožňuje náhradu nefunkčního rodinného fungování za nové, lepší, příhodnější fungování. Sobotková (2004, 73-74) uvádí, že: „v

každém rodinném systému dochází k různým druhům napětí a ke konfliktům. Konflikt chápeme jako součást párového a rodinného soužití. Rodiny se však liší v tom, jakým způsobem na konflikty a krize reagují, jak je zvládají a jaký význam jim připisují. To vše přispívá k velké rozmanitosti rodinných či párových krizí. ... V každodenním životě rodina používá poměrně stálé vzorce chování, aby se vyrovnala se všemi nároky a požadavky. Jsou ale časy, kdy požadavky kladené na rodinu významně přesáhnou její možnosti zvládnout situaci. Tato nerovnováha mezi možnostmi rodiny a nároky situace znamená, že rodina prožívá krizi. Krize je období výrazné nerovnováhy, dočasné dezorganizace a napjaté atmosféry v rodině. Krize je pro rodinu velmi často bodem obratu. Vede k velkým změnám v rodinné struktuře a/nebo v jejím fungování – a to směrem k lepšímu fungování (krize je překonána) i směrem k horšímu fungování (krize vede k rodinné dysfunkci). Z vývojového hlediska tedy krize rodiny představuje jakýsi uzlový bod, diskontinuitu, přechod neboli tranzici na životní cestě rodiny.“ Slezáčková & Sobotková (2017) na základě nejnovějších výzkumů ukazují, že v oblasti rodinné resilience se rodinná psychologie poměrně překrývá s psychologii pozitivní a nabízejí návrhy a strategie pro práci s rodinami v praxi, kde může mít zasvěcená práce s posilováním rodinné resilience velmi široké uplatnění a dobrou účinnost. Ve výzkumu Švaříčkové & Sobotkové (2018) se ukázalo, že lidé z rodin s reflektovanými problémy jsou resilientní a z problematických situací dokáží „vytěžit“ pro sebe v pozitivním slova smyslu – najít zdroje sil. Zdá se tedy, že potíže v rodině nemusí člověka negativně determinovat, jak se mnohdy tradovalo v odborné literatuře, ale že spíše záleží na reflexi zážitků z rodiny a jejich zpracování. Také Walsh (2015) zmiňuje, že je třeba přesunout pozornost výzkumu od toho, jak rodiny chybují a selhávají spíše k tomu, jak mohou zvládnout náročné situace, a jak jim v tom můžeme pomoci.

1.2 Sourozenci

Podobně jako je tomu u rodiny, i na sourozence lze v dnešní době pohlížet z různých úhlů. Může se samozřejmě jednat o dvě či více dětí stejných rodičů, nebo o osoby, které mají společného alespoň jednoho rodiče (Thorová, 2015). V souvislosti s různými variantami rodinného soužití však můžeme rozlišit i různé další obměny sourozeneckých vztahů – kromě biologicky vlastních sourozenců vnímají lidé mnohdy jako sourozence biologicky nevlastní bratry a sestry, se kterými vyrůstali v důsledku rozpadu původní rodiny či nových partnerů rodičů, a totéž pochopitelně platí i v adoptivních či pěstounských rodinách. Sohni (2019) klade v definici sourozenectví důraz na prožívání a společné zkušenosti. I zde je tedy

na místě přístup k tématu spíše v sociálním kontextu, v kontextu rodinné dynamiky a individuálního významu pro samotné sourozence.

1.2.1 Funkce a význam sourozenectví

Sourozenecký vztah je jedním z nejvýznamnějších vztahů v životě. Je to nejranější vrstevnický vztah, bývá nejdelším v životě, trvá od narození po smrt a je důležitý ve všech fázích života (Havelka & Hrnčířová, 2019; Sohni, 2019; Stocker et al., 2020). Význam sourozenectví je patrný od počátků lidstva. Je součástí Bible (příběh o bratrech Kainovi a Ábelovi známe již ze Starého zákona (První Mojžíšova, kap. 4), světových uměleckých děl a většiny tradičních pohádek. Dokonce i neexistence sourozeneckého vztahu hraje v životě člověka svou roli. Sohni (2019) popisuje zkušenosti s fantazijními sourozenci jedináčků, kteří mnohdy závidí vrstevníkům se sourozenci, že mají širší sociální zkušenosti. Sourozenci zase často závidí jedináčků, že se nemusí o nic dělit a mají vše „pro sebe“, případně si fantazijní sourozence tvoří také, pokud chtějí upravit své reálné vztahy. Každopádně nelze říct, že jedináčků se téma vůbec netýká. Vzhledem k zaměření této práce se však soustředím přímo na sourozence. Z dnešního odborného hlediska se jedná o významný subsystém rodinného systému. Sourozenci se v něm učí spolupráci, soupeření, vyjednávání a dalším důležitým interpersonálním dovednostem, a má velký vliv na celkové rodinné fungování, což funguje recipročně – rodinné subsystémy se vzájemně ovlivňují (Sobotková, 2012). Minuchin (2013, 61) nazývá sourozenecký subsystém „*první sociální laboratoří, v níž mohou děti experimentovat se vztahy s vrstevníky*“.

Určující vliv na sourozenecké fungování mají rodiče. Trapková & Chvála (2017) používají metaforickou sociální dělohu i pro popis tohoto fenoménu, přičemž vycházejí z klinické praxe a pozorování stovek rodin. Uvádějí, že většina rodičů k výchově přistupuje poměrně spontánně, intuitivně a přirozeně, na základě rodičovských instinktů a svých vlastních zkušeností s jejich rodiči. Což je skvělé, jsou-li tyto zkušenosti zdravé a funkční. Zdůrazňují, že po utvoření rodičovství pro první dítě je s narozením dalšího dítěte potřeba vytvořit rodičovství i pro něho – tak, jako má každé dítě své místo v děloze, aby mohlo dozrát. Zároveň platí, že každý ze sourozenců má „jiné“ rodiče (přesto, že jsou biologicky stejní). Každý sourozenec je totiž jiný člověk, jiná individualita, v jiné situaci a v jiném věku či jiného pohlaví, tudíž rodiče jinak vnímá a něco jiného od nich potřebuje. Jejich pozornost, péči a ochranu přiměřenou zmíněným faktorům však potřebují oba/všichni z nich. Je tedy důležité, aby to rodiče věděli a podle toho k dětem přistupovali, s respektem k jejich

odlišným, avšak stejně důležitým potřebám. Do hry samozřejmě vstupuje, jak jsem naznačila v úvodech obou hlavních podkapitol, složení rodiny – sourozenci nemusí vždy vyrůstat celé dospívání s vlastním otcem a matkou. Wikle & Hoagland (2020) zjistili, že dospívající v nukleárních domovech těžili spíše z interakcí právě s rodiči a méně z těch se sourozenci nebo širší rodinou, zatímco dospívající v nejaderných domovech těžili z interakcí s těmi rodiči, se kterými nebydlí a z interakcí se staršími sourozenci i členy širší rodiny.

V odborné literatuře, která se váže k tématům sourozenecké dynamiky, se často setkáváme s tématem rivalry. Role rodičů a jejich schopnost naložit s novou odpovědností je stále klíčová. Sohni (2019), který ve své knize důrazně rozlišuje vertikální (rodiče-děti) a horizontální (sourozeneckou) rovinu, popisuje potřebné zkušenosti k získání zdravé vnitřní reprezentace rodiny takto: *„Identita vzniká z vertikální zkušenosti („řešení oidipovského komplexu“) a z horizontální zkušenosti („řešení sourozeneckého komplexu“). Vertikální zkušenost by se dala vyjádřit asi takto: „Jsem dítě rodičů, kteří jsou mužem a ženou a které jsem nerozštěpil.“ Horizontální zkušenost by zněla přibližně takto: „Je tu místo pro Tebe i pro mě.“*“ (Sohni, 2019, 49). V souladu s poznatky Trapkové & Chvály (2017) tedy zdůrazňuje úlohu a odpovědnost rodičovství, dokonce používá podobný pojem „sociální zrození“. Jelikož se jedná o autora vycházejícího z psychoanalytického paradigmatu, nabízí jako zajímavé vysvětlení častého nezvládnutí této rodičovské odpovědnosti vlastní nezpracované sourozenecké komplexy rodičů. Na druhou stranu, do určité míry je soupeření mezi sourozenci zdravé a přirozené. Podstatné je umět rozlišit rodinnou dynamiku podpůrnou pro vývoj, a dynamiku narušenou, destruktivní (Trapková & Chvála, 2017; Sohni, 2019).

V souvislosti s psychosomatickým pojetím zmiňují Trapková & Chvála (2017) jako výsledek nerespektování přirozených zákonitostí a odlišností např. nemocnost členů rodiny, nebo polarizaci sourozenců – pokud jsou rozdíly a odlišnosti přehlíženy nebo nemá každý ze sourozenců jasně vymezenou svou roli a „teritorium“, může na horizontální sourozenecké rovině dojít k výraznému polarizování do extrémních poloh (např. jedno dítě je ve škole velmi úspěšné – pokud je s ním druhé neustále srovnáváno a „házeno do jednoho pytle“, začne se rozdíl prohlubovat). Také Jensen & McHale (2015) na základě své výzkumné studie postulují, že toto srovnávání může vést k tomu, že původně malé rozdíly mezi sourozenci se stanou výraznějšími, a ovlivní jejich život do budoucna. Praktickou potřebu hranic v rámci sourozeneckého subsystému popisují Trapková & Chvála (2017, 159) následovně: *„Když dětem nevydělíte jejich teritoria v bytě a nepomůžete každému z nich chránit jeho hranice*

před sourozenci, přirozenými vetřelci, nebo neuznáte jejich boj, když si to s vetřelcem vyřizují sami, když dokonce neuznávají ani samu existenci teritorií, je to, jako byste propojili placenty sourozenců mezi sebou. Nenaučíte je, aby dobře hospodařili s tím, co od vás mohou vedle sourozenců dostat, ale vystavíte je vyčerpávajícím bojůvkám o výživu mezi sebou. Místo, abyste svou pozornost sami podle věku dětí spravedlivě distribuovali podle vlastního dospělého uvážení a moci, děti se o ní budou otevřeně nebo skrytě prát. Demokracii se mohou děti postupně učit jen tak, že se jim dostává v nejmladším věku osvíceného absolutismu, v jehož rámci postupně získávají více moci zároveň s odpovědností za její použití.“

Hranice, teritoria a celé „budování dobré půdy“ pro sourozence je důležité pro ně samotné a pro jejich vztah, který má vliv utváření jejich identity, osobnosti a budoucího života. Význam a vliv hranic v rodině na zdravou individuaci jejich členů jsem zmiňovala již v předchozí podkapitole a sourozenecký subsystém není výjimkou, ba naopak. Byl zjištěn např. vliv na chování a kompetenci dětí, přičemž harmonické sourozenecké vztahy jsou pro dítě a jeho přizpůsobení nejprínosnější – tyto děti uváděly menší agresivitu a lepší sociální kompetence než děti s konfliktními sourozeneckými vztahy, které na jejich přizpůsobení působí negativně (Buist & Vermande, 2014). Pike & Oliver (2017) potvrzují vliv kvality sourozeneckého vztahu na problémová a prosociální chování dětí. Sohni (2019) zmiňuje také vliv sourozenectví na rozvoj resilience, empatie a mentalizace. Resilience se mj. rozvíjí právě ve spolehlivých emocionálních vztahových zkušenostech. Jsou-li tedy vztahy mezi sourozenci spolehlivé a stabilní, mohou to být právě ty rozhodující zkušenosti se vztahem podstatné pro budování resilience. Vývoj mentalizace, tedy schopnosti chápat, že ostatní lidé mají své pocity a ty mohou být jiné pocity než moje, je závislý na kontaktu se staršími a zralejšími lidmi. U mladších sourozenců se tedy vyvíjí dříve, než u jedináčků nebo prvorozených. Sourozenecká mentalizace se ukázala jako ochranný faktor dětských internalizačních problémů – výsledky studie Rodriguese et al. (2017) odhalily významné souvislosti mezi rodinným rizikem internalizačních problémů a mentalizačními schopnostmi starších sourozenců. Pokud tyto mentalizační schopnosti prokázali, riziko nebylo u mladších dětí přítomno.

Zjevný podstatný vliv a význam sourozeneckých vztahů se samozřejmě netýká pouze dětského věku či dospívání. V dalších fázích života vztah zraje, tak jako sami sourozenci, a přináší nové výzvy. Významnými milníky bývají narození dětí některého ze sourozenců v mladší dospělosti a postupná potřeba péče o stárnoucí rodiče ve pozdějších fázích

dospělosti, případně smrt v rodině – to vše jsou situace, ve kterých hrají sourozenci velký vliv a mají-li vztah dobře nastavený z dětství, může být v těchto náročných životních obdobích protektivním faktorem (Sohni, 2019). Stocker et al. (2020) zkoumali životní blaho (well-being) v pozdější dospělosti (respondentům bylo v průměru 64,6 let) ve spojitosti se sourozeneckými vztahy v této fázi života. Výsledky ukázaly, že tito starší dospělí uváděli vysokou sourozeneckou vřelost a nízkou míru sourozeneckého konfliktu a zvýhodňování rodičů. Konflikty a zvýhodňování pozitivně korelovaly s příznaky deprese, úzkosti, nepřátelství a osamělosti, sourozenecká vřelost negativně korelovala s osamělostí. Samota částečně zprostředkovala souvislost mezi kvalitou sourozeneckých vztahů a životní pohodou. Z toho vyplývá důležitost sourozenectví také v pozdějším věku.

1.2.2 Mladší/starší sourozenci

Existuje řada (především starších) teorií, které zdůrazňují vliv pořadí narození na některé osobnostní charakteristiky a aspekty života. Mezi nejznámější patří Adlerovy sourozenecké konstelace, nebo Tomanova teorie partnerské kompatibility. Alfred Adler přišel s myšlenkou, že pořadí narození sourozenců, věkový rozdíl a pohlaví jsou významné pro utváření a osobnosti a dalšího života člověka (Adler, 2018). Sohn (2019) však upozorňuje, že sám Adler hovořil o nedorozumění, a že podstatná je podle něj především rodinná situace, do které se dítě rodí. Walter Toman na jeho myšlenky navázal a popsal varianty partnerské kompatibility na základě sourozeneckých konstelací, což poté uchopil a zejména pro laickou veřejnost zpopularizoval Leman (2016). Řada replikačních studií, výzkum i zkušenosti z praxe však postupem času ukázaly spíše na neplatnost těchto teorií. Teorii o sourozeneckých konstelacích a jejich vlivu na partnerskou kompatibilitu vyvrací např. práce Turečka (2015), který se tématem zabýval poměrně podrobně a nabízí ucelený vědecký vhled. Také Sohn (2019) je k tomuto zjednodušujícímu pojetí skeptický. Prokázány byly spíše určité specifické aspekty a vlivy v rámci sourozenecké dynamiky.

Mladší sourozenec má v dospívání přirozeně tendenci staršího napodobovat, obdivovat, mít ho za vzor a identifikovat se s ním (Vágnerová & Lisá, 2021). Význam starších sourozenců pro mladší v období dospívání zmiňuje v podobném duchu také Chytrý (2016), v jehož výzkumu 58% respondentů souhlasilo, že je starší sourozenec v jejich životě výrazně ovlivnil (nesouhlasilo pouze 12%). Breining et al. (2019) ve svém výzkumu zjistili, že druhorození chlapci mají vyšší tendenci ke kriminalitě a delikvenci než prvorození. Jako jeden z důvodů uvádějí, že prvorození mají jako vzor dospělé, zatímco mladší sourozenci

právě starší sourozence, kteří ještě nejsou tak stabilní a racionální jako dospělí. Byla také potvrzena hypotéza o tom, že batolata s agresivnějšími a problémovějšími staršími sourozenci byla vystavena vyššímu riziku rozvoje externalizujících symptomů (Oslon et al., 2020). Vliv starších sourozenců na míru sociálních problémů a internalizačního i externalizačního chování potvrdili také Fry et al. (2021) – sourozenecká vřelost působí jako „tlumič“ těchto problémů pro mladší sourozence. Podobný vliv vřelosti mladších sourozenců na chování starších však prokázán nebyl.

Sohni (2019) uvádí zajímavý postřeh o tom, že starší, prvorozené dítě se narodí do triadické rodinné konfigurace (matka, otec, jedno dítě) a s narozením druhého prožívá proměnu v konfiguraci tetradickou – ze tří jsou najednou čtyři. To je významné specifikum prvorozených – druhé dítě svým narozením „vytváří“ sourozenectví a touto proměnou tedy neprochází. Sohní tuto poměrně náročnou situaci opět popisuje jako možnost si brzy prožít a zvládat ve vztazích výzvy. Vágnerová & Lisá (2021) popisují, jak staršímu sourozenci často mladší „leze na nervy“, a to zvláště v období adolescence – vzhledem k vývojovým změnám začíná mít samozřejmě jiné zájmy a dětské nápady jej spíše obtěžují. Po období puberty se vztahy obvykle více ustálí – jestli a jak ovšem záleží na dalších mnoha aspektech.

1.2.3 Specifičtí sourozenci

Závěrem této kapitoly se vzhledem k tématu práce zaměřím na nějakým způsobem specifické sourozence. Nejvíce výzkumů zaměřených na sourozence v nestandardní situaci se týká sourozenců osob s handicapem, kdy jsou zdraví sourozenci a dopad situace na ně poměrně opomíjeni (Havelka & Hrnčířová, 2019). Ve své knize se tomuto tématu věnují Havelka & Bartošová (2019). Uvádějí, že velká část zdravých sourozenců funguje v dětství, dospívání i dospělosti dobře, 30% z nich má ale problémy a poruchy v oblasti emočního prožívání a chování, což je 3x-4x vyšší výskyt než v běžné populaci. Více ohroženi jsou mladší sourozenci, protože z výše uvedených důvodů mají sklon staršího sourozence s postižením napodobovat. Sládečková & Sobotková (2014) uvádějí jako další problémy (zaměřují se na sourozence dětí s autismem) nedostatek pozornosti rodičů, kteří se musí více věnovat sourozenci s postižením, a celkovou změnu rodinného klimatu. Opět zmiňují zranitelnost zejména mladších sourozenců. Sourozenci osob s autismem se zabývali také Jones et al. (2019). Výsledky jejich studie ukazují, že pokud jsou zdraví sourozenci podporováni a je i jim věnována pozornost, hodnotí sourozenecký vztah lépe. Dopad onemocnění sourozence na zdravého dále potvrzuje studie Lauderdale-Littin & Bachera

(2017). Kárová et al. (2013), kteří se ve výzkumu zaměřili na sourozence onkologicky nemocných, došli k výsledku, že sourozenci jsou poměrně dobře informováni o onemocnění sourozence i jeho léčbě, nevykazují problémy s chováním, ale přejí si právě větší pozornost rodičů, kteří se jim nevěnují tak, jak by potřebovali a jak je to jinde běžné. Adolescenti uváděli nižší životní spokojenost. Pokud se ovšem se situací pracuje správným směrem, tak stejně jako u jiných zátěžových a krizových situací, může její zvládnutí naopak vést k rozvoji všech zúčastněných a rodinu či její členy posílit, zvýšit jejich empatii a rodinnou resilienci (Havelka & Bartošová, 2019; Sládečková & Sobotková, 2014).

Tato situace se samozřejmě netýká pouze sourozenců fyzicky handicapovaných osob, ale také sourozenců duševními poruchami. Kinsella et al. (1996) upozornili, že zatímco teorie, výzkum a praxe zdůrazňovali zejména rizika sourozenectví s jedinci s duševními chorobami, je tu také potenciál odolnosti a rozvoj síly těchto sourozenců. V této studii se jednalo o sourozence lidí se schizofrenií, depresí, nebo bipolární poruchou. Výsledky popisují copingové strategie, které se sourozenci skrze tuto zátěž naučili, např. konstruktivní útek („*pořád jsem se zaměstnával, vždycky jsem měl klavír, baseball, softball, všechno tohle, takže jsem byl zaneprázdněný... zkoušel jsem to nějak držet stranou, i tak jsem byl pořád blízko mému bratrovi*“), objektivizace nemoci a získávání informací (pokud měli sourozenci dostatek informací o tom, že to, co se děje je nemoc, umožňovalo jim to bratra/sestru stále milovat a zároveň prožívat negativní emoce: „*sháněla jsem informace, abych pochopila, co se děje, protože nějakou dobu, možná několik let, si lékaři ničeho nevšimli*“), případně pro některé duchovní víra. Účastníci popisovali také metody, které pokládaly za nezdravé – v dětství jim pomohly situaci přežít, ale ve výsledku to nebylo dobré pro emoční fungování. Patřila mezi ně emoční sevřenost, autocenzurní chování, pocity inkongruence, blokování vlastních pocitů, internalizace intenzivních emocí nebo užívání drog. Někteří se vyhýbali sociálním kontaktům, aby se vyhnuli stigmatizaci příbuzného. Jako jejich potřeby, jejichž naplnění by mohlo pomoci, uvádějí jasné a jednoduché informace a vysvětlení problému, podporující skupiny a destigmatizaci, a především individuální pozornost pro ně a jejich emoce: „*Kdyby si někdo někdy všiml, že jsem byl zraňován a jen uznal tu bolest a že mám právo to tak cítit, ale to se nikdy nestalo.*“ Silnými stránkami těchto sourozenců se ukázaly být nezávislost a samostatnost, schopnost tvořit a realizovat, empatie, asertivita a resilience, spiritualita a životní perspektiva.

To potvrzují např. Sanders & Szymanski (2012), kteří zkoumali emoční inteligenci sourozenců pacientů s odborníkem diagnostikovanou duševní nemocí. Jejich výkon

v MSCEIT byl porovnán s průměrem populace na vzorku 5000 účastníků, a sourozenci dosáhli statisticky lepších výsledků ve zkušenostní EIQ (schopnost vnímat, reagovat a zacházet s emocemi, aniž by jim nutně rozuměli), a statisticky horších výsledků ve strategickém EIQ (schopnost rozumět emocím a řídit je bez toho, aby je naplno vnímali a prožívali). V další studii se zaměřili na posttraumatický růst u sourozenců lidí s diagnostikovanou duševní nemocí a zjistili, že tito sourozenci uváděli vyšší skóre PTG na většině subškál s ním souvisejících. Zároveň ti participanti, kteří se aktivně podíleli na poskytování péče, měli nižší PTG než ti, kteří tak neučinili. Celá zkušenost jako taková však potenciál pro PTG skýtá (Sanders & Szymanski, 2013). Aby došlo k vyrovnání se se situací, mohou být sourozenci nuceni upravit své role v rodině. V inventáři chování rolí měli vyšší skóre ve dvou rolích: Hrdina a Ztracené dítě, nižší naopak v rolích Maskot a Obětní beránek, obojí v porovnání se srovnávací skupinou. Být pečujícím sourozencem se také ukázalo jako rizikový faktor pro převzetí dysfunkčních rolí v rodině. Přínosem nejen pro člověka s diagnostikovanou poruchou, ale právě i pro sourozence a rodiče, by byla otevřená komunikace (Sanders et al., 2014). Z hlediska sourozenecké dynamiky zjistila Watson (2019), která se zaměřila na efekt situace, kdy má člověk sourozence s duševní poruchou (zde úzkost a deprese), na psychosociální fungování mladých dospělých, zjistila, že větší sourozenecká vřelost byla mezi sourozenci, kde ani jeden z nich neměl diagnózu duševní nemoci, a naopak. Vzhledem k tomu, jaký význam může tato vřelost mít např. na sociální kompetence, přijetí a vůbec well-being, doporučuje Watson tyto vztahy dále zkoumat. Také zmiňuje, že v této populaci je patrně vyšší psychická úzkostnost. Jednou ze skupin duševních poruch a poruch chování jsou také ty, které jsou způsobené užíváním psychoaktivních látek.

2 PSYCHOTROPNÍ LÁTKY A JEJICH (ZNE)UŽÍVÁNÍ

Psychotropní látky, označované také jako psychoaktivní, omamné, návykové látky či drogy, jsou substance, které mají dvě základní vlastnosti: psychotropní efekt, tzn. ovlivnění psychiky, chování a prožívání člověka, a závislostní potenciál – tedy možnost, že se za určitých podmínek rozvine syndrom závislosti (Minařík & Kmoch, 2015). V MKN-10 (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2021) jsou jako psychoaktivní popisovány právě látky způsobující závislost a řadu dalších duševních poruch. Zároveň vchází v platnost MKN-11, která například umožňuje detailnější klinickou diagnostiku prostřednictvím rozšiřujících kódů, nebo se více věnuje kulturní podmíněnosti v oblasti užívání drog (World Health Organization, 2019). V ČR je MKN-11 v tuto chvíli na počátku implementačního procesu, další informace uvedené v této kapitole tedy zatím vycházejí z MKN-10.

2.1 Druhy psychotropních látek

Obecný název drogy zahrnuje celou výše zmíněnou oblast, tu je ale nutné dále specifikovat – existuje mnoho druhů těchto látek a každý z nich má jiné účinky, jiný závislostní potenciál a mnohdy i jiný způsob užívání. Pro přehlednost a rychlejší orientaci čtenáře přikládám tabulku, která jmenuje jednotlivé druhy a ilustruje jejich potenciál pro závislost.

Tabulka č.1: Rozdělení psychotropních látek dle závislostních potenciálů (Minařík & Kmoch, 2015).

Látka	Psychická závislost	Somatická závislost	Vzestup tolerance
Psychomotorická stimulancia	silná	nevzniká	silný
pervitin	++	-	++
kokain	++	-	++
Halucinogeny	slabá–žádná	nevzniká	mírný
kanabinoidy	+ -	-	++
LSD	+ -	-	++
psylocibin	+ -	-	++
Tlumivé látky	silná	silná	silný
benzodiazepíny	++	++	++
barbituráty	++	++	++
alkohol	++	++	++
opiáty	++	++	++
těkavé látky	++	+ -	++

Jednotlivé skupiny psychotropních látek jsou poměrně podrobně popsány v mé předchozí práci (Cígenerová, 2020), zde pro představu nabízím stručný přehled těch nejtypičtějších a nejvýznamnějších jevů:

Psychostimulancia člověka nabuzují, takže intoxikovaný bývá velmi aktivní, stimulovaný, hovorný, jeho ladění může připomínat až manický stav, nepotřebuje jíst ani spát. Zvyšují se hladiny dopaminu, noradrenalinu, sympatikus je „překativován“. Odeznívání účinku má potom opačný efekt, nepřirozené nabuzení si vybírá svou daň a hladiny dopaminu klesají pod běžnou úroveň. Člověk je velmi unavený, často několik dní prospí a projí, aby dohnal deficit, nic ho nebaví, bývá nevrlý a nervózní – tato fáze může naopak připomínat depresivní ladění. Platí to pro pervitin i kokain, u pervitinu je intoxikace o něco silnější a dlouhodobější (několik hodin, odeznívání i několik dní), u kokainu je to spíše otázkou minut, odeznívání i několika hodin. Aplikovány bývají nejčastěji intranazální nebo injekční formou (Sananim, nedat.a).

Účinky halucinogenů jsou velmi individuální, jelikož záleží na „nastavení“ užívajícího. Obvykle dochází k nejrůznějším změnám vnímání. Halucinogeny jsou z hlediska rozvoje závislosti velmi málo rizikové, problematický může být spíše možný následek i jednorázového užití – tzv. bad trip. rozvoj psychických poruch, změna osobnosti či vnímání. Nejběžnější aplikace je perorální formou. Nutno dodat, že halucinogeny mohou mít také pozitivní mechanismus účinku – v posledních letech se užívání některých halucinogenů znovu navrácí do lékařství, psychologie a psychoterapie. Takové užívání je ovšem součástí léčby nebo specifické formy terapie a probíhá tedy pod odborným dohledem a na základě vhodné indikace. Pak se tudíž jedná o jinou, ne problematickou, ale naopak léčebnou formu užívání (Meckel & Fischer, 2015; Postránecká et al. 2019).

Skupina tlumivých látek je poměrně široká. Obecně platí a z názvu je patrné, že mají sedativní, tišivý, uklidňující vliv na intoxikovaného. Patří sem řada legálních léků a zároveň velmi tvrdá droga heroin, která se vyrábí z morfia, což je analgetické léčivo. Účinek opiátů je způsoben navázáním na endogenní opioidy. Jedna z biologických teorií závislosti ostatně postulují, že závislost je způsobena právě nedostatečným množstvím přirozených endogenních opioidů (např. endorfinu), které lidem způsobují příjemné pocity, případně v těle přirozeně jsou, ale jsou vytlačeny a nahrazeny umělými exogenními látkami (Řehan, 2007). Člověk pod vlivem těchto látek je velmi utlumený, omámený, může vypadat, že spí, nebo stále usíná. Alkohol je v této skupině specifický tím, že nejprve, v první a lehčí fázi ebriety, může být člověk mírně nabuzený. Odeznívání účinku je velmi nepříjemné, a to

především somaticky – bývá doprovázeno bolestmi, třesem nebo i zvýšenou teplotou. Aplikace je u heroinu převážně injekční, u alkoholu a léků perorální (Minařík & Kmoch, 2015).

2.1.1 Legislativní rámec a rozšíření PL v populaci

Dalším důležitým hlediskem, z něhož lze psychotropní látky vymezit, je hledisko zákonné – v České republice je legální alkohol, některá psychofarmaka, která mnohdy také mají psychotropní účinky, a těkavé látky. Psychostimulancia, opiáty, i halucinogeny jsou u nás nelegální, jejich užívání tedy může souviset s trestnou činností. Ta je obvykle sekundárním problémem a v případě ukončení problémového užívání těchto látek nedochází k její recidivě (Fischer & Škoda, 2009). Za rok 2019 bylo primárních drogových trestných činů 4819, nejčastěji se jednalo o nedovolenou výrobu psychotropních látek nebo o jiné nakládání s nimi. 50% těchto trestných činů se týkalo pervitinu, 41% konopných drog. Z jiných, např. ekonomicky motivovaných trestných činů, zejména krádeží (kterých bylo v roce 2017 120,4 tisíc) jich uživatelé drog spáchali odhadem 35% (42, 3 tisíc) (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2020).

V české populaci je odhadovaný počet rizikových uživatelů nelegálních tvrdých drog přes 45 tisíc. Zdaleka nejrozšířenější nelegální tvrdou drogou je pervitin – z celkového počtu přes 45 tisíc uživatelů jej užívá téměř 36 tisíc (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2020). Pro srovnání, rizikové pití alkoholu se týká minimálně milionu a půl lidí v ČR (Csémy et al., 2020).

Celosvětová prevalence užívání nelegálních drog je 3,86%, hrubým odhadem se tedy problémové užívání psychotropních látek týká 270 200 000 lidí na světě, z toho 40 230 960 lidí v Evropě (United Nations Office on Drugs and Crime, 2021).

2.2 Zne/užívání psychotropních látek

Užívání psychotropních látek může mít různé podoby. První z nich je abstinence, tedy neužívání žádných drog. Ta samozřejmě nepřináší žádná rizika a negativní důsledky užívání. Je to přirozený výchozí stav člověka, případně varianta, pro kterou se člověk z nějakého důvodu rozhodl, i po předchozím užívání (Nešpor, 2013). Druhou je experiment, tedy první, nebo několik prvních užití. Člověk ve fázi experimentu nějakou látku jednou nebo párkrát vyzkoušel. Důvodů k takovému experimentu může být celá řada, nejčastěji jde

o zvědavost nebo – zejména u dospívajících – snahu zapadnout do kolektivu. Průběh i následky jednorázového užití mohou být značně rozmanité – může to být zajímavá zkušenost, kterou člověk nemá potřebu zopakovat, může to být skvělá zkušenost, kterou bude chtít opakovat znovu a častěji, a může to být strašlivá zkušenost, kterou už nebude chtít zažít nikdy, případně která ho bude stát zdraví, v krajním případě i život. Následky i jednorázového experimentu mohou být fatální, např. i po jednorázovém užití halucinogenů může dojít k rozvoji duševní poruchy nebo k trvalé změně osobnosti. Nemusí být také žádné, je to zkrátka velmi individuální záležitost (Kalina, 2015; MeDitorial, nedat.).

Pokud i po experimentu člověk v užívání pokračuje, začíná se jednat o pravidelnější záležitost, která (zatím) nemá žádné negativní dopady. Jedná se o občasné užívání s určitými lidmi, na určitých místech, při určitých příležitostech. Bývá označováno jako příležitostné užívání (Kalina, 2015). Jeho průběh a důsledky mohou být, podobně jako u experimentu, různé – může to být krátké období, na které bude uživatel vzpomínat pozitivně a nebude mít potřebu v něm dál pokračovat, může kdykoliv – tak jako v případě jednorázového užití – skončit velmi nepříjemným zážitkem, poškozením zdraví či smrtí, nebo může pokračovat kontrolovaně. Kontrolované užívání je specifický, ne tak častý, ale ne nemožný jev (Askew, 2016; Nesládek, 2017). Největší riziko a skrytá past spočívá v tom, že tato fáze se může velmi rychle zvrtnout ve škodlivé užívání a v závislost, což uživatel většinou nepostřehne nebo nechce postřehnout.

Tak se může dostat do fáze pravidelného užívání, když už se konzumace psychoaktivních látek a záležitosti s tím spojené stávají pevnou a podstatnou součástí jeho života. Někdy je tato fáze označována jako období duální identity, jelikož užívání drog je již pevnou součástí života uživatele, zároveň si ale ještě drží nedrogovou identitu před ostatními lidmi, např. před rodinou či přáteli, kteří drogy neužívají. Spirála vedoucí k závislosti už se ovšem pomalu, ale jistě začíná roztáčet a riziko, že se roztočí naplno a uživatel se octne v bludném kruhu, ze kterého je těžké hledat cestu ven, je vysoké (MeDitorial, nedat.; Procházka et al., 2014).

V klinické a medicínské terminologii se můžeme setkat s pojmy úzus – tedy prosté užití, a abúzus, tedy nadměrné užívání (Orel, 2020). Mezinárodní klasifikace nemocí (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2021) vymezuje samostatný oddíl duševních poruch a poruch chování způsobených užíváním psychoaktivních látek. Podle klinického stavu dále rozlišuje konkrétní diagnózy: akutní intoxikaci, tedy stav po užití psychoaktivní látky, ve kterém je narušeno vědomí, vnímání, emotivita, chování, prožívání nebo jiné

funkce a reakce. Tyto poruchy odezní s odezněním intoxikace. Dále škodlivé užití, tedy takové užití, které vede k fyzickému či psychickému poškození; a syndrom závislosti, kterému se budu dále věnovat podrobněji. Dalšími diagnózami způsobenými užitím psychoaktivních látek jsou odvykací stav a odvykací stav s deliriem – nepříjemné příznaky, které mohou mít velmi různou podobu dle typu užití substance; psychotická porucha, která může mít také rozmanité formy (častá je u uživatelů nelegálních drog tzv. toxická psychóza (Musílková, 2017)), a amnestický syndrom, který se projevuje narušením zejména čerstvé paměti (ostatní kognitivní funkce mohou být dobře zachovány). Všechny tyto diagnózy a stavy se mohou objevit samostatně, či jako součásti syndromu závislosti (Nešpor, 2013).

2.2.1 Syndrom závislosti

Závislost je soubor typických stavů, které se vyvíjí opakovaným abúzem psychotropních látek. Je popsáno šest znaků závislosti – craving (= silná touha, chuť drogu užít), narušené sebeovládání v důsledku užití drogy, zanedbávání ostatních povinností a aktivit kvůli užívání drogy, zvyšování tolerance, pokračování v užívání i přes zjevně škodlivé následky a nepříjemný odvykací stav. Pokud jedinec v posledních 12 měsících vykazuje 3 a více těchto znaků, je mu obvykle diagnostikován syndrom závislosti. Diagnózy samozřejmě stanovuje příslušný odborník a řídí se, vedle těchto obecných kritérií, individuálním kontextem příběhu každého člověka v celé jeho bio-psycho-socio-spirituální komplexnosti (Nešpor, 2013; Orel, 2020; Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2021).

Na základě všech těchto informací a poznatků se nabízí úvaha, proč a jak se vlastně závislost rozvíjí? Proč a jak se něco takového děje? Lidí, zejména dospívajících či mladých dospělých, kteří nějakou drogu vyzkouší, je opravdu mnoho, jen někteří ale mají potřebu zkušenost opakovat častěji, a jen u určité části se skutečně rozvine závislost (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2020; United Nations Office on Drugs and Crime, 2021). Existuje několik teorií, které vznik závislosti vysvětlují z různých pohledů. S důrazem a respektem k jedinečnosti každého člověka a k nutnosti komplexního náhledu je potřeba respektovat všechny jeho složky, které mohou, u každého v různé míře, hrát v užívání drog roli.

Biologicky zaměřené teorie se zabývají například vlivem genetiky. Podíl dědičnosti v etiologii nealkoholových závislostí je uváděn v různých výzkumech mezi 20-50% (Šustková, 2015; Nielsen et al., 2012). Enormní význam mají samozřejmě neurobiologické

teorie, protože užívání drogy ovlivňuje a mění lidský mozek a jeho fungování. Mezi nejznámější patří dopaminové teorie, které se zabývají mozkovým dopaminovým systémem odměny a jeho fungováním. Dopamin, který běžně získáváme z jiných zdrojů (sport, sex, dobré jídlo, oblíbené aktivity...) droga dodá mozku okamžitě a „zadarmo“, mozek jí tedy chce znovu a více, a tak se může rozvíjet závislost (Orel, 2020).

Nejenom systém slasti a odměny, ale i ostatní části mozku jsou samozřejmě zasaženy (např. Bornstein, Pickard, 2020). Víme, kde se které mozkové centrum nachází a co ovlivňuje, v souladu s novějšími poznatky na poli neuropsychologie, neurobiologie a neurověd celkově však také daleko lépe rozumíme tomu, že důležitá je především vzájemná provázanost a souvislosti – v podstatě náš mozek funguje v rámci několika sítí, několika režimů, módů (Koukolík, 2016; Menon, Uddin, 2010). Např. (zjednodušeně) můžeme rozlišit 3 módy fungování mozku, 3 hlavní sítě: výchozí, výkonnou, a významovou neboli síť salience, která slouží k „přepínání“ mezi prvními dvěma (Dingman, 2019; Höschl, 2015). Ukazuje se, že právě fungování těchto sítí závislostní chování ovlivňuje a udržuje - např. Ekhtiari et al. (2016) se zaměřili na problematiku cravingu a postulují, že procesy jako je craving vycházejí právě z interakce těchto sítí, které umožňují přepínat mezi jednotlivými stavy.

Psychologických teorií vzniku závislosti existuje opravdu mnoho. V podstatě každý psychologický směr má svá paradigmatata tohoto tématu, a každý psychologický fenomén se může podílet (West, 2016; Kalina, 2015). Z hlediska psychodynamických teorií mohou hrát podstatnou roli například potlačená ranná traumata, může se jednat o zaplnění deficitů ega, o skryté obranné mechanismy, nebo o náhradu za neuspokojivé objektní vztahy. Skrze známou Bowlbyho teorii attachmentu lze příčinu problémového užívání drog hledat v úzkostné, vyhýbavé či dezorganizované citové vazbě (Alvarez-Monjaras et al., 2019; Wolt & Halama, 2017). Behaviorální a kognitivní teorie vyzdvihují spíše proces podmiňování (v podstatě paralelní psychický projev výše zmíněných biologických procesů v mozkovém systému odměny), sociální učení a sociální nápodobu (ta hraje roli zejména v období puberty a dospívání v podobě výše zmíněného sociálního tlaku, např. k zapadnutí do party) (Bandura, 1977; West, 2016). Řada klasických experimentů se konformitou a vlivem sociální skupiny zabývala (Asch, 1951; Sherif, 1935), je tedy všeobecně známo, že sociální skupina má na jedince velký vliv, a obzvlášť v období dospívání je tento vliv naprosto zásadní. Významný pozitivní vztah mezi konformitou a potenciálem ke rozvoji závislosti zjistili např. Baron-Oladi et al. (2013).

První sociální skupinou, ve které se člověk nachází, je obvykle primární rodina. Rodinných faktorů, které mohou k rozvoji problémového užívání jejího člena dospět nebo ho, mnohdy nevědomě, udržovat, je také nepřeberné množství. Často skloňovaná je v této souvislosti teorie o hyperprotektivních matkách, tedy o matkách nadměrně chránících dítě, přehnaně pečujících až citově závislých na dítěti. Úzkostlivost matky může paradoxně dítě odrazovat, může se jí cítit zaplaveno a cítit závazek, že nemůže matku opustit a přestat se o ni starat, což komplikuje přirozenou potřebu separace a její zdravý průběh, v podstatě je tím uzavřen prostor pro otevřené konflikty potřebné k osamostatnění dítěte. Vybudování takovéto závislé vazby a nemožnost se z ní přirozeným, zdravým způsobem vymanit, je tedy empiricky často potvrzeným jevem v oblasti léčby závislostí (Hajný, 2015). Jak však Hajný dále upozorňuje, zprofanovanost této teorie může apriori dávat matkám závislých určitou nálepku, která samozřejmě nemusí platit ve všech případech. Otcové naopak bývají nejčastěji v této souvislosti popisováni jako citově chladní a „tvrdí“, přičemž závislí se s touto tvrdostí identifikují, kladou na sebe náročné a tvrdé nároky a pod nimi se následně hroutí (to může být typické především u především mužů závislých na alkoholu). Dalším takovým faktorem v rámci rodiny může být narušení transgeneračních hranic, které je v praxi léčby závislostí pozorovaný, ale výzkumně špatně uchopitelný jev. V takových rodinách „*není jasně stanoveno, kdo má co dělat, co je cíl starost a čím si kdo může být jistý. Dítě pak vyrůstá v dramatické nejistotě, kde se neustále mění jeho kompetence, svoboda i odpovědnost.*“ (Hajný, 2015, 187). Kombinace takto labilního nastavení rodinného fungování a procesu dospívání může tedy být velmi chaotická a problematická. Dalšími rizikovými faktory vzniku závislosti člena rodiny je užívání drog jiným členem v rodině, trestná činnost v rodině, a nedostatečná, nebo naopak přehnaná péče o děti.

Extrémním narušením hranic je pak traumatická událost jako je například sexuální zneužívání v rodině. Cancrini et al. (1985) popsali čtyři typy závislostí, přičemž první z nich je právě závislost traumatického typu, kdy je užívání drogy reakcí na toto trauma. Druhým typem je tzv. neurotická závislost, která má své kořeny v rodinných faktorech jakými jsou napětí, nejasné vztahy plné křivd, nebo partnerské obtíže rodičů. Třetí je přechodová závislost, kdy bývá v rodině přítomna vážná duševní porucha. U tohoto typu je obzvlášť těžké závislému pomoci bez zapojení rodiny. Posledním typem je závislost sociopatická, která není primárním problémem sama o sobě, spíše zapadá do celkového životního stylu závislého. Rodiny, ve kterých tento typ závislého vyrostl, jsou často hluboce

dezorganizované. Význam rodinných faktorů pro vznik závislosti zmiňují i aktuální studie napříč kontinenty (Rafiee et al., 2020; Izadabadi et al., 2019).

Od rodiny se postupně člověk postupně odpoutává (kdy, jakým způsobem a za jakých okolností může být samo o sobě významným aspektem), a postupně získávají na důležitosti i jiné sociální vlivy – škola, spolužáci, učitelé, ale také média a celkové nastavení společnosti, které se ostatně ve všem zmíněném odráží. Jedním příkladem za všechny budiž situace kolem koronaviru poslední rok a půl, která naprosto zásadně ovlivnila dosavadní fungování společnosti na všech úrovních, tedy i co se týká oblasti zneužívání návykových látek (EMCDDA, 2020). Význam společenského systému pro rozvoj problémového užívání a závislosti (a logicky lze uvažovat i o dalších duševních nemocech) ilustruje průlomový experiment Bruce Alexandra s názvem Krysí park (Alexander, 1981). Již před ním probíhaly experimenty na potkanech, kteří byli zavřeni do klece, v níž měli k dispozici dva roztoky na pití – jeden s drogou a jeden bez ní. Vždy si vybrali roztok s drogou, kterému začali dávat přednost před vším ostatním včetně spánku a jídla, až nakonec zahynuli. Ve společnosti, zejména americké, se v té době vedla „válka proti drogám“. Bruce Alexander si v 80. letech všiml, že potkani byli umístěni do izolovaných klecí, a tedy jedinou možností, co v ní mohli dělat, bylo pít jeden nebo druhý roztok. Rozhodl se experiment provést také, ale v jiném prostředí. Vytvořil potkanům krysí park, kde měli různé prolézačky, míčky, hoblínky, byli tam společně a mohli mít sex, kojit mláďata, měli na výběr různá jídla a také oba roztoky. Ukázalo se, že potkani z krysího parku nemají potřebu roztok s vodou pít, pili ho maximálně příležitostně bez ohledu na to, jak jim byl doslazován apod. Tento experiment je průlomový proto, že ukázal, jak bylo dosavadní uvažování a drogách a závislosti mylné – největší problém nemusí být v drogách samotných a lidech, kteří je užívají, ale společnost a nastavení prostředí hraje velmi podstatnou roli (Alexander, 2010).

Experiment Krysí park je samozřejmě staršího data, a mnoho vědců se ho snažilo zreplikovat nebo se tímto tématem dále zabývalo. Existují i kritiky tohoto Alexanderova experimentu, které sice souhlasí, že společnost a vztahy v ní na rozvoj problémového užívání mají vliv (Khoo, 2020), ale zároveň upozorňují, že je zde řada dalších, minimálně stejně důležitých vlivů např. biologických či psychologických (Gage & Sumnall, 2018), což koresponduje s aktuálním odborným pohledem na člověka v celé jeho jedinečné bio-psycho-socio-spirituální komplexnosti, kterého se budu držet i v rámci této práce.

Nelze tudíž opomenout ani spirituální rozměr závislosti, který si dovoluji ilustrovat klinickým příkladem z knihy docenta Kaliny (2013). Popisuje v ní případ Štěpána, t.č.

v léčbě závislosti na alkoholu a pervitinu v terapeutické komunitě. Štěpán vyrůstal s otcem závislým na alkoholu, který spáchal sebevraždu, když bylo Štěpánovi 12 let. Matka zemřela o 3 roky později na rakovinu. Svou první zkušenost s drogou popisuje Štěpán takto: „*Při natírání verandy na strýcově chatě jsem pozoroval odraz své tváře na hladině ředidla v plechovce. Zaujalo mě to, přiblížil jsem se co nejvíc a měl jsem velmi příjemný, úlevný pocit. Postupně se moje tvář na hladině začala měnit ve tvář mé zemřelé maminky. Bylo to fascinující. Po zbytek prázdnin jsem využíval každou příležitost, abych si ten zážitek zopakoval.*“ Později se Štěpán dostal mezi skupinu výrobců pervitinu, která se ho po smrti rodičů „ujala“, a na další drogové zážitky vzpomíná takto: „*Byli mi otcem i matkou a dali mi všechno, co mi nedali rodiče. Naučili mě číst romány, básně i filozofické knihy, zajímat se o obrazy... Byla to prostě elita. Ti dnešní feťáci se jim vůbec nemohou rovnat. ... Ať mi nikdo neříká, že pervitin není spirituální droga... Má větší potenciál než LSD. Zejména když jsme ho brali společně, zažívali jsme vhledy daleko za hranicemi individuální duše. A pro mne to bylo navíc setkávání s tím dobrotivým a dávajícím mateřským zjevem, jako tehdy nad plechovkou ředidla na strýcově chatě.*“ Dále už Štěpán popisuje paranoidní a agresivní záchvaty, tvrdý pád na dno, daň, kterou si droga vybrala a „peklo na zemi“, ze kterého chtěl odejít tak jako jeho otec, ale nakonec požádal o léčbu v komunitě. „*Věděl jsem, že když s fetováním nepřestanu, tak umřu. Ty duchovní obzory, které mi pervitin zpočátku otevíral, byly dávno pryč. Droga pro mne přestala být dobrotivou a dávající matkou a stala se příšerným démonem, který mě pohlcovál. Nebylo možné s ním žít. Někde ve mně byla představa normálního života, ale vůbec jsem nevěděl, co to znamená. Hledal jsem něco, kde bych se to mohl dozvědět a naučit – to byla ta komunita.*“ Podoby spirituálního rozměru užívání drog mohou mít tolik podob, kolik je drog a jejich uživatelů. Je však důležité o tomto rozměru vědět a do komplexní práce s uživateli psychotropních látek ho umět zahrnout (Galanter et al., 2021).

2.3 Léčba a řešení následků

Již víme, co jsou psychotropní látky, jaké jsou jejich druhy, účinky a rizika, kdo a proč je užívá a jaké mohou být následky takového užívání. Jak se tyto následky řeší, jak se s problémovými uživateli pracuje dál? Lze těmto lidem, a tím i společnosti, efektivně pomoci? Ano, v České republice je systém léčby závislostí a celkově nabízená pomoc pro problémové uživatele a jejich blízké na velmi dobré úrovni a má dlouhou tradici a historii. Na možnosti řešení, jednotlivé typy léčby a přístupy k ní se podíváme v této části.

2.3.1 Možnosti léčby

Typy léčeb a poskytované pomoci můžeme opět rozdělit z několika hledisek – například je můžeme dělit na ambulantní a ústavní podle toho, zda pacient/klient dochází či je v zařízení ubytován, nebo podle délky léčby, nebo na služby zdravotnické a sociální podle zřizovatele a typu zařízení. Do sociálních služeb a neziskového sektoru patří většinou kontaktní centra a terapeutické komunity, někdy také centra adiktologických služeb (např. Sananim, nedat.). Zdravotnickými službami jsou nemocnice, psychiatrické léčebny, detoxifikační jednotky, a ambulance pro nealkoholové závislosti (Národní monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti, nedat.). V posledních letech vznikají a jsou trendem adiktologické ambulance, které spojují více služeb do jednoho pracoviště – je zde obvykle adiktolog, psychiatr, psycholog a sociální pracovník a poskytují společně komplexní péči (Janíková & Nechanská, 2021; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013).

Kontaktní centra, nazývaná slangově „káčka“, jsou nízkoprahová zařízení pro aktivní uživatele, která poskytují řadu služeb – výměnu injekčního materiálu, poučení o rizikovém chování, testování přenosných chorob, zprostředkování léčby. Pracovníci poskytují služby také v terénu, tzn. chodí na místa, kde se uživatelé pohybují a pracují s nimi přímo tam (Hokynek et al., 2020).

Tato centra mnohdy navštěvují i blízcí uživatelů, nevědí si s nimi rady (Barnard, 2011). Stejně tak je mohou navštěvovat i uživatelé, kteří „pouze“ experimentují či užívají občasně, ale chtějí se edukovat, poradit, o svém užívání si promluvit. V některých případech, kdy ještě není závislost plně rozvinutá a kdy má uživatel zdravé a podpůrné zázemí, se může léčit i ambulantně, tzn. docházet do ambulance, k terapeutovi/psychologovi/psychiatrovi či na svépomocné skupiny. Jsou samozřejmě i případy uživatelů, kteří nějakou dobu nějakým způsobem užívají, ale zvládnou to nakonec bez odborných služeb zastavit (Nepustil, 2016). Variantou mezi ambulantní a ústavní léčbou jsou denní stacionáře, kam mohou klienti docházet na denní léčebný program, ale přespávají a bydlí ve vlastním zázemí (Čtrnáctá, 2015).

Uživatelé mnohdy o možnosti léčby nevědí, a i když ano, často se pro ni sami nerozhodnou. Jednou z nejpodstatnějších oblastí činnosti pracovníků kontaktních center a ambulantních zařízení tak bývá motivace uživatele ke změně. To je proces, který má své fáze. Nejprve uživatel většinou nestojí o změnu, ve svém užívání nevidí nebo nechce vidět

problém. Když ho vidět začne, rozhoduje se, zda chce změnu uskutečnit, zda to za to stojí, zda to zvládne, bilancuje atd. Potom buď dál setrvává v této fázi, nebo dojde k rozhodnutí pro změnu a následně k jednání, kterým změnu udržuje, což může být právě nástup do léčby a aplikace toho, co se tam naučí, i v běžném životě poté. I po tomto období může přijít laps, relaps nebo recidiva. Tu je případně důležité zastavit a nebrat jako selhání, ale jako zpětnou vazbu. Tyto fáze je potřeba znát, respektovat a umět s nimi pracovat, např. pomocí motivační rozhovorů (Miller & Rollnick, 2013; Procházka et al., 2014).

Podaří-li se uživatele namotivovat do léčby, musí zpravidla nejprve absolvovat detox – pobyt na detoxifikační jednotce, kde pod lékařským dohledem zbaví své tělo návykové látky a zvládne odvykací stav. Následně může nastoupit léčbu v psychiatrické nemocnici či léčebně, která trvá obvykle na 3 až 6 měsíců, a potom v terapeutické komunitě, kde léčba trvá rok, i déle. Někteří uživatelé absolvují pouze léčbu v PL či PN a do komunity nejdu. V každém případě je velmi důležitou součástí léčby následné doléčování, kdy po ukončení ústavní léčby klient dochází do doléčovacího centra na individuální pohovory a doléčovací skupiny, případně i bydlí na přechodných bytech přímo v doléčovacím centru, což mu pomáhá s přechodem do nového, zdravého života (Čtrnáctá, 2015; Nešpor, 2013).

3 BLÍZCÍ UŽIVATELŮ

V této kapitole se zaměřuji se na okolí uživatelů drog, na jejich blízké. Věnuji se nejprve rodinám zasaženým problémem užívání drog členem rodiny, ostatním členům a subsystémům rodiny: rodičům a zejména sourozencům. Popisuji procesy a jevy, které se v těchto rodinách objevují, jako je rozvoj kodependence a patologické homeostázy, a také možnosti řešení vedoucí k úzdravě takto zasažených rodin. Nakonec shrnuji nejrelevantnější výzkumy vzhledem k tématu práce.

3.1 Rodiny uživatelů drog a jejich členové

O člověku se tedy v současné době snažíme uvažovat komplexně. Jak podrobněji popisují v podkapitole 1.1.2, člověk je součástí širšího celku a tou primární nejbližší skupinou bývá obvykle rodina. Je tedy nasnadě, že členové rodiny, natož jedné domácnosti se vzájemně značně ovlivňují. Pokud má někdo z rodiny problém s užíváním drog, nabízí se, že s rodinnou dynamikou tato skutečnost zahýbe. Barnard (2011, 13) tento pohyb přirovnává k přílivové vlně: *„Užívání drog zasahuje rodiny jako přílivová vlna, v jejímž důsledku se pak všichni postižení zmítají v moři hněvu, rozčarování, strachu a osamocení. Přes veškerou její závažnost se takové události často nevěnuje dostatečná pozornost. ... Újma, kterou drogový problém některého blízkého příbuzného rodině přináší, je vyústěním politováníhodné krátkozrakosti. Dlouho zůstává skryta, nikoli proto, že by nebyla patrná, ale proto, že ji většinou nechceme vidět. Unikají nám tak důsledky, které problémové užívání drog pro ostatní členy rodiny má. Jde o děti, které jsou vystaveny mnoha újmám tam, kde od nich drogy odvádějí pozornost jejich rodičů, o stres a vypětí, které tíží rodinné příslušníky a často vede k zdravotním problémům a depresím, a o vystavování dětí drogám, čímž se zvyšuje riziko, že je časem začnou samy užívat. Tyto dopady jsou stejně významné jako vlastní rozvoj drogového problému a vyžadují stejnou míru pozornosti. Je zvláštní, že tato krátkozrakost není pravděpodobně úmyslná, ale vyplývá spíše z pohlcující a složité dynamiky vzniku drogového návyku a z problémů, které se s ním pojí.“* I dále popisuje problematiku tohoto tématu v podobném duchu. Blízcí a rodinní příslušníci jsou často a mnohdy skrytě vystavováni velmi zvláštním a zátěžovým situacím po dlouhou dobu. Jelikož se obecně pozornost jak laická, tak výzkumná stále soustředí v první řadě na problém

uživatele a závislost samu o sobě, i v rodinách se často vše točí kolem užívání jednoho člena a dopad na sebe samé ostatní členové rodiny příliš neřeší, nebo jej odsouvají na druhou kolej. Enver & Halil (2019) píšou o „*historickém zanedbávání výzkumu v oblasti poradenství pro rodinné příslušníky uživatelů návykových látek*.“

Zjistit, že dítě bere drogy je pro většinu rodin náročnou životní zkouškou. Rodiče mívají pocit že selhali, zklamali, mohou se začít vzájemně obviňovat (Koranda, 2015). Jsou vystaveni větší míře stresu a důležité, aby v takové situaci mysleli na sebe, udělali si na sebe čas a nežili jen pro problém dítěte, jakkoli to může být obtížné dodržet (Nešpor, 2001). Ve švédské studii zaměřené na zranitelnost rodičů vůči jejich již dospělým potomkům užívajících drogy většina těchto rodičů uváděla rozsáhlé negativní důsledky na vztahy, společenský život a duševní zdraví kvůli problémům jejich dětí s drogami. Zažívali také silné pocity bezmoci, smutku, viny a hanby, uváděli dopad na ekonomiku a jejich pracovní schopnosti. Matky pocítovaly silnější negativní dopad než otcové, a závažnější drogový problém dítěte byl spojen s větším negativním dopadem na rodiče. Mnoho rodičů mělo problém se zajištěním adekvátní pomoci pro sebe i dítě, je tedy potřeba větší podpora této rodičovské skupiny (Richert et al., 2018). Jiná studie upozorňuje na riziko viktimizace rodičů jejich užívajícími dětmi (užívání drog je zde jedním z faktorů, nikoli hlavním a jediným) (Johnson et al., 2020). Psychologické potřeby rodičů užívajících dospívajících rozpracovali Daryoushi et al. (2021). I oni uvádějí, že závislost způsobuje jednotlivci, rodině i společnosti problémy a u dospívajících jsou tyto problémy patrnější a hluboce ovlivňují rodiče. Ve výsledcích rozkryli 3 hlavní témata potřeb těchto rodičů: podporu, potřebu sebevědomí a potřebu blahobytu. Rodiče potřebují různé formy sociální, vzdělávací, emocionální, mezilidské a finanční podpory. Perspektivou rodičů se ve své kvalitativní studii zabýval také Choete (2015), který zdůrazňuje potřebu vytvářet intervence nejen pro problémového uživatele, ale pro celý rodinný systém. Jedním z hlavních témat, které z rozhovorů s rodiči vyplynulo, byl vliv na ostatní děti – tedy sourozence problémového uživatele. Rodiče uváděli přímé dopady na sourozenecké vztahy – zejména popisovali odcizení, napadení či úplnou ztrátu. Jako nepřímé dopady uváděli opomíjení potřeb ostatních sourozenců, které nechali, aby se o sebe postarali sami. Sourozenci také v některých případech uváděli rodiče do neudržitelných pozic (př.: „*Mami, vykopni moji sestru*“, *řekla mi jedna z dcer*. „*To nemohu, je to moje dcera*.“ – popisuje vnitřní rozpor jedna z účastnic výzkumu).

3.1.1 Sourozenci uživatelů drog

Situace, kdy někdo ze sourozenců je nebo se stává uživatelem drog, se může rozvíjet různými způsoby. Je to do značné míry individuální záležitost konkrétního sourozeneckého vztahu, protože zde vstupuje do hry mnoho proměnných a aspektů, které nelze všechny zachytit (pohlaví sourozenců, jejich věk, celá rodinná dynamika a rodinná anamnéza, typ drogy, způsob a délka užívání...). Obecně lze nicméně určité závěry vyvodit na základě různých výzkumů, snažících se do tohoto tématu proniknout, a také na základě zkušeností a případů z praxe. Z první kapitoly víme, jaký význam a vliv mají sourozenci na člověka v řadě podstatných ohledů, a také jaké aspekty může mít sourozenectví, kdy je u některého ze sourozenců rozvinutý specifický problém vyžadující velkou pozornost a péči. Nadužívání a zneužívání drog je samo o sobě specifickým problémem, který se mnohdy rozvine do podoby některé z diagnóz kapitoly Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek v Mezinárodní klasifikaci nemocí (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2021). Konkrétně o sourozencích uživatelů drog je výzkumů a publikací podstatně méně, než by si problematika zasloužovala.

Otázku, jaké to je být bratrem nebo sestrou osoby s problémem s užíváním návykových látek, kladla ve výzkumu své disertační práce respondentům Clarfield (2018). Uvádí, že navzdory pokroku ve snaze pochopit také rodinné příslušníky závislých byli sourozenci uživatelů návykových látek z vědeckého výzkumu a literatury do značné míry vyloučeni, tudíž se o jejich prožívání dopadů užívání bratra nebo sestry málo ví. Zaměřila se na zkušenosti dospívajících sourozenců, kteří s užívajícími sourozenci sdíleli domov. Výsledky této práce ukázaly, že prožívají hluboké emocionální a vztahové dopady, především stres, smutek, úzkost, hněv a zradu. S tímto problémem v rodině a stigmatizací problematiky ve společnosti souvisí napjaté vztahy a zvýšená izolace. Dále se ukázalo, že v dospělosti tyto zažívané negativní dopady přetrvávají. Výsledky tedy zpochybňují představu, že sourozenci uživatelů se „mají dobře“, a zdůrazňují potřebu dalších výzkumů a zahrnutí sourozenců do intervence rodinných příslušníků postižených tímto problémem. Také Kamdar (2016) hned v úvodu své disertační práce, zaměřené na měření osamělosti, úzkosti a sebeúcty sourozenců závislých a na souvislosti s LOC a pohlavím zmiňuje, že minulé výzkumy nedokázaly adekvátně řešit dopad závislosti na sourozence. Zjistil, že ti participanti, kteří se přihlásili k vnitřnímu LOC, měli významně vyšší úroveň sebeúcty a významně nižší úroveň osamělosti a úzkosti. Mezi muži a ženami však nebyl žádný rozdíl. Studie Wallace (2015) trefně připomíná zajímavý a důležitý bod této problematiky, a sice

ten, že byt' je užívání sourozence často součástí anamnézy a korelátém užívání i dalšího sourozence, ne všichni, jejichž bratr či sestra užívají drogy, je užívají také – to ovlivňuje řada faktorů. Wallace se soustředil na zkoumání vrstevnického kontextu a zjistil, že nejrizikovějšími jsou „populární“ starší sourozenci – tedy ti, kteří jsou oblíbeni v kolektivu. Mají potom větší vliv na užívání mladšího sourozence (v této studii se jednalo o marihuanu).

Smith-Genthôs et al. (2017) překvapilo, že přes jednu pětinu jejich výzkumného souboru tvořili lidé, kteří měli závislého sourozence (jednalo se o 22% ze všech lidí, kteří uvedli, že mají sourozence). Podotýkají tedy, že každý pátý člověk z těch, co mají sourozence, může mít prospěch z většího pochopení role, kterou hraje sourozenec zneužívající návykové látky v jejich myšlenkách, pocitech a chování. Stejně jako všichni ostatní autoři zabývající se tématem, zdůrazňuje opomíjení této skupiny v odborné literatuře, dokonce nazývá sourozence závislých „zapomenutou populací“. Dlužno dodat, že participantů zde byli pouze vysokoškolští studenti psychologie, což může být poměrně specifická společnost. Zmiňován je opět intrapersonální i interpersonální stres, negativní dopad na sociální vztahy a zátěž v rámci rodinného systému. Také, podobně jako např. Barnard (2011), upozorňují na rizikovost nízkého věku při prvním kontaktu s drogami.

Barnard (2005) se zabývá vlivem na mladší sourozence v jedné z kapitol svého výzkumu. Jak uvádí i v knize (Barnard, 2011), v situaci, kdy starší sourozenec užívá drogy je mladší vystaven velkému riziku, že začne s drogami experimentovat také. To, že je doma – často v jednom pokoji – sourozenec, který bere drogy, může podněcovat zvědavost mladšího sourozence. Fakt, že jde o rodinu může navíc v jeho očích snižovat nebezpečí a dávat experimentování jakousi legitimitu. Důležitým zjištěním je, že mnoho sourozenců těmto tlakům odolá a drogy užívat nezačne. Některými z faktorů pravděpodobnosti užití drogy i mladším sourozencem mohou být míra a způsob rodičovského dohledu, kvalita rodinných vztahů, stabilita domácího prostředí, a také vztahy s neproblémovými vrstevníky. Svou roli může hrát také osobnost staršího sourozence, jeho snaha držet mladšího sourozence od drogového světa dál či nikoliv, a další faktory. Na druhou stranu didaktická úloha, kterou na sebe někteří rodiče a sourozenci brali, neměla takový vliv jako vlastní zkušenosti, které děti zažily během soužití se členem rodiny problémově užívajícím drogy (Barnard, 2005; 2011).

Tématu mladších sourozenců uživatelů drog jsem se také sama věnovala v rámci výzkumu své bakalářské práce, jejímž cílem bylo na téma sourozenců závislých upozornit také v ČR, zjistit jejich zkušenosti a pokusit se popsat protektivní faktory. Zjistila jsem, že

sourozenci situaci prožívají a vnímají; významnými se ukázala být témata nedostatku pozornosti rodičů, problematické komunikace v rodině, ohrožení mladších sourozenců toxickým chováním, prožívání negativních emocí a odcizení či úplná ztráta sourozence. Respondentům pomáhalo mít situaci s kým sdílet a na situaci dokázali najít i různá pozitiva (Cígnerová, 2020).

Zkušenosti sourozenců současných či bývalých uživatelů návykových látek shrnuly také ve svém článku Howard et al. (2010). Jedná se o narativní fenomenologii této sourozenecké role v sedmi případech. V příbězích znějí opět sourozenecké role Hrdiny či Ztraceného dítěte. Píší o napětí, úzkosti a ztrátě souvisejících se závislostí v rodině, o tom, jak může být rodinná soudržnost zničena a uvedena do chaosu, ale také o možnostech změny. A to i v případě, že užívající zrovna svůj problém řešit nechce – sourozenci i celá rodina mohou hledat své vlastní uzdravení z bolesti, i když závislý není na takový krok připraven.

3.1.2 Kodependence a další typické jevy

V rodinách uživatelů psychotropních látek se často, dříve nebo později, začne projevovat fenomén kodependence, neboli spoluzávislosti. Jedná se o situaci, kdy závislost zasahuje také členy rodiny, kteří látku neužívají, ale se závislým žijí. Pojem spoluzávislost (z anglického codependency) má velmi blízko k pojmu „umožňování“ (z anglického enabling), který se pro toto téma také někdy používá. Podstata jevu tkví v tom, že blízcí svým chováním často závislého v užívání drog podporují, umožňují mu ho, dávají mu k němu podmínky. Typicky se jedná o přebírání odpovědnosti za uspokojení potřeb druhého člověka na úkor vlastních, zkreslování hranic mezi generacemi a rolemi v rodině, neschopnost tyto hranice a určitá pravidla vymezit a udržet, „slepotu“ vůči zjevným souvislostem, odkládání řešení či bagatelizace problému, obviňování místo hledání řešení apod. (Hajný, 2015).

Blízcí se tak obvykle nechovají schválně a vědomě. Syndrom závislosti je vážné chronické duševní onemocnění, které rodinu a všechny její členy zasáhne velkou silou. Blízcí se často v „dobré víře“ snaží závislému pomoci, zažívají strach, vztek, pocit viny, řadu nepříjemných emocí a situací. Někdy pro ně může být tedy náročné se k situaci správně postavit. Do určité míry je to běžné, protože se jedná o novou zátěžovou situaci. Pokud však blízký včas adekvátně nezareaguje (nevyužije své zdravé copingové strategie, nevyhledá si potřebné informace a odbornou pomoc), lehce naskočí spolu se závislým do toxické spirály závislosti. Nechce si nechat pomoci a vzniká samozřejmě problém, který může dojít až do

té míry, kdy je spoluzávislý extrémně emocionálně vykořisťován – závislý blízký mu nadává, materiálně ho ruine, šikane ho a týrá. Psychika je vystavena trvalému přetížení, přesto není spoluzávislý schopen vztah a „pomáhání“ ukončit. Často závislý přesně vycítí, kdy trpělivost a síly spoluzávislého docházejí, a začne se v té chvíli snažit a slibovat změnu situace. Spoluzávislý mu chce věřit, na tuto možnost se upne a opět se k sobě oba přiblíží, z principu závislostního onemocnění však obvykle následně přijde další, často ještě hlubší pád závislého (Röhr, 2016).

Můžeme tedy kodependenci vnímat z hlediska uživatele drog, jako problém celé rodiny, která mu jeho braní drog umožňuje a podporuje ho v něm, zároveň se můžeme podívat na úhlem pohledu blízkých, kteří se po určité době soužití snadno stanou nemocnými také. Pokud dojde až k opravdu závislým vztahům, které popisuje Röhr (2016) a nepřímo, napříč celou svou knihou i Barnard (2011), navrhuje Röhr na základě své dlouhodobé klinické praxe terapii spoluzávislosti, v níž je důležité hlavně „zbavit se“ závislého (tzn. odstříhnout kontakty, zejména pokud chce v užívání pokračovat), začít zpracovávat svá traumata ze spoluzávislosti a pochopit a zpracovat pozadí spoluzávislosti. Jak sám zdůrazňuje, ten, kdo je spoluzávislý nemůže blízkému ani efektivně pomoci. Totéž uvádí a navrhuje také Laskovská (2007).

Pochopit problém závislosti, spoluzávislosti a učinění potřebných kroků není tak jednoduché. Ve studii Nordgrena et al. (2020) rodiče závislých radu „zavřít dveře“ svým dětem odmítali, raději se zapojili do snahy o nápravná opatření. Nejprve si museli dokázat definovat spoluzávislost, objevit ji a pochopit, a stanovit hranice pro své děti. Situace, které prožívali, popisovali jako vysoce stresující. Podotýkám, že uvedení autoři (Hajný, 2015; Röhr, 2016; Nordgren et al., 2020) s výjimkou Barnard (2011) řeší pouze partnery, případně rodiče a děti závislých. Laskovská (2007) píše o příbuzných obecně.

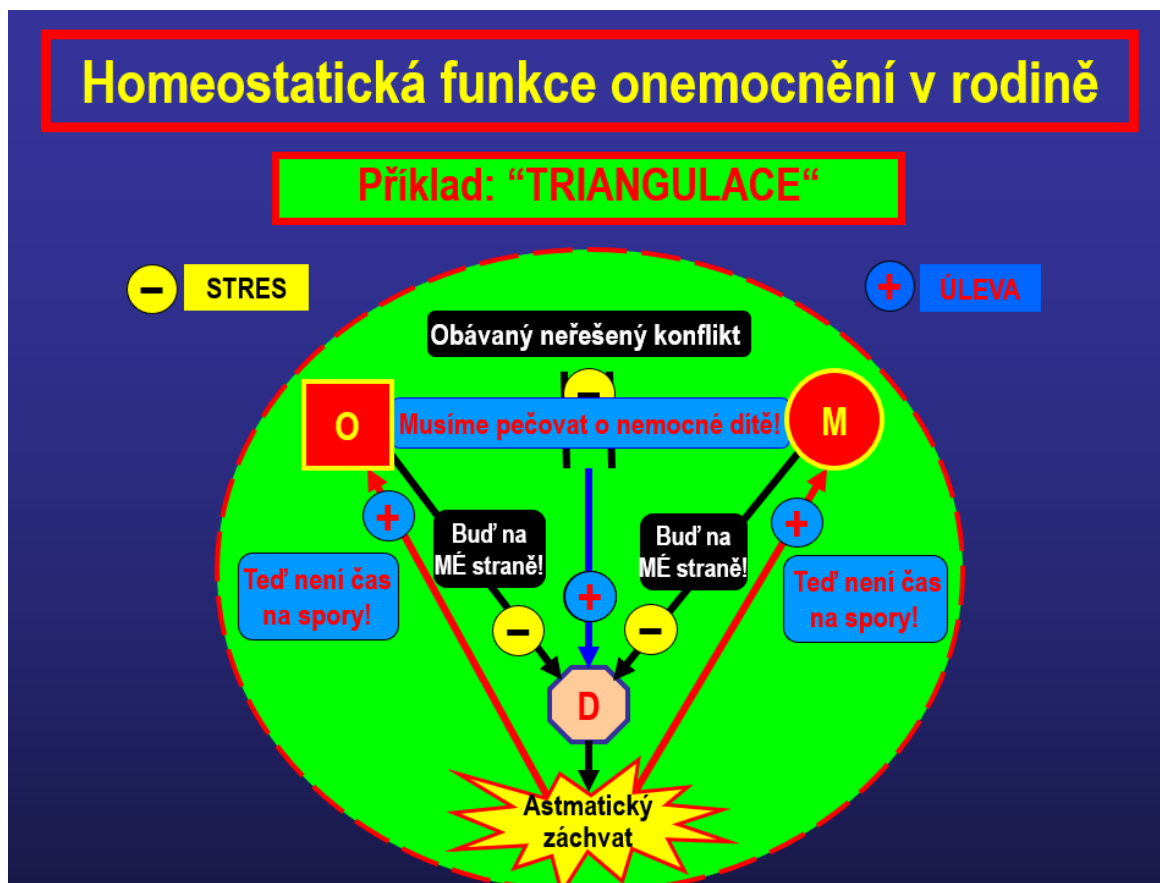
Někdy také přináší zasažení rodiny a specifická role „problémového člena“ ostatním členům nebo celé rodině určité „zisky“. Neustálé řešení potíží s uživatelem může zastíňovat jiné problémy v rodině, např. partnerské problémy rodičů či jakékoli jiné rodinné tabu nebo bolestivé téma, případně sekundární zisky z role oběti nebo naopak z role pronásledovatele či soudce. Často se také jedná o hrozící syndrom opuštěného hnízda, kdy se rodiče, často hyperprotektivní matky, natolik obávají skutečného odchodu a osamostatnění již dospělého dítěte, že se raději věnují málo efektivnímu zápasu se závislostí dítěte (Hajný, 2015). *„Principem tohoto mechanismu je to, že pozornost, kontrolu a snahu řešit poutá např. problémové užívání dospívajícího dítěte. Rodiče s tím však zacházejí nekonzistentně, občas*

nadměrně zlostně nebo přísně, jindy liberálně – a výsledek? Nic se nemění. Může mít takové nefunkční řešení nějaký hlubší smysl? Snad jedině to, že by samotné „řešení“ bylo lepší, než se zabývat něčím jiným – něčím, co by pro ně bylo mnohem těžší či bolestnější. ... Dospívající by měl vědět i pociťovat, že se odpoutat může, že jeho odchod nebudou rodiče nebo jeden z nich vnímat jako zranění, zradu nebo odmítnutí. ... Samotný „odchod“ se děje mnohdy právě prostřednictvím konfliktů, rozdílů v postojích k různým hodnotám – proto je třeba, aby mezi dospívajícím a zbytkem rodiny byla již dlouho předtím vytvořena možnost otevřeného konfliktu, který však obě strany zvládnou bez nadměrných pocitů zavržení a zklamání. Je zajímavé, že psychická odolnost vůči konfliktním situacím je kvalita, který bývá u uživatelů návykových látek tak křehká.“ (Hajný, 2015, 175).

Minuchin (2013) takové rodiny označuje jako psychosomatické nebo psychosomatogenní. Tuto poruchu rodinného fungování dle něho obvykle provází vztahová propletenost, přehnaná starostlivost, rigidita a nedostatečné řešení rodinných sporů. Tolik podstatné hranice (viz první kapitola této práce) jsou v těchto rodinách rozvolněné, a to i mezi jednotlivými subsystemy, což vede mj. ke zmatení rolí. Členové rodiny jsou příliš provázáni, jsou na sobě závislí a přehnaně reagují jeden na druhého. Rodinný systém omezuje potřebnou nezávislost svých členů. Např. onemocnění dítěte utlumí na čas střety v rodině a dítě se pak cítí zodpovědné za ochranu rodiny. Nemusí se, a to ani v případě kodependence, jednat pouze o problém s užíváním návykových látek – stejný princip se uplatňuje i u „běžných nemocí“, a často se s ním pracuje také u poruch příjmu potravy (Slezáková & Sladká Ševčíková, 2021), i dalších duševních onemocnění.

V takto zasažených rodinách je významně narušena rodinná rovnováha, která je tolik potřebná pro zdravý život rodiny a všech jejích členů, a postupně vzniká stav tzv. patologické homeostázy (autorem pojmu je Jay Haley), kdy už na zvládnutí situace nestačí běžné copingové strategie rodiny, ale chorobný stav je udržován nemocí člena, případné problémy a dysfunkce rodiny jsou tímto patologicky vyvažovány a rodinné fungování čím dál více destruováno (Balcar, nedat). Taková situace logicky vyžaduje řešení. Nezapomeňme, že krize může být také bodem obratu (Sobotková, 2012).

Obrázek č. 1: Homeostatická funkce onemocnění v rodině (Balcar, nedat.).



3.1.3 Možnosti řešení

Schopnosti zdravé rodiny mohou stačit na to, aby svůj problém či krizi její členové vyřešili sami. Jsou ale situace, kdy na to rodina, nebo někteří z jejích členů, sama nestačí. Rodinná terapie bývá často důležitou součástí léčby užívání návykových látek, jelikož rodina hraje, jak jsem už naznačila výše, v celém příběhu uživatele velmi významnou roli. Což funguje recipročně – tak jako závislého ovlivnila, a možná i (nevědomě) podpořila v užívání jeho rodina, on či ona samozřejmě svým užíváním ovlivnili rodinu a její členy. Enver & Halil (2019) zkoumali účinnost rodinné terapie při užívání návykových látek, která, jak se ukázalo, posílila rodinnou odolnost, strukturu a pevné vazby. Missouriidou et al. (2019) prozkoumali různé typy intervence umožňující rodičům podporovat terapeutické úsilí jejich dospělých dětí v léčbě. Intervence s nízkou intenzitou, poskytováním informací a neodsuzující formální interakcí vnímali odborníci na závislost jako katalyzátory zapojení rodičů do léčby závislosti. Nepochybnou provázanost problémového uživatele drog s jeho rodinou a celým jejím systémem popisuje také Čtrnáctá (2015), která se v praxi práci s

blízkými závislých v ČR dlouhodobě věnuje a upozorňuje na fakt, že na problém závislosti je potřeba nazírat v rodinném kontextu, a že rodina často závislého člena v užívání spíše podporuje, a i proto je dostupná odborná péče i pro tyto blízké důležitá.

Ne vždy se však uživatel rozhodne léčbu využít, navíc celá situace je velmi náročná v jakékoli fázi. Vzhledem k vzájemnému vlivu a významu je tedy určitě na místě pomoc i pro samotné blízké, kteří jsou tak často opomíjenou skupinou v tématu závislosti. V praxi je řada možností, jak pomoc, informace a základní poradenství, případně terapii, využít. Kromě toho, že mohou být součástí léčby závislého, zejména kontaktní centra a adiktologické (či psychologické, psychiatrické, zaměřené na závislosti) ambulance nabízejí obvykle i poradenství pro blízké uživatelů. V rámci některých těchto služeb existují také skupiny pro členy rodin a blízké, které velmi dobře fungují – jedním z hlavních účinných faktorů je sdílení emocí, zkušeností, a i nepříjemných zážitků s lidmi, kteří je prožívají či prožili také (Čtrnáctá, 2015). V Praze pak funguje přímo Poradna pro rodiče a blízké v rámci organizace SANANIM (Sananim, nedat.).

3.2 Shrnutí dosavadních výzkumů

Obecně z dosavadních výzkumů vyplývá, že užívání psychotropních látek sourozencem člověka zřejmě ovlivňuje v celé řadě oblastí. Pokud jde o sourozenectví jako takové, u dětí se jedná o vůbec první zkušenost s vrstevnickým vztahem, a pokud je tento vztah narušený, v osobnosti se to přirozeně odrazí. Může se jednat o celou řadu oblastí, které sourozenecký vztah ovlivňuje, od resilience, empatie a mentalizace (Sohni, 2019; Rodrigues et al., 2017) přes agresivitu, sociální kompetence (Buist & Vermande, 2014), problémové a prosociální chování (Pike & Oliver, 2017) až po riziko rozvoje internalizujících i externalizujících symptomů (Oslon et al., 2020; Fry et al., 2021). V dospívání samozřejmě případné problémy samy nemizí, pouze získávají jinou podobu. Pokud jsou adolescenti dobře informováni o tom, co se děje, zvládají situaci lépe, i tak si ale často přejí větší pozornost rodičů a ve studii uváděli nižší životní spokojenost (Kárová, et al., 2013). Dále byly u sourozenců osob specifických nějakým duševním onemocněním zjištěny rozdíly v emoční inteligenci (Sander & Szymanski, 2012), potenciál pro posttraumatický růst (Sanders & Szymanski, 2013) a změny v jejich rodinných rolích (Sanders et al., 2014). I v dalších fázích života je samozřejmě sourozenecký vztah podstatný (Sohni, 2019) a může hrát roli např. pro well-being ve stáří (Stocker et al. 2020).

Pokud jde konkrétně o problematiku sourozenectví s uživatelem psychotropních látek, ukazuje se, že tito sourozenci zažívají mnoho negativních emocionálních nebo i sociálních dopadů (Clarfield, 2018; Barnard, 2011; Choete, 2015; Howard et al., 2010; Cígnerová, 2020), které v dospělosti přetrvávají (Clarfield, 2018). Zda a jak bude tato situace prožívána a zpracována však ovlivňuje řada osobnostních, rodinných i sociálních faktorů. Z osobnostních byl zjištěn např. vliv LOC (Kamdar, 2016). Faktory v rámci rodinného systému jsou velmi komplexní a důležité, obzvláště v dětství a dospívání, kdy hraje primární rodina fundamentální roli. Rodiče jsou „architektky“ průběhu situace, a není to zrovna lehký úkol, neboť se často ocitají v extrémně náročných a neudržitelných situacích. Je tedy důležitá pomoc a podpora pro rodiče, a jejich postoj a řešení celé situace (Koranda, 2015; Nešpor, 2001; Richert et al., 2018; Daryoushi et al., 2021; Choete, 2015), a řada dalších aspektů, které ani nelze všechny zachytit, jelikož se v případě rodiny jedná o živý systém.

Je zajímavé, že výzkumy zaměřené na sourozence uživatelů mnohdy píší spíše o mladších sourozencích, aniž by to bylo ve studii explicitně vymezeno, případně mezi sourozenci dále nediferencují na mladší/starší. Přitom víme a je výzkumně potvrzeno, že mladší sourozenci jsou v takových situacích logicky v jiné pozici než starší (Vágnerová & Lisá, 2021; Chytrý, 2016; Breining et al., 2019; Fry et al., 2021; Havelka & Bartošová, 2019; Sládečková & Sobotková, 2014; Wallace, 2015; Barnard, 2005, 2011). I to byl podnět k mému výzkumu v rámci bakalářské práce, který je zasvěcen zkušenostem mladších sourozenců uživatelů drog (Cígnerová, 2020). Jelikož jeho výsledky vše výše uvedené potvrdily, rozšířily, a navíc se ukázala významná specifika přímo u mladších sourozenců v celém procesu problematiky užívání v rodinách, rozhodla jsem se ve výzkumu na toto téma dále pokračovat.

VÝZKUMNÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Z dosavadních zjištění popsaných v teoretické části vyplývá, že rodina je naprosto zásadní pro život člověka. V dětství hraje důležitou a nezastupitelnou roli a do značné míry člověka utváří – biologicky, psychicky, osobnostně, sociálně, případně také spirituálně. Na základě zkušeností z primární rodiny člověk často jedná i v průběhu celého svého života. Zdravá a funkční rodina dá dětem, jak řekl Goethe, *„kořeny směřující do minulosti a křídla, volnost a svobodu, mířící k zodpovědné budoucnosti“*. Pro to, aby byla rodina zdravá a funkční, jsou podstatné jasné hranice, otevřená komunikace a adaptabilita (také resilience a další faktory). Zásadní roli hrají rodiče a jejich přístup k rodinnému fungování. V rámci rodinných subsystémů můžeme vyčlenit subsystém sourozenecký, který je také komplexně podstatný pro vývoj člověka jak v dětství, tak v jeho dospělosti i stáří. Sourozenectví člověka může formovat například v tom, jaké má sociální kompetence, jak je empatický a resilientní, jak prožívá uvnitř i jak se chová navenek. Mladší sourozenci jsou více ohroženi případnými negativními vlivy ze strany starších sourozenců než naopak, jelikož mají často staršího sourozence za vzor, a jako mladší jsou zranitelnější i z biologické podstaty. Pokud je sourozenectví či rodinná dynamika narušená, zdravé fungování se hroutí a mohou se začít objevovat nezdravé mechanismy, dysfunkce, patologická komunikace a patologická homeostáza. To se může stát z celé řady příčin, a jednou z nich může být užívání drog některého ze sourozenců. Drogy jsou látky měnící vědomí a jednání člověka, a mají závislostní potenciál. Účinky i rizika se dále liší dle typu látky a způsobu užívání. I jednorázové užití může mít doživotní následky (avšak nemusí). Riziko rozvoje závislosti nebo poruch vnímání či osobnosti hrozí vždy. Pokud užívání začne být škodlivé, problematické či se závislost plně rozvine, uživatel i jeho život se mění a okolí to samozřejmě vnímá a pociťuje. Blízcí uživatele si mnohdy neví s problémem rady, dlouho neví, o co se vlastně jedná a jak k tomu přistupovat. Často tak uživatele v braní drog podporují a udržují, přičemž sami trpí či padají do spoluzávislosti, což na ně má řadu negativních dopadů. Autoři zabývající se tématem se shodují, že stále nemá takovou pozornost, jaká by byla potřebná.

Nějaké výzkumy a studie zabývající se blízkými uživateli jsou k dispozici a v posledních letech vznikají další. Pokud už se odborná literatura blízkým uživatelům věnuje, pak častěji rodičům, partnerům či dětem uživatelů, než sourozencům. Důrazně v nich

zaznívá, o jak opomíjenou oblast se jedná, nemluvě o těch zaměřených přímo na sourozence uživatelů. Kromě toho z nich vyplývá, že užívání sourozence člověka rozhodně ovlivňuje v řadě směrů, a to obzvláště pokud se jedná o zkušenost z dětství či dospívání a soužití s uživatelem v jedné domácnosti. Jelikož má rodina a sourozenecký vztah samozřejmě obrovský, podle některých psychologických směrů až určující význam a vliv pro život člověka, je zřejmě nasnadě, že poruchy a dysfunkce v těchto oblastech jsou poměrně závažné a měla by jim být věnována pozornost.

Tématu dospívání vedle závislého jsem se věnovala v rámci bakalářské práce, přičemž jsem se zaměřila na subjektivní zkušenosti mladších sourozenců uživatelů drog. Kromě poznatků, které vesměs potvrdily v českých podmínkách to, o čem píše zahraniční literatura (např. Barnard, 2011, a některé výzkumy), a výzev, které práce vyjevila pro případné další zkoumání, mě nejvíce zaujalo, že všechny příběhy, které jsem slyšela v rámci vedení výzkumných rozhovorů, měly společný průběh, byť samozřejmě v individuálních kulisách: *„Zaujal mě fakt, že u některých významných témat, zejména u popisu komunikace v rodině a prožívání emocí, všichni respondenti, byť samozřejmě s individuálními odlišnostmi v každém příběhu, popisovali v principu stejný sled událostí, stejné fáze“* (Cígenerová, 2020, 60). Jelikož rozvoj závislosti je určitý proces, respondenti jej v bakalářské práci ve svém dospívání skrze sourozence vnímali a prožívali, a do různé míry do něj byli zapojeni. Převážně to byli oni, kdo se o problému první dozvěděl a musel s ním (v pubertálním a adolescentním věku) nějak naložit, což přinášelo řadu specifických situací. Často rodiče o problému nechtěli slyšet nebo mluvit, a mladší sourozenec se tak stával buď spojencem staršího, nebo jakýmsi prostředníkem mezi ním a rodiči. Už přitom jsem si uvědomila, jak podstatná je v tématu souvislost s přístupem dalších subsystémů rodiny a s jejich fungováním jako celku.

Pořád jsem si ale musela klást otázku, „kde v tom vlastně mladší sourozenec je“, když komunikace je nejasná, emoce silné (vztek, strach, stud, lítost a bezmoc; ve dvou případech, kdy se sourozenec uživatel ze závislosti dostal pak také radost, úleva či vděk), hranice žádné, nejasné nebo hroučící se, a pozornost rodičů upnutá převážně jiným směrem. Proto jsem se rozhodla ponořit se v další, tedy této práci hlouběji právě do procesu zjišťování a řešení problému užívání v rodině se zaměřením na mladší sourozence. Tím byl tedy výzkumný problém práce vytyčen: je jím Role mladšího sourozence v procesu zjišťování a řešení problému užívání staršího sourozence.

4.1 Cíle výzkumu

Tímto výzkumem sleduji dva cíle, které mají pomoci vzhledu do výzkumného problému. Prvním z nich je popsat průběh řešení problému užívání staršího sourozence v rodině. Díky tomu bych mohla ověřit a rozvést výše zmíněné fáze událostí v tomto procesu v rámci rodinného systému. Druhým je popsat, jakou roli mají mladší sourozenci v rodinách s tímto problémem. Protože se, v návaznosti na svůj předchozí výzkum, zaměřuji specificky na jejich pohled, prožívání, emoce a postavení v celé situaci, druhý cíl má odhalit, „kde v tom je“ mladší sourozenec a jaké to je.

4.2 Výzkumné otázky

Z cílů výzkumu vyplývají dvě výzkumné otázky, které se budu snažit zodpovědět:

1. Jak probíhá proces zjišťování a řešení problému užívání staršího sourozence v rodině?
2. Jakou roli mají v tomto procesu v rodinách mladší sourozenci?

5 METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝZKUMU

V této kapitole se věnuji metodologii celého výzkumu a jejím náležitostem. Je zde definován a zdůvodněn zvolený výzkumný design, typ výzkumu, a výzkumný soubor včetně jeho charakteristik, kritérií a metod jeho výběru. Dále je popsána tvorba dat, metody jejich analýzy a zpracování, a etické aspekty výzkumu. Cílem celé kapitoly je poskytnout čtenáři ucelený transparentní vhled do metodologického rámce této práce.

5.1 Výzkumný design

Psychologický výzkum můžeme realizovat kvalitativním, nebo kvantitativním (případně smíšeným) designem. Kvalitativní design volíme pro výzkumy týkající se spíše specifického fenoménu, který zkoumáme do hloubky. Jde v nich o vhled a porozumění zkoumanému fenoménu, o získání hlubší orientace v daných problematikách. Výzkumný soubor bývá spíše menší, kritéria nastavujeme tak, abychom získali vzorek reprezentativní vůči zkoumanému problému. Výzkumník s respondenty většinou hovoří, pozoruje situaci a lidské chování v přirozeném kontextu. Sám se tak stává součástí procesu a jeho osobnost pak jedním z důležitých aspektů práce. Podstatná je tedy sebereflexe výzkumníka, a etické aspekty. Filozoficky kvalitativa vychází zejména z fenomenologie, hermeneutiky a idiografického přístupu, tudíž klade důraz na jedinečnost daného člověka, problému, případu. Hledá vlastně to, co je specifické, a tomu chce do hloubky porozumět. Fenomenologie znamená, že se snažíme zkoumat lidské vědomí a lidskou zkušenost jako celek. Hermeneutika se zabývá porozuměním a výkladem, bývá označována jako „umění interpretace“. Jedná se tedy o holistické a hloubkové porozumění specifickému jevu (Ferjenčík, 2010; Miovský, 2010).

V tomto mém výzkumu se jedná o poměrně specifickou, málo popsanou a ne úplně ucelenou problematiku, kterou chci prozkoumat do hloubky, zjistit, jaký je proces řešení problému užívání staršího sourozence v rodinách z pohledu mladšího sourozence, jaká je jeho role v celém procesu, a pokud možno přinést celostní porozumění zkušenosti respondentů. Design tohoto výzkumu je tedy kvalitativní.

5.1.1 Typ výzkumu

V rámci kvalitativního designu můžeme využít různé typy výzkumu. V některých publikacích se popis a přehled těchto typů i metod analýzy do určité míry překrývá a mírně liší dle výkladu termínů kvalitativního přístupu na základě zvolené perspektivy (Miovský, 2010). Jedním z typů kvalitativního výzkumu je případová studie, která nám umožňuje komplexní přístup ke sledování, popisu a výkladu případů, díky čemuž lze dospět „*k přesnějším a do hloubky jdoucím výsledkům*“ (Miovský, 2010, 94). Tento výzkum je tedy typově koncipován jako více případová studie, protože objektem zájmu výzkumu jsou jednotlivé případy – jednotliví respondenti a jejich pohled na situaci, jejich prožívání procesu užívání drog starším sourozencem v rodině a jejich role v tomto procesu.

5.2 Výzkumný soubor

Vzhledem k tématu práce, výzkumnému problému a zvolenému výzkumnému designu je potřeba zvolit také vhodný výzkumný soubor, se kterým bude výzkum realizován. Protože se v této práci jedná o design kvalitativní, byl soubor vydefinován tak, aby byl co nejvíce reprezentativní vůči výzkumnému problému. Tím je role mladšího sourozence v procesu zjišťování a řešení problému užívání staršího sourozence, a tak bylo zřejmé, že respondenty budou mladší sourozenci uživatelů drog, což je pořád poměrně široká skupina, kterou bylo potřeba dále specifikovat.

5.2.1 Výběrová kritéria výzkumného souboru

Jelikož se jedná o kvalitativní výzkum a získaná data byla analyzována metodou IPA, která vyžaduje pokud možno co úzký a homogenní (viz podkapitola 5.4) výzkumný soubor, bylo z hlediska validity celého výzkumu stanoveno několik dalších výběrových kritérií. Prvním z nich byl věk, jelikož v kvalitativním psychologickém výzkumu je samozřejmě potřeba zohlednit, že jednotlivé vývojové fáze života člověka jsou rozdílné, a chceme-li tedy mít soubor homogenní, je potřeba ohraničit ho na určité vývojové období. V tomto případě se jedná o mladou dospělost, tedy cca 20-30 let. Toto rozmezí jsem zvolila zaprvé proto, že jsem s ním pracovala i v bakalářské práci, takže s ním mám zkušenost a bude relevantnější poznatky propojit a rozšířit, a za druhé proto, že se sourozencem člověk byl v jedné domácnosti obvykle v dětství a dospívání, tudíž v mladé dospělosti má ještě zkušenosti poměrně v čerstvě paměti, ale zároveň už je schopen zpětného dospělého náhledu. Druhým kritériem bylo, aby respondent sám s drogami problémy neměl, z důvodu zachování náhledu

na celou situaci, která byla předmětem zkoumání. Dalším kritériem byla samozřejmě dobrovolnost a chuť se výzkumu zúčastnit. Odhadovaný počet respondentů byl 10 – jedná se o kvalitativní výzkum který jsem dělala sama, tento počet tedy vnímám jako adekvátní z hlediska časové náročnosti i hloubky a kvality analyzování dat.

5.2.2 Metody výběru výzkumného souboru

V kvalitativních designech se používají nepravděpodobnostní metody výběru a není zde stanoven jednoznačný postup. Metody se mohou prolínat, překrývat a upravovat v průběhu výzkumu dle saturace jeho potřeb, o to důležitější je však zvolené postupy i všechny případné související úpravy adekvátně zvolit, provést a celý tento proces důkladně popsat. Mezi typické nepravděpodobnostní metody výběru patří například metoda totálního výběru, sněhové koule, samovýběru nebo příležitostného výběru. V odůvodněných případech, například u smíšených designů, lze využít i u kvalitativního výzkumu pravděpodobnostní metody (použit kvalitativní metody na reprezentativním výběrovém souboru získaným znáhodněním) (Miovský, 2010).

Já jsem postupně volila kombinaci nepravděpodobnostních metod. Nejprve jsem oslovila respondenty z výzkumu k mé bakalářské práci, zda by se chtěli zúčastnit dalšího výzkumu, protože cílová populace je stejná. Šest z nich souhlasilo – do BP byli vybráni samovýběrem a metodou sněhové koule, ve „druhém kole“ výběru (do této práce) už se jednalo o prostý záměrný výběr. Dále jsem dala inzerát s nabídkou možné účasti v psychologickém výzkumu a se základními informacemi (téma výzkumu, výběrová kritéria, způsob provedení a časová náročnost + informace o dobrovolnosti, anonymitě a možném přínosu práce) na sociální síť Facebook do nejmenovaných skupin, které sdružují běžnou populaci skrze běžné společné charakteristiky (místo bydliště, nebo studovaná univerzita), a ve kterých jsou tisíce lidí. Tento způsob jsem zvolila proto, že jsem s ním měla velmi dobrou zkušenost již z bakalářské práce, naopak záměrným výběrem přes instituce jsem v BP respondenty nezískala, proto jsem ho v této práci nevyužila. Samovýběrem přes inzerát jsem zařadila další tři respondenty. Samovýběr se zároveň překrýval s kvótním výběrem, protože jsem se snažila mít vyvážený poměr žen a mužů (nejprve se naplnil počet žen, takže jsem další ženy pak již nepřibírala, i když se hlásily, a dala jsem přednost hlásícím se mužům). Další dva respondenti byli zařazeni do výzkumného souboru metodou sněhového koule (např. měl respondent kamaráda s podobnou zkušeností, nebo se někdo přes mé kamarády

dozvěděl, že dělám výzkum na toto téma). Použitými metodami výběru tedy byly prostý záměrný výběr, samovýběr a metoda sněhové koule.

5.2.3 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor nakonec tvoří 11 respondentů, z toho 6 mužů a 5 žen. Všichni splňují výše uvedená výběrová kritéria. Pro přehlednější popis i orientaci zde uvádím přehled respondentů a základní informace o nich. V době provádění výzkumu již všichni respondenti kromě R2ž žili mimo primární rodinu, uvedení členové domácnosti jsou tedy z období společného soužití v době užívání sourozence. Délka užívání uvedená v tabulce je orientační údaj získaný od respondentů dle jejich pohledu a informací (reálná doba užívání sourozence se může lišit).

Tabulka č.2: Charakteristika výzkumného souboru.

Kód respondenta (číslo + pohlaví)	Věk respondenta	Sourozenec uživatel - věk. rozdíl	Užívaná droga a délka užívání	Další členové domácnosti
R1ž	26	sestra - 3 roky	pervitin; cca 11 let	matka, otec
R2ž	24	sestra -16 let	pervitin; cca 5 let	matka, otec, bratr dvojče
R3ž	24	bratr - 7 let	pervitin, kokain; cca 5 let	matka, otec, 2 starší sestry
R4ž	30	sestra - 4 roky	pervitin; cca 14 let	matka
R5m	26	bratr - 2 roky	pervitin, heroin; cca 9 let	matka, otec, mladší sestra
R6m	30	bratr - 6 let	pervitin; několik let	matka, otec, 2 starší bratři
R7m	23	sestra - 12 let	pervitin; 7 let	matka, otec, starší sestra
R8ž	23	sestra - 4 roky	pervitin; cca 4 roky	matka, otčím
R9m	26	sestra - 9 let	pervitin; cca 1,5 roku	matka, otec
R10m	29	sestra - 8 let	pervitin; cca 17-18 let	matka, otec, dva starší bratři, starší sestra
R11m	23	2 sestry - 15 a 13 let	pervitin; cca 5 let a příležitostně	matka, nevlastní otec

5.3 Tvorba dat

Nejčastějším způsobem, kterým jsou v kvalitativním výzkumu získávána data, je rozhovor, případně pozorování. Miovský (2010, 155) uvádí, že „*interview patří mezi nejobtížnější a zároveň nejvýhodnější metody získávání kvalitativních dat. Při jeho zvládnutí totiž nejde pouze o získání potřebných sociálních dovedností a citlivosti, ale také o kultivaci schopností pozorovat (jak introspektivní, tak extrospektivní pozorování) a umění obě metody vzájemně provázat a dokázat z nich pro výzkum vytěžit maximum*“, z čehož je patrné, že i při provádění interview - tak označujeme výzkumný rozhovor, tedy „*rozhovor, který je moderovaný a prováděný s určitým cílem a účelem výzkumné studie*“ (Miovský, 2010, 156),

abychom ho jasně odlišili jako výzkumnou metodu od formy běžné mezilidské komunikace - provádíme určitou formu pozorování.

Dle úrovně strukturace dělíme interview na nestrukturované, strukturované a polostrukturované. Pro tvorbu svých dat jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor, protože užitečně snoubí výhody strukturovaných i nestrukturovaných rozhovorů – dává jasný rámec „povinných“ otázek, na které se jako výzkumník musím zeptat (tzv. jádro interview), a zároveň umožňuje v případě potřeby improvizovat, reagovat na situaci či zjištěné informace a dle potřeby se doptávat. Otázky rozhovoru jsem tvořila přímo z výzkumných otázek. Ke každé z nich jsem vytvořila hlavní otázku, která uvede danou část rozhovoru (tyto „hlavní, jádrové“ otázky byly 4), a k té potom řadu (v průměru cca 5) doplňujících otázek, které jsem potřebovala zodpovědět a doptala jsem se na ně v případě, že je respondent nezmínil v odpovědi na otázku hlavní. Tím jsem jemu/jí ponechala prostor pro individuální vyjádření, a sobě možnost zjistit vše pro výzkum potřebné. Zároveň jsem dopředu počítala s tím, že pokud bude třeba (například narazíme-li na téma zajímavé pro tvorbu dat, nebo bude-li potřeba rozhovor zkorrigovat či respondenta opečovat, zlepšit atmosféru – přeci jen se jedná o ne úplně „lehké“ téma a každý člověk přirozeně reaguje jinak, někdy je potřeba se více doptávat nebo naopak spíše usměrňovat), doptám se nebo situaci okomentuji dle potřeby. Přípravená kompletní struktura rozhovoru je k dispozici v přílohách této práce. Naprostá většina otázek je otevřená, což vychází z podstaty výzkumných otázek a z mé snahy neomezit formulaci respondenta. V případě potřeby byly „dokorigovány“ uzavřenými otázkami, bylo-li potřeba upřesnění informace, nebo ujasnění, zda dobře rozumím odpovědi apod.

Při samotném interview byly dodrženy základní fáze jeho vedení, tj. přípravná, úvodní, jádro, závěr a vyhodnocení (Ferjenčík, 2010). V přípravné fázi jsem si vytvořila strukturu rozhovoru, která pak platila pro všechny interview, a před každým rozhovorem jsem si ji přečetla, abych si ji detailně připomněla a zkrátka se „do toho dostala“. V úvodní fázi jsem respondenta přivítala, proběhl krátký small talk (zda dobře našel místo setkání, v případě online formy rozhovoru zda nám dobře funguje připojení atp.), následovalo mé představení (jméno, kde a co studuji, ročník, téma práce, informace, že už s tématem pracuji od bakaláře – pro respondenty z BP informace o zajímavých výsledcích, které BP přinesla a o tom, že teď ve výzkumu pokračuji/rozšiřuji/prohlubuji/specifikuji ho), informace o průběhu (bude to rozhovor na cca půl hodiny, budu se ptát, může odpovídat ale nemusí, rozhovor bude nahráván pro potřeby výzkumu, kdyby cokoliv respondenta napadlo, chtěl se

zeptat nebo to naopak chtěl ukončit, není problém apod.), a poučení o etice výzkumu (jak bude nakládáno s daty, anonymizace, možnost odstoupení...) včetně podepsání informovaného souhlasu. Poté jsem spustila nahrávání na audio záznamník a volně jsem přešla k úvodu rozhovoru, který obsahoval otázky na obecné orientační informace (pohlaví, věk, délka užívání sourozence a seznámení s časovou osou), a pak jsem již pokračovala jádrem dle struktury. V závěru jsem se vždy řekla že je to ode mě vše, a zda chce respondent cokoliv dodat, zda chce, aby ještě něco v rozhovoru zaznělo. Následně bylo nahrávání ukončeno, respondentovi jsem poděkovala za účast a snažila jsem se ho „opečovat“, podle možností situace zreflektovat jaké to pro něj bylo, proč je jeho účast na výzkumu cenná a co ho ještě ten den čeká, zkrátka se profesionálně a zároveň lidsky rozloučit. Na úvodní i závěrečnou část rozhovoru jsem kladla poměrně velký důraz, protože mám za to, že je – zvláště v kvalitativním výzkumu a zvláště u témat, která mohou být citlivější – velmi důležité myslet kromě získání potřebných dat také na člověka, který dobrovolně přišel mluvit o osobních záležitostech s budoucím psychologem.

Rozhovory probíhaly průběžně v období od začátku prosince do začátku února (pět v prosinci, pět v lednu, jeden v únoru). Osm z nich proběhlo osobně, tři přes online platformu. Většina rozhovorů proběhla v prostorách olomoucké katedry psychologie, kde je k tomuto účelu zřízena pracovní místnost, která zajišťuje vhodné prostředí. Tři rozhovory proběhly v tichých koutech kaváren, neboť se buď odehrávaly v jiném městě, nebo byla pracovna v preferovaný čas nedostupná a respondent si vybral variantu v kavárně. Snažila jsem se vždy upřednostnit osobní formu setkání, jelikož se domnívám, že tak lze s respondentem navázat lepší vztah, více ovlivnit rušení okolního prostředí, navodit důvěrnější atmosféru pro interview na citlivé téma a případně respondenta na konci lépe „opečovat“. Nicméně pokud některý z respondentů byl zrovna v zahraničí nebo preferoval online variantu, nebránila jsem se tomu a rozhovor proběhl obdobným způsobem jako by proběhl osobně, pouze informovaný souhlas byl zasílán s předstihem a byla vynechána část s časovou osou (kreslila jsem ji pouze sama pro svůj přehled během rozhovoru, o čemž respondent věděl). Celé setkání trvalo do hodiny, samotné rozhovory v průměru nejčastěji kolem 30–40 minut.

5.3.1 Časová osa

Výzkumné interview bylo doplněno technikou časové osy. Jedná se o techniku, jejímž průkopníkem u nás byl MUDr. Chvála (1995). Ten ji popisuje jako způsob práce,

který nám pomáhá vlastně odebrat pacientovu komplexní, „bio-psycho-sociální“ anamnézu a zrekonstruovat průběh jeho života. Jelikož se MUDr. Chvála, jak už zmiňuji na mnoha místech v teoretické části, věnuje psychosomatické medicíně a rodinné psychoterapii, vychází z předpokladu pacientovy disociace událostí, které mohly postupně vést k jeho současným symptomům, a metodu časové osy vnímá jako možnost, jak tyto události zmapovat. Já si v této práci takové ambice nekladu, ale vnímám tuto techniku jako skvělý nástroj, jak ztvárnit průběh událostí v čase. Jelikož jedním ze dvou cílů mého výzkumu je popsat průběh řešení problému užívání staršího sourozence v rodině, a váže se k němu výzkumná otázka jak tento proces probíhá, použila jsem časovou osu jako vhodné názorné doplnění a zpřehlednění průběhu tohoto procesu. V úvodní části interview jsem respondentovi vysvětlila, že si budu rozhovor takto zaznačovat. Jako první bod jsem vždy označila první respondentovo zjištění nebo událost vážící se ke zjištění užívání drog starším sourozencem a věk respondenta v té době. Jako poslední bod jsem zaznačila respondentův současný věk. Dále jsem v průběhu interview mezi těmito dvěma body poznamenávala další důležité události, o kterých respondent mluvil, a na konci interview jsem respondenta nechala (pokud chtěl) zakreslit na osu vývoj jeho vztahu s bratrem či sestrou v průběhu vyznačeného období. Mnozí z respondentů toto kvitovali jako i pro ně přínosný náhled na situaci, za což jsem samozřejmě ráda.

5.3.2 Pilotní studie

Na začátku sběru a tvorby dat může být užitečné realizovat pilotní studii, zejména v případech, kdy se jedná o méně probádané téma či méně zkušeného výzkumníka. Pilotní studie může být také užitečná pro ověření, zda navržené metody přinášejí kýženou kvalitu dat (Miovský, 2010). S tématem i výzkumem podobného typu sice mám zkušenost minimálně z bakalářské práce, nicméně rozhodla jsem se pro jistotu zrealizovat pilotní interview, spíše pro ověření „na čisto“, abych viděla, jak se mi rozhovor povede, jaké to bude pro respondenta, kolik času cca interview reálně zabere, a aby bylo možné včas odstranit případné nedostatky. Jelikož však pilotní rozhovor proběhl bez problému a přinesl první zajímavá data, neviděla jsem důvod, proč ho nenechat ve výzkumu, proto je také rozhovorů nakonec jedenáct (plánovaných deset + pilotní rozhovor).

5.4 Metody zpracování a analýzy dat

„Data sama o sobě velkou cenu nemají. Informace získané z rozhovoru jsou nezpracovanou surovinou, kterou je třeba utřídit, analyzovat a pečlivě vyhodnotit. Tak jako interview nezačíná kladením otázek, nekončí v okamžiku, kdy jsme se s respondentem rozloučili“ (Ferjenčík, 2010, 182).

Po realizovaných výzkumných rozhovorech jsem tedy měla k dispozici data v podobě audiozáznamů rozhovorů a zakreslených časových os. Rozhovory byly na přepsány na počítači v programu Word, přičemž byly anonymizovány identifikační údaje (pokud bylo v rozhovoru zmíněno jméno, bydliště, léčebna či cokoliv, dle čeho by bylo možné respondenta nebo někoho z jeho blízkých identifikovat, bylo slovo nahrazeno znakem X + obecnou kategorií, např. „X bydliště“). Audiozáznamy i přepisy rozhovorů jsem měla uložené v zamčené složce v zaheslovaném počítači a na soukromém externím disku. Přepisy jsem si vytiskla, jelikož se mi v nich tak lépe čte a dále s nimi pracuje, pospojovala jsem si je s časovými osami a mými poznámkami z vedení rozhovorů, a tak jsem měla připravenou složku k analýze každého případu.

K analýze dat máme možnosti využít metod typických pro kvalitativní designy. Tyto metody jsou, tak jako kvalitativní výzkum sám, do velké míry otevřené a flexibilní. Často se mezi sebou překrývají a využívají v podstatě podobných technik, rozdíly jsou spíše v úhlech pohledu a filozofických kořenech jednotlivých přístupů. Miovský (2010) se snaží je srozumitelně roztrždit a popsat, čímž, jak sám uvádí, dochází k jejich zjednodušení a schematizaci, ale jinak by vlastně vzhledem k jejich složitosti nebyl přehled možný. Uvádí jak dílčí postupy, které jsou právě využívány v podstatě napříč metodami analýzy (například vytváření trsů, zachycení gestaltů, vyhledávání a naznačování vztahů, využívání metafor), tak základní typy metod analýzy kvalitativních dat (například zakotvená teorie nebo narativní analýza).

V roce 2013 Řiháček et al. vydali publikaci, která se přímo zaměřuje na vlivné metody kvalitativní analýzy textů: na interpretativní fenomenologickou analýzu (IPA), zakotvenou teorii, narativní analýzu a diskurzivní analýzu. Pozoruhodné je, že použili stejný datový soubor k analýze těmito čtyřmi přístupy, díky čemuž si čtenář může udělat lepší představu o odlišnostech i podobnostech jednotlivých přístupů. Já jsem pro analýzu dat zvolila interpretativní fenomenologickou analýzu, jelikož se zabývám specifickým fenoménem do hloubky a vycházím z pohledu respondentů, kterému se snažím opravdu

porozumět. Kladu si za cíle popsat roli mladších sourozenců a průběh řešení problému užívání staršího sourozence v rodině, držím se tedy deskriptivní roviny zkoumání, a těchto cílů se snažím dosáhnout zjištěním a zkoumáním individuálních zkušeností mladších sourozenců. Za nespornou výhodu této metody považuji možnost ukázat jak zážitková témata, která respondenti sdílejí, tak jedinečný způsob jejich projevu u každého z nich (Smith & Nizza, 2021). IPA je rozvíjena od 90. let, a to především Jonathanem A. Smithem (Smith et al., 2009). Její teoretické ukotvení tvoří 3 základní pilíře: fenomenologie, hermeneutika a idiografický přístup. Fenomenologie se zabývá věcmi tak, jak se člověku samy, jako takové objevují v jeho vlastním vědomí. V souvislosti s IPA se projevuje právě snahou porozumět žité zkušenosti člověka tak, jak ji on ve svém životě zažívá, jakým způsobem ji vnímá. Hermeneutika pracuje s faktem, že čtenář k textu nepřistupuje nikdy nepředpojatě, nýbrž se svými žitými a odžitými zkušenostmi, které ho samozřejmě nějakým způsobem formují a utváří tzv. předporozumění – předběžné porozumění, se kterým čtenář k textu či člověk k fenoménu přistupuje. Součástí analýzy je tak práce v hermeneutické spirále s dvojitou hermeneutikou. Respondent se snaží porozumět své zkušenosti a výzkumník tomu, jakým způsobem k tomuto porozumění respondent dospívá a jak ho zažívá. A konečně idiografický přístup, který je v protikladu k přístupu nomotetickému orientován na individualitu a jedinečnost každého člověka (Kostínková Koutná & Čermák, 2013). Prakticky IPA probíhá v následujících krocích:

0. Reflexe výzkumníkovy zkušenosti s tématem výzkumu
 1. Čtení a opakované čtení
 2. Počáteční poznámky a komentáře
 3. Rozvíjení vznikajících témat
 4. Hledání souvislostí napříč tématy
 5. Analýza dalšího případu
 6. Hledání vzorců napříč případy

Těchto kroků jsem se tedy při analýze držela. Zároveň, jak naznačili Miovský (2010) i Řeháček et al. (2013), metody kvalitativní analýzy a zvláště jejich dílčí postupy se do značné míry mohou překrývat, tudíž i při analýze metodou IPA jsem využívala některé postupy vhodné pro analýzu, které mohou být využitelné i pro jiné metody (různé druhy kódování, úvahy nad způsobem vyprávění respondenta...).

Ráda bych zdůraznila význam „nulté“ fáze analýzy – je dobré, aby výzkumník skutečně nejprve provedl sebereflexi svých zkušeností s tématem. Smysl tohoto kroku je

nasnadě – jedním z ústředních bodů v provádění této analýzy je interpretace, která může celou analýzu naprosto ovlivnit a tím, kdo data interpretuje je právě výzkumník. Je proto důležité, aby měl na téma a svou zkušenost s ním adekvátní náhled a byl schopen se sebou v tomto směru vhodně pracovat. Kromě toho je to důležité i pro výzkumníka samotného a jeho pohodu potřebnou pro práci s tématem. Kostínková Koutná & Čermák (2013) nabízejí 2 způsoby, jak tuto sebereflexi provést: dialog sám se sebou či oslovení kolegy, který by daný rozhovor prošel s námi samotnými. Jelikož jsem se tématu věnovala již ve svém předchozím výzkumu, důkladnou sebereflexi jsem prováděla již v jeho rámci (Cígenerová, 2020), kdy jsem zvolila první variantu (vnitřní dialog), a zároveň jsem záležitost krátce konzultovala s vyučujícím z katedry. Přesto jsem pro úplnost před tímto výzkumem provedla vnitřní revizi své sebereflexe.

V dalších fázích jsem si tedy rozhovory nejprve jeden po druhém jen pročetla a poslouchala z audiozáznamů. Potom jsem si začala tvořit poznámky: nejprve spíše různé postřehy, potom jsem při opakovaném čtení viděla, které se opakují a co je v celém rozhovoru výrazné, k čemu se respondent vrací apod., a tvořila jsem si první poznámky a nástin témat. Když toto proběhlo u prvního případu, pokračovala jsem k dalšímu, u kterého jsem se snažila přistupovat k němu zase jako k novému, tj. co nejvíce nezaujatě a otevřeně. Po těchto opakovaných analýzách všech případů jsem si dala dohromady rozvinutá témata a hledala jsem podobnosti i rozdíly mezi nimi. Tuto analýzu jsem dělala ručně – samozřejmě vím, že je řada programů k tomuto účelu vytvořených, ovládám například Atlas.ti, ale taky vím, že se mi s daty pracuje lépe v ruce a udělám to tak poctivěji, takže proto jsem zvolila tuto techniku. V programu Atlas.ti jsem nicméně vytvořila alespoň zpřehledňující schéma významných témat a souvislostí.

5.5 Etika výzkumu

Etickou stránku výzkumu pokládám za hodně důležitou, takže jsem na ní samozřejmě dbala dle svého nejlepšího vědomí a dle aktuálních platných etických kodexů (ČMPS, 2017; EFPA, 2015; APA, 2017; Miovský, 2010). V souladu s tím byli respondenti od začátku informováni o tématu výzkumu a o tom, jak a proč bude probíhat. Tyto informace jsem jim sdělila, když jsem je kontaktovala (týká se respondentů z výzkumu k BP), případně byly nastíněny v inzerátech. Poté, co se respondenti ozývali, vždy jsem je znovu a podrobněji informovala o tom, jak bude výzkum veden. Tedy že se jedná o výzkumný rozhovor, který budu provádět já, kde a jak proběhne, že bude trvat cca kolem půl hodiny, a znovu jsem

vysvětlila o jaké téma jde, jaký je smysl výzkumu, jaký může být jeho přínos, a že je možné kdykoliv odstoupit. Během celého procesu výběru respondentů, domlouvání a průběhu rozhovorů nebo i zpětně byl samozřejmě kdykoliv prostor pro případné dotazy.

Před zahájením samotného interview jsem respondentům dávala podepsat informovaný souhlas (k nahlédnutí v přílohách práce). V případě online rozhovorů byl informovaný souhlas zaslán předem. Obsahoval například informaci o tom, že rozhovory budou nahrávány a data zůstanou anonymní. Vždy jsem pak ještě vysvětlila, co se bude s nahranými rozhovory dít (uložení, přepis a analýza), a jak bude zachována anonymita. Respondenti byli informováni, kdy zapínám a kdy vypínám nahrávání. Snažila jsem se pro rozhovory zajistit co nejvíce klidné, příjemné prostředí a atmosféru a výzkumný rozhovor vést přirozeně, přiměřeně citlivě a tak, abych se pokud možno dozvěděla odpovědi na své otázky. Jelikož jsem si vědoma, že se jedná o citlivé téma, které může být v různých fázích (například pokud užívání sourozence stále trvá, nebo mělo fatální následky, nebo s ním má respondent spojené nepříjemné zážitky...) různě náročné, byla jsem připravena, pokud by bylo potřeba, provést krizovou intervenci nebo nabídnout příslušné kontakty pro dlouhodobější psychologickou péči, a to vše za dodržení empatické neutrality.

Miovský (2010) uvádí, že se etika výzkumu netýká jen ochrany respondentů, ale také výzkumníků. Snažila jsem se tedy myslet i na tuto stránku věci a stanovit si předem určité body pro svou případnou ochranu: nevrhat se do potencionálně nebezpečných situací, udržovat profesionální a zároveň lidské hranice, dbát i na ochranu svých vlastních citlivých údajů a pečlivě reflektovat, do čeho si mohu dovolit jít – nepouštět se tam, kde už se cítím nejistě či nepříjemně, což by bylo neetické i vzhledem k respondentům. Také jsem věděla, kam se mohu obrátit k případné supervizi či spolupráci, pokud by to bylo potřeba.

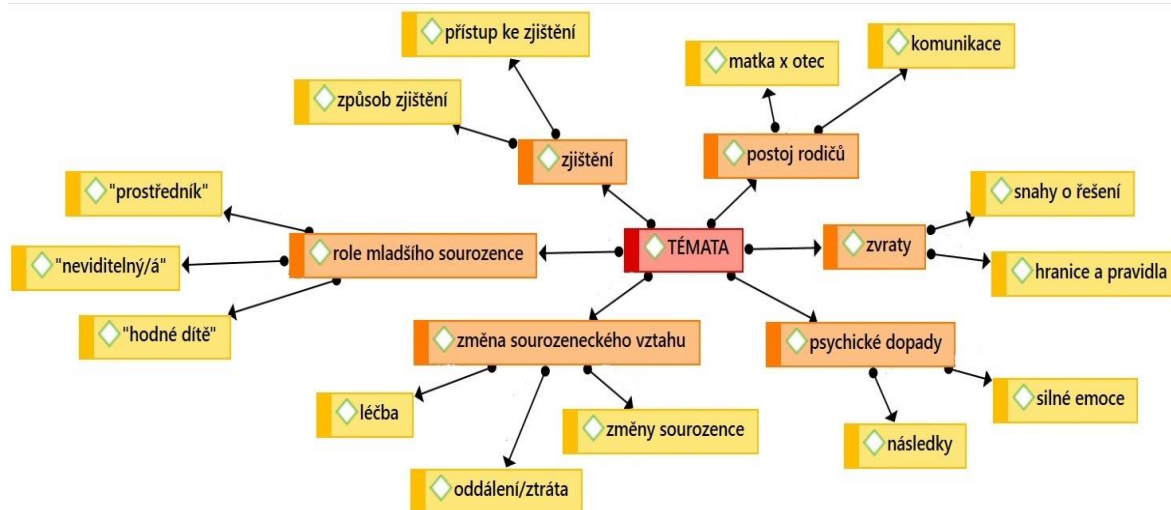
6 VÝSLEDKY

V této části práce již prezentuji výsledky analýzy dat.

6.1 Významná témata

Na základě analýzy dat vyvstalo několik významných témat. V souladu s postupy metody IPA nejprve prezentuji přehled témat a dále je popisují podrobněji (Kostínková Koutná & Čermák, 2013). Hlavní témata jsou ve Schématu č.1 vyznačena oranžovou barvou, žlutá jsou další podtémata, která jsou součástí hlavních témat (hlavní témata jsou jim nadřazená). V jednotlivých podkapitolách jsou vždy představeny hlavní myšlenky témat, a dále podrobnější popisy demonstrující reprezentace tématu jednotlivými respondenty. Pro ucelenější představu a lepší transparentnost je text doplňován doprovodnými ukázkami výpovědí respondentů.

Schéma č. 1: Významná témata.



6.1.1 Zjištění

První významnou oblastí bylo téma zjištění faktu, že starší sourozenec užívá drogy. Rozhovory v tomto bodě začínaly a již v tom okamžiku měla velká většina respondentů s tématem spojené podstatné vzpomínky. V polovině případů byli **respondenti prvními, kdo zjistil**, že něco není v pořádku, a to často v nižším pubertálním věku. Byť někteří byli

ve **věku adolescentním** (17 a 18 let) a měli tušení, o co se jedná, popisovali překvapení, zmatení, a počáteční důvěru: R5m: „*A potom, když se začal spřahovat s takovými partami, tak pro mě to bylo takový, že jsem si říkal: „Tak okay, tak prostě něco zkouší.“ Ale nenapadlo mě vůbec, ani ve snu, že by to mohlo být nějaké dlouhodobé hledisko, že by to mohlo do něho až vrůst takovým způsobem. To by mě prostě nikdy nenapadlo, že by tohle se mohlo stát.“*; R1ž: „*Nechápu, jak jsem jí to mohla věřit. Ale prostě jsem jí věřila, což je strašně divný. No. Protože, jakože já si pamatuju, že my jsme měli ve škole hroznou spoustu takových těch jako přednášek o tom, jak ten závislej se chová... Až potom to jako by začalo dávat smysl, co se s ní vlastně dělo.“* U **tehdy mladších sourozenců** (11, 12, a 15 let) se objevoval spíše neurčitý pocit, že něco není v pořádku, ale nevěděli, co se vlastně přesně děje. Jednalo se vždy o zvláštní situace (aplikace drogy před mladším sourozencem, nějakým způsobem podivné chování, změny fyzické i psychické), případně mladšího sourozence oslovil někdo mimo rodinu, například přítel starší sestry nebo společní přátelé. Ve všech těchto případech však **byli z rodiny první** a museli s touto situací nějak naložit. Nikdo z těchto respondentů **nešel přímo za rodiči**, jelikož buď důvěřovali sourozenci, nebo chtěli mlčet a „nepodrazit ho“, případně chtěli vyřešit situaci sami. Následně se zhoršováním situace však problém vyšel stejně najevo a rodiče si ho začali všimnout. V tu chvíli se s nimi respondenti snažili o věci mluvit.

Druhou variantou u další poloviny respondentů bylo **zjištění přes rodiče**, to znamená, že problém užívání už se v rodině nějakým způsobem projevoval a z těchto projevů mladší sourozenec vydedukoval, že se něco děje. Toto se týkalo respondentů, kteří byli **v té době v mladším věku** (8, 8, 11, 10, a 11 let). Všichni tito mladší sourozenci své obeznámení se situací popsali ve smyslu **hádek a nepříjemných až dramatických situací**, z nichž většinou pochopili jen to, že se dělo něco, co není v pořádku: R3ž (na otázku, zda věděla, co se doma řeší): „*Asi věděla, ale asi jenom do takový míry, co jsem byla schopná odposlouchat z hádek a... a z toho, když na sebe řvali, protože jako by nikdy v životě rodiče si s námi nesedli a neřekli: „Bratr začal kouřit, tak to teď řešíme.“ Když v tom žiješ sedm let, tak si asi... tak, tak víš, co se děje, ale ne proto, že by ti to někdo říkal.“* R10m: „*Tak se pak různě hádali a byli takový různý konflikty ohledně toho. Takže asi takhle nějak se to ke mě dostávalo. ... bylo mi to nepříjemný, hlavně jako protože se doma hádali. Pořád bylo pak už jako dusno postupně.“* Všichni také vyjádřili, že jim situace nebyla příjemná zejména proto, že jim nikdo nevysvětlil, o co jde a museli si to domýšlet, a že by ocenili, kdyby jim někdo otevřeně a věcně řekl, co se děje.

V jednom případě se respondent o užívání sestry dozvěděl od ní samotné, když mu v 18 letech nabídla, ať s ní vyzkouší kokain.

6.1.2 Postoj rodičů

Když rodiče zjistili co se děje, nebo že se něco děje, bylo pro respondenty naprosto kruciólní, jaký postoj matky a otcové zaujali a jak se zachovali. V rámci tohoto tématu vyvstaly zajímavé fenomény. Za prvé, jednoznačně se ukázalo, že z pohledu respondentů byly v postoji k problému **aktivnější matky** – bylo to uvedeno ve všech 11 případech. Jejich aktivita se projevovala různými způsoby, zejména **výraznějšími emocemi** a případně více či méně zdařilými **pokusy o komunikování a řešení** situace. V některých případech (tam, kde s informací o situaci přišel mladší sourozenec) o problému, zejména zpočátku, odmítaly slyšet či mluvit, nicméně pořád byly respondenty považovány za aktivnější, protože **otcové** v těchto případech **nefigurovali vůbec, nebo velmi sporadicky** (respondenti žijící pouze s matkou, nebo s matkou a nevlastním otcem staršího sourozence). Co se týče otců, vzhledem k variabilitě rodinných uspořádání nejprve rozdělím **3 kategorie**: rodiny, kde žili sourozenci (respondent a uživatel) v domácnosti s vlastním otcem a matkou, budu je zde označovat jako úplné; rodiny, kde žily sourozenci v domácnosti pouze s matkou, nebo s matkou a nevlastním otcem, budu je zde označovat jako rozvedené; a rodiny, kde žili sourozenci v domácnosti s vlastním otcem mladšího sourozence, ale starší sourozenec měl otce jiného a pro něj byl tudíž vlastní otec respondenta nevlastní, ty zde budu označovat jako patchworkové (jsem si vědoma nepřesností a zjednodušení, například jsem při rozhovorech nepátrala po tom, zda byli rodiče přímo sezdáni, nebo žili v partnerství; jedná se o „pracovní“ názvy pro účely prezentace dat, aby se v nich i přes složitost tématu bylo možné dobře vyznat).

Všichni respondenti tedy označili jako **aktivnější** v řešení situace **matky**, nicméně ve dvou případech (úplné rodiny) byli dle výpovědí respondentů aktivně zapojeni oba rodiče a pokoušeli se řešit situaci společnými silami. V jiných dvou úplných rodinách se sice **otcové** zpočátku neprojevovali tak aktivně jako matky, nicméně když byl potom problém horší, snažili se nastavovat nějakým způsobem **hranice, zasáhnout v kritických situacích**: R5m: *„A najednou to byl moment, kdy taťka si řekl: „Tak a hotovo.“ A řekl mu to, že ještě jednou taková scéna a letí, a to se pak stalo. ... prostě taťka ten to vzal prostě za svoji ruku, fakt ho držet v nějaký rovině, alespoň, ať má nějakou pevnou zem pod nohama. ... pak vyšel jen na dvůr a taťka to udělal, že je zavolal. Hned přijeli. (o odvozu bratra na psychiatrii)“*, nebo

alespoň držet rodinu ekonomicky: R9m: „*Ona (matka) je taková víc jako empatická, takže ona fakt jako. ... já jsem ji prostě potkával v bytě, jak brečí. Otce spíš zajímala práce a aby tu rodinu udržel nad vodou. On se to jako snažil prostě vytěšňovat. Snažil se vést ten svůj byznys, aby udržel tu rodinu.*“ Další dva respondenti z úplných rodin popisovali jejich očima otce spíše jako mlčícího, pasivního: R1ž: „*Táta teda nebyl jakoby nikdy na řešení problémů, takže on jakoby spíš mlčel a nechal na to mamku (výzkumnice přitakává) a byl takovej jakože spíš... Spíš smutnej, zklamanej z ní, jako mi přišlo.*“ Je pozoruhodné, že výše zmíněné se potvrdilo i v případech, kdy otec byl vlastní pro oba bratry, ale matka respondenta byla staršímu bratrovi nevlastní: R6m: „*Náš táta je takovej.. Na to, že on má na všechno spoustu názorů všeho toho, tak v tomto smyslu je takovej, že mlčí. On je takovej pasivní. A máma, která je vlastně jeho nevlastní ... angažovala se v tomto víc. rozhodně to byla máma, co se snažila tu situace nějakým způsobem řešit. Táta se k tomu nijak nevyjadřoval...*“

V rozvedených a patchworkových rodinách (5 případů) byl **přístup vlastních otců**, ať už otců všech sourozenců nebo pouze užívajícího staršího sourozence, spíše **kontraproduktivní** – například došlo k odvezení sourozence z léčby, protože se mu tam nelíbilo, k jeho finanční podpoře: R2ž: „*...a pak šla vlastně do toho zařízení s dětma, aby jí nevzali jakoby svoji první dceru takže.... A odtamtud ji nějak vzal a... Víím, že z toho byla mamka dost jako rozmrzelá. Takže angažoval se, ale v tom smyslu, že jí třeba jako dával prachy, za který ona si pak jako by hm... obvykle nekoupila zimní bundu.*“, anebo chtěl otec při sporadických setkáních vidět jen to dobré, a ne problémy, případně neprojevoval zájem vůbec. **Otčímové se převážně příliš nezapojovali**, protože neměli na nevlastní dítě „páky“, ale zároveň se snažili **být podporou**. V jednom případě byla snaha nevlastního otce podobně kontraproduktivní, jako u vlastních (došlo k vytvoření neexistující pracovní pozice, aby měl uživatel „práci“).

Za druhé, velmi podstatným aspektem se ukázala být **komunikace rodičů**. Bohužel, ani v jednom z případů zdravá, tedy přinejmenším otevřená a přímá komunikace ze strany rodičů **neprobíhala**. S určitou výjimkou dvou případů, kdy byli respondenti „starší“ (18 a 17 let) a byli sami iniciátory konstruktivní komunikace s rodiči, vyjádřili **nespokojenost s komunikací** všichni respondenti. Společná komunikace u jednoho stolu proběhla pouze v jednom případě, a respondentka ji hodnotí kladně: R1ž: „*Jo, seděli jsme u stolu a řešilo se, co se děje. ... Jsem ráda, že jsem u toho byla, že prostě... (respondentka se odmlčuje) Že, že se to řešilo tak nějak dohromady, no.*“ Zároveň však dodává, že otec se nezapojil, byť byl fyzicky přítomný. V dalších sedmi případech byla **komunikace neuspokojivá** různými

způsoby a různou měrou. V podstatě se jednalo buď o napětí ve smyslu **tiché domácnosti a popírání problému**, případně o jaksi zastřenou komunikaci, nebo naopak o hlasité neproduktivní až destruktivní **hádky, křik, i násilí**. Obě formy přinášely respondentům nepohodu, neklid a napětí a to zejména proto, že jim buď **chyběla informace** o tom, co se vlastně děje, nebo byli z konfliktu úplně vynecháni. Všichni se shodně vyjádřili, že by bývali uvítali a **potřebovali otevřenou komunikaci**, vysvětlení, co se děje, **jasné informace** přiměřené svému věku: R6m: „...rozhodně bych ocenil takový nějaký férový přístup. Takže prostě informace, situace je taková a taková, snažíme se s tím něco udělat. Jako zapojit do toho náš všechny, protože my jsme v té době všichni bydleli spolu, sdíleli spolu pokoje a prostě všechno, tak mi to bylo takové, jakože oni tam mají nějakou situaci, řeší něco, kde se situace týká i mě a já jsem tak jakože odstrčen ke stěně.“ R3ž: „Já bych fakt jako hrozně v té době ocenila, kdyby, kdyby... mi rodiče řekli: „Bylo by dobrý, kdybys ted' začala chodit jako na terapii,“, anebo kdyby i oni něco (předchozí slovo respondentka zdůrazňuje) řekli, kdyby někdo něco řekl.“ Důležitou roli hrály i další okolnosti, například **věk respondentů** – míra nespokojenosti i dopadů na respondenty samozřejmě úzce souvisela s tím, kolik jim bylo v době, kdy se v rodině problém s užíváním sourozence řešil, let. Dva respondenti, kteří byli v době zjištění v **adolescentním věku**, vzali situaci do značné míry do svých rukou a byli to právě oni, kdo rodiče informoval o tom, co se pravděpodobně děje, nebo kdo navrhl návštěvu poradny. Respondenti, kteří byli v příslušném období ve **věku 8-11 let**, nebo v **pubertálním věku**, samozřejmě „řešili“ a vnímali situaci jinak a způsobovala v nich právě ještě více pocitů odstrčení, strachu a zmatení. Zároveň někteří respondenti projevíli zpětně velmi zralý nadhled a pochopení pro situaci rodičů, uvědomovali si širší i hlubší souvislosti, nebo i přenosy transgeneračních vzorců v jejich rodinách, nicméně v době, kdy se problémy aktuálně děly, to bylo velmi nepříjemné.

6.1.3 Zvraty

Přemýšlela jsem, jak toto téma uchopit. Protíná se v něm totiž více fenoménů: **pokusy o řešení**, zejména ze strany rodičů, jejich následky a také **narušování hranic**. Avšak protože je celá tato práce zaměřena na mladší sourozence a jejich pohled, zvolila jsem pojmenování podle průsečíku těchto fenoménů, který byl pro respondenty tím nejpálčivějším, a tím byly právě časté **zvraty a narušování stability**.

Jedná se opět o velmi výrazné téma, které zmínili všichni respondenti, a to aniž bych se na něj ptala – spíše se vinulo všemi rozhovory jako červená nit. Jak se problém v rodinách

objevil, rodiče (a někdy i sourozenci) se snažili ho různými **způsoby** zkoušet **řešit**. Ve třech případech se jednalo o poměrně **konstruktivní způsob řešení**, kdy se rodiče, byť měli třeba i rozdílné postoje (například matka byla pro vyhození dcery z domu, aby si „sáhla na dno“, otec pro její podporu a pomoc, protože je nemocná), domluvili na potřebném postupu, kterým byla léčba užívajícího sourozence. To se týká toho jednoho případu, kde **rodina** řešila zjištění problému a další postup **společně**. Zbylé dva případy jsou ty, kde řešení navrhli respondenti, kteří zjistili situaci jako první v **adolescentním věku** (17 a 18 let) a s rodiči o situaci **promlouvali, vysvětlovali**, o co jde a například **navrhli řešení** v podobě návštěvy poradny. Ta se v jednom z těchto případů uskutečnila.

V ostatních osmi případech se jednalo o **nepříliš konstruktivní pokusy** v podobě opakovaných proseb a snah o domluvu: R6m: „*Ono to začalo tak postupně, jakože to klasické „tytyty“ a prostě zkoušeli to tak nějak slovně, jako dohodou, promluvou, bla bla bla. Což samozřejmě nefungovalo.*“, dramatických hádek, zákazů, popřípadě o popření nebo snahu celý problém zakrýt. **Užívání** však **gradovalo** a rodiny zažívaly řadu **vypjatých situací** s ním spojených, od paranoidních záchvatů, přes útky, krádeže až po slovní i fyzické napadání. R9m: „*no to nikdy nezapomenu, to byla hádka, kdy já jsem sedl k telefonu a zavolal pomoc, na pevnou linku, tak jsem zavolal záchranku z X nemocnice, ti přijeli s policajtama, ty sestru zaklekli, prostě ti borci ji něco píchli na uklidnění, ségra se uklidnila a začala říkat co a jak, policajti začali vyslychat rodiče, ti jim řekli asi tak co a jak, a na základě tohodle oni asi udělali nějaký protokol a druhý den jela prostě znova do X léčebna, tam byla asi zhruba půl roku.*“ (respondent, který volal ve 12 letech záchrannou službu, zatímco rodiče se prali se sestrou). R3ž: „*...jsem furt viděla jenom ty hádky neuvěřitelný a to, to násilí a tu agresí a... to jako z obou stran. A tu jejich vlastně... nemohoucnost cokoli udělat, protože at' udělali cokoli, tak to bylo naprosto zbytečný.*“

Tak či onak, **pokusy o nějaké řešení** probíhaly ve všech rodinách. V případech, kde byly pokusy z odborného pohledu vedeny **konstruktivním směrem**, se v jednom (dle respondentky) sestře podařilo s užíváním skončit samotné, ve druhém se podařilo namotivovat sestru do léčby, nicméně ji nedokončila (napotřetí sice také nedokončila, ale od té doby dle respondentky abstinuje), a ve třetím se bratra namotivovat nepodařilo. Přesto byly v rodinách **nastaveny** nějaké **hranice** (testování na drogy, podmínka práce). O to se snažily i rodiče dalších respondentů, bohužel **nepříliš efektivně**, což respondenti uváděli jako velmi **nepříjemné** a **narušující**. Zmiňováno bylo například nerovnoměrné rozdělení povinností v domácnosti, at' už v rámci domácích prací, dodržování rodinných pravidel (tam,

kde nějaká byla), nebo čerpání společných financí a jídla bez vlastního podílu: R6m: „Protože v té době žil z toho jednoho stejného budgetu, jako my všichni, ale nepřispíval nijak a vlastně už nechodil do školy. ... Rodiče, tam to trvalo roky, než se k tomu tak nějak postavili, když viděli, že tam prostě z jeho strany nebyl absolutně žádný zájem o to se z té situace vymotat. Žádný zájem, žádné jeho jakože aktivní participace nebo něco, absolutně nic.“, R10m: „... A ona pak jako za pár dní/týdnů zjistila, že pro ní bude lepší bydlet doma a nějak jako prostě dělat, že je v pohodě. Protože jako doma měla přece jenom svůj komfort a jídlo a tak. ... Takže ona se vždycky vrátila a vždycky jim jako slíbila, že to bude v pohodě a nějakou dobu to jako bylo v pohodě, nebo jako ona se tvářila.“ V této rodině pak vzal situaci do rukou další z bratrů, který užívající sestru, která měla již dítě, nahlásil na OSPOD, na základě čehož se sestra rozhodla jít léčit. V jiné rodině dostávala užívající sestra od matky peníze tajně, protože otec s tím nesouhlasil. Zkrátka byly s **dodržením hranic** ve všech případech (včetně rodin s konstruktivním přístupem) **problémy**, přičemž ve dvou případech ani **žádné hranice** nebo **pravidla nebyly** stanoveny. Všichni respondenti toto i výše zmíněné zvraty popsali a pojmenovali jako **zraňující**, **matoucí** a nepříjemné: R4ž: „...Jo, já jsem pak už tam nechtěla jezdit, protože mě to děsně deprimovalo... já jsem to úplně chtěla odříznout a úplně jsem to nechtěla řešit, a jako měla jsem i takový hrůzy, že jako volá máma a já říkám „co se zase stalo?““, R9m: „Tak jsem si říkal: Oukej tak je pryč, je někde tam. Mě ona nezajímá, pak se objevila doma a já ji začal vnímat, jako nějakýho nepřitele, který najednou narušuje můj prostor, a těšil jsem se až ji odvezou, jenomže jakmile ji odvezli, tak jsem začal cítit takový úzkosti zase, to bylo takový nevím.“ To, co nejvíce respondentů popsal jako **frustrující** bylo **nedodržení hranic** a **nečekané zvraty** – věděli, že rodiče řekli, že už sourozence nepřijmou, ale obvykle to dříve nebo později udělali, a to opakovaně. Tam, kde se hranice podařilo držet, mnohdy v dobré víře přijali vyhozeného sourozence prarodiče: R6m: „...v podstatě babičku trošku týral. Začalo to slovně, pak myslím, že i něco fyzického tam proběhlo trošku. Babička byla důchodkyně, žila sama, on jí bral důchod, tak to bylo špatný, no.“ S odchody a nečekanými návraty sourozenců, ať už nedokončených léčeb či všelijakých drogových tahů, spojovali respondenti **nejistotu**, **vztek**, **strach** a **pocit zranění** nebo **zrady**. Někteří to popisovali jako „zacyklení rodiny, cyklení v bezmoci“. Naopak v jednom z případů byly **hranice** naopak velmi **rigidní**, kdy matka, dle respondentky zřejmě v obavě o zbylé mladší sourozence, starší sestru od sourozenců zcela oddělila (byl zde velký věkový rozdíl). Přesto se k nim po čase sestra znovu nastěhovala, což respondentka, v té době ve věku cca 11 let, popsala jako „velkou ránu“. Později si k sobě sestry našly cestu a bylo jim velmi líto, že o svůj vztah na dlouhou dobu přišly, navíc

respondentka cítila obavy z reakcí matky na svůj kontakt se sestrou. Ani tento druhý extrém se tedy neukázal jako příliš vhodný.

6.1.4 Psychické dopady

Výše popsané situace a procesy měly na respondenty různé **psychické dopady**, často dokonce v podobných sledech. Všichni popsal **silné a dlouhotrvající negativní emoce**, nejčastěji **strach, vztek a lítost**, často právě v tomto pořadí. **Strach** pociťovali z toho, co se obecně děje doma (zmiňované hádky a marné snahy o řešení), nebo měli **strach** o sourozence, o to, co s ním je a aby se mu něco nestalo, případně to byl **strach** ze sourozence, aby jim nebo rodičům nějak neublížil, v pozdějších fázích **strach**, kdy se opět „zjeví“. Někdy šlo o všechny tyto strachy dohromady. **Vztek** byl nejčastěji přímo na sourozence, za to, že „způsobuje“ nepříjemné situace doma, že se kvůli němu rodiče trápí, že lže a je nespolehlivý, že ho ztrácejí jako bratra/sestru. Zároveň však na rodiče za to, že buď situaci neřeší, nebo ji řeší nevhodně, což vede k hádkám a dramátům, a zejména proto, že „vždy něco slíbí a pak to nedodrží“ (viz kapitola o zvratech). **Lítost** se u některých respondentů dostavila dříve, kdy jim bylo líto, co se sourozenci nebo rodičům nebo celé rodině děje, u některých přišla později **lítost nad ztrátou vztahu**, bezvýhodností situace nebo smrtí, kterou užívání bratra v jednom z případů skončilo... Všichni respondenti kromě jednoho, který emoce zkrátka příliš nezmiňoval, případně spíše uváděl pozitivní konotace, jelikož mu sestra umožnila drogy vyzkoušet, mluvili přímo o některém z druhů **vzteku** a **naštvaní**, ke kterému většina přidala **strach** a **lítost**. V případech, kdy se sourozenci podařilo s užíváním přestat a začít abstinovat, kdy nastoupil do léčby, popřípadě kdy ho rodiče vyhodili z domu, popisovali respondenti také **radost** a **úlevu**. Při opakovaných nedokončených léčbách a nečekaných návratech však vždy poté uvedli o to **větší zklamání**.

Ke zmíněným **negativním emocím** ještě nadpoloviční většina respondentů uváděla různé **další psychické dopady**. Dva případy, kdy ve zjištění a snaze situaci řešit hráli respondenti primární roli, popisovali pocity **velké zodpovědnosti, tlaku**, nebo až předčasného dospění: R8ž: „*Možná, že jsem v tom nejhorším období byla nucena hrozně rychle dospět. ... Že jsem jako dítě v téhle zkušenosti hodně rychle dospěla.*“ O pocitu **zodpovědnosti** mluvil také respondent, kterého se v 15 letech rodiče zeptali, zda se o sestru případně postará: R9m: „*...to byla zase úplně debilní situace, mě bylo asi 14 nebo 15 a rodiče se mě ptali, jestli si segru někdy vezmu do péče... vůbec jsem nevěděl, která bije... moji rodiče v tomhle neuměli úplně chodit. Do teďka to podle mě neumí.*“ **Tlak** vzešlý

z obrovského nároku domluvit staršímu sourozenci, být **vzorem** a „tím dobrým“, který dělá zbytku rodiny radost, se projevil například pocity **viny**: R1ž: „...pořád jsem byla jako ten příklad, který ona by měla následovat, a neměla jak, protože jsem byla mladší. ...jsem měla hroznou chuť udělat nějakou blbost jenom proto, aby už s tím přestali... A jako by pořád mám pocit, že jako by třeba na tom mám i nějaký podíl“ (na užívání sestry a jejích pokusech o sebevraždu). V jiných případech se náročná situace na respondentech podepisovala záchvaty **úzkosti**, nebo jinými **těžkými stavy**, které dnes někteří řeší zpětně na terapii. Dopady se týkají i případných dalších, neužívajících sourozenců respondentů: R3ž: „nemluvalo se o tom, no. Prostě bylo to tabu. A... jedinej kdo, kdo o tom... právě že ta ségra úplně nejstarší, co přijela z X země. Tý bylo dvacet čtyři, takže jako mně teďka, že jo, takže ona se z toho... hodně zhroutila a měla tam takový výkřiky, že prostě musíme všichni chodit na terapii rodinnou a takhle, ale... nikdo ji asi neposlouchal. ... Skončila hospitalizovaná v X psychiatrická nemocnice a teď se už jako... hodně let z toho dostává. ... Protože ona... vlastně jak nebyla doma, jak se to všechno dělo, tak tím pak začala být posedlá a... chtěla jako zrekonstruovat ten příběh a prostě... se z toho zhroutila, no.“

6.1.5 Změna sourozeneckého vztahu

Výrazným se ukázal být také proces **změny sourozeneckých vztahů**, bohužel změny k horšímu, potažmo ke vzdálenějšímu. K těm došlo opět u všech respondentů. V jednom případě, kdy matka držela sestry od sebe dál, se vztah budoval až zpětně, a v jednom případě respondent uváděl, že s bratrem neměl moc dobrý vztah ani před začátkem jeho užívání (poté se však ještě **zhoršil**). V prvním případě byl vztah předem narušen informacemi od matky, ve druhém případě se i nepříliš dobrý vztah skrze užívání bratra ještě **zhoršil**. Všichni další respondenti uváděli, že měli před vznikem problému se starším sourozencem **pěkný vztah**. Hráli si spolu, byli „partáky“, a trávili společně čas. Často zaznívalo, že pro respondenty byli starší sourozenci **vzory** a inspirací: R4ž: „...v tu chvíli pro mě ještě byla ségra vzor, jí bylo šestnáct sedmnáct, mně bylo dvanáct třináct, tak já jsem jí měla tenkrát pořád v tom idealizovaným obrazu.“, popisovali je obdivně. Tento prvotní obraz se však začal respondentům **měnit** s tím, jak jejich **sourozence měnilo užívání drog** a jeho následky. Často zaznívala dodnes trvající dětinskost, a jakási „nedozrálost“ staršího sourozence. Všimáli si **osobnostních změn**, **změn v chování**, **prožívání** i fyzickém **vzhledu**: R5m: „Potrhaný oblečení, prostě „wow“. To bylo obrovské wow, protože on vůbec nevypadal jako on. Úplně šílený. Propadlý tváře, fakt kost a kůže. Jak prostě toho člověka znáš, od mala

znáš jeho barvu očí, rysy ve tváři, úplně máš tak nějak to vnímání všechno spojený a najednou před tebou přijde on, ten stejnej člověk, ale měl jiný výraz. Jako by se změnila ta barva očí, jakoby se mu změnili ty rysy ve tváři tím, co musel zažít. Vypadal strašně.“ (respondent o bratrovi, který se vrátil z půlročního tahu drogové mafie). Dále byly svědky všelijakých, do značné míry už v předchozích kapitolách popsanych situací. Jedna z respondentek popisovala odvoz sestry, která si aplikovala drogu mimo žílu, do nemocnice v době, kdy měla sama být ve škole, jiná popisovala návštěvy sestry žijící v toxické psychóze, další dva respondenti zásahy záchranné služby a různé náročné stavy sourozenců.

Změna sourozence a celá situace tedy **měnila i vztahy** mezi sourozenci. Popisována byla **nedůvěra** a **odstup**, kdy po opakovaných eskapádách a po situacích, kterých byli doma svědky, už zkrátka sourozenci přestali důvěřovat a raději se snažili zachovat si od situace **odstup**. Starší respondenti popisovali jako poměrně **úlevné**, že se mohli brzy odstěhovat, ve čtyřech případech respondenti žili nebo i nyní žijí v zahraničí. Dále všichni zmiňovali **oddálení až ztráta vztahu**: R9m: *„To byla tehdy chvíle, kdy jsem úplně nad sestrou zlomil hůl, že to už byla prostě jen nějaká tělesná schránka, která vydává zvuky jo, že to není moje sestra. Úplně se mi zpřetrhaly ty vztahy.*“ (o odvozu sestry na psychiatrii záchrannou službou). Ne všichni se vyjádřili s takovou razancí, ale **vzdalování** a **zhoršování vztahu** zaznívalo ode všech. V některých případech (těch, kde byl respondent dáván za vzor a pociťoval větší **zodpovědnost** nebo **vinu**) také přímo otočení rolí mezi sourozenci: R8ž: *„Že jsem se určitým způsobem musela postarat o svoji starší ségru, která by se koneckonců měla postarat o mě a být ten můj vzor.*“ Respondenti prožívali výše uvedené do různé míry. Všichni na sourozence v období užívání **změnili pohled** – jak moc a na jak dlouho záleželo především na délce užívání a způsobu **řešení** problému **v rodině**.

V jednom případě bohužel nakonec došlo ke skutečné a nevratné ztrátě bratra, který v důsledku užívání drog zemřel. Jeden sourozenec je stále aktivním uživatelem, a u dvou sourozenců respondenti neví, myslí si, že užívají „možná, občas, pouze alkohol/marihuanu“. Ve většině případů (7) již sourozenci v době rozhovorů drogy **neužívali**, v důsledku čehož došlo ke zlepšení, nebo minimálně ke **zklidnění vztahů**, a to různými způsoby. V jednom případě byl bratr ve výkonu trestu, čímž se respondentovi „ulevilo“, nyní se vidají sporadicky a tak to respondentovi vyhovuje, tudíž celou situaci vnímá **klidněji**. V jiném případě sice respondent vypovídá, že užívání zanechalo na sestře následky, a je rád, že již žije mimo primární rodinu, nicméně při občasných návštěvách se sestrou pár slov prohodí a

situace je také **klidnější**. Další respondentku se sestrou, když přestala užívat, znovu spojily jejich (respondentky i sestry) děti, skrze ně se kontakt obnovil a respondentka vnímá sestry **posun, nedůvěra a obezřetnost** však zůstává: R4ž: „*No úplně to ten vztah zničilo vlastně! Jako teď ho budujeme znova, jako na extrémní nedůvěře, jako já doteďka já jí prostě nevěřím, já bych jí nedala prostě 5000,-... kdyby mluvil někdo jinej, kdo neměl tu přímou zkušenost, a viděl by ji, tak řekne: „Tyjo, ta je úplně super, ta úplně, ta to zvládla hele, ta úplně - to je perfektní.“ Jo, takže ti popíšu, že úplně to je super, ta holka úplně funguje, hele skvělý, ta to zvládla. Ale já jsem prostě opatrná no.“* Což platí u všech případů – i když se vztahy lepší, nedůvěra a jistý odstup zůstává.

Vztahy sourozenců také ovlivnila případná odborná **léčba**, která se ukázala jako jednoznačný protektivní faktor. Pět sourozenců jí prošlo nebo prochází, většina několikrát (2x-3x). V souvislosti s **léčbou** respondenti popsali **radost, naději**, nebo také určitou **úlevu**, že je sourozenec pryč. Pokud **léčba** nebyla dokončena, protože došlo k vyhození nebo svévolnému odchodu sourozence, následoval dříve nebo později jeho další **propad**, a tedy o to níž klesly také původně pozitivní emoce a očekávání respondentů. To dobře ukázaly časové osy, do kterých respondenti zakreslovali vývoj svého vztahu se sourozencem v době jeho užívání (ukázka v přílohách práce). Po nástupu do **léčby** šla vždy křivka vztahu více či méně nahoru, stejně tak po úspěšné **léčbě**. Po neúspěšných **léčbách** zase o něco **klesala**, nutno ale podotknout, že ne vždy do původních hloubek – někdy se i v nedokončené **léčbě** něco podařilo **zlepšit**. Vydržel-li sourozenec v **léčbě**, a pokud na ni mohli respondenti navíc sami **participovat** (účast na terapii, rodinném víkendu, návštěva), viděli na sourozencích, a postupně i jejich vztazích **skutečné změny**: R5m: „...a já jsem tam přijel, ale až po týdnu, po nějakých 8 dnech a tam se stala ta neuvěřitelná věc ... že jsem přijel a byl to nějakým způsobem zpátky on. Fakt stačilo 8 dní bez ničeho, aby byl úplně v jiném prostředí, aby neměl k ničemu přístup, aby byl fakt jen takhle sám se sebou a jemu se změnila úplně tvář. Začal mít pravidelnou stravu. To si řekneš: „8 dní, co se za 8 dní může změnit.“ A najednou to byl zpátky on. A nejenom to, on najednou komunikoval. Najednou to byl fakt ten X jméno... ten X jméno, ta podstata jeho, která tam pořád někde je.“, R10m: „Jó ta léčba je super, hrozně se mi to tam líbilo v té komunitě. A vlastně, když my jsme tam byli, tak ségra tam byla teprve 2 měsíce, byla hrozně vidět změna. V tom, že byla normálně schopná komunikovat s lidma a skládat myšlenky do normálních konstrukcí. A taky v takových normálních věcech, že je prostě schopná se normálně bavit o normálních tématech, normální konverzace. Namísto odbíhání ke všemu možnému. Takže jo, myslím si, že ta komunita je skvělá věc.

Určitě, pokud jí něco mohlo pomoci, tak tohle.“ Jiného respondenta mrzelo, že při návštěvě sestry v psychiatrické nemocnici nebyl vzat ke spoluúčasti na rodinných rozhovorech: R9m: *„...rodiče to nechtěli protože si říkali jakože, nebudeme ho vystavovat nějakému stresu, čehož trochu lituju, protože bych to v dnešní době líp pochopil.*“ Zároveň popisuje uvědomění rodičů a následnou změnu jejich přístupu po rozhovoru s primářem oddělení.

6.1.6 Role mladšího sourozence

Posledním tématem, které zde bude prezentováno, je **role mladšího sourozence**. Jedná se o téma, na které byla, v souladu s výzkumnými cíli a otázkami, mířena jedna z otázek rozhovoru zcela přímo (Jak byste popsal/a svou roli v celé situaci?). První společná zajímavost je, že někteří respondenti odpovídali tak, že vlastní **roli** popisovali z pohledu svých sourozenců, například R4ž: *„Jo tak ona prostě podle mě na mě měla vztek, protože já jsem v jejích očích byla ta holčička co má všechno a dařilo se mi celkem. O mejch kusech se máma nikdy nedozvěděla, že jsem jako v jejích očích žádný průserý nedělala. Ale jako dělala, ale prostě... tak, abych tím mámu netrápila. Takže asi... no, asi vztek na mě měla ségra velkej.*“, případně právě z pohledu rodičů. Dva respondenti odpověděli, že **role** nebyla **žádná**, že byli spíše **přihlízející**. Právě i tato odpověď však při hlubším vhledu říká o **roli mladšího sourozence** mnohé – ze všech rozhovorů vyplývalo, ať už přímo či nepřímo, že **pozornost rodičů** a vlastně i mnohých respondentů byla napnutá převážně směrem ke staršímu sourozenci.

Odpovědi byly různorodé, ale podobné aspekty je spojovaly. První z nich bych pracovně pojmenovala „**hodné dítě**“. Jedná se o popis **role**, v níž měli být respondenti **vzorem, příkladem**, podporou staršímu sourozenci. Shodovali se, že jim to bylo **nepříjemné** a cítili **nátlak**: R8ž: *„Od rodičů bych určitě ocenila menší nátlak. Jak už na vedení a motivování starší sestry, tak i menší nátlak co se mě samotné týče. Mám doted' totiž pocit, že jsou na mě kladeny nátlaky na to, abych dostudovala vysokou, abych byla úspěšná, aby to bylo nějakým způsobem přesně nalajnované. Možná je to můj pocit, ale ocenila bych menší tlak.*“ Také dvě z těchto respondentek popisovaly chuť „zazlobit“, udělat něco, co by jinak neudělaly, zřejmě proto, aby si od tohoto **tlaku** ulevily. Druhou variantu bych nazvala „**neviditelný/á**“. Tyto popisy spojovala snaha **nebýt** v rodině **vidět, nepřidělavat** rodičům **starosti**. Nebo se popřípadě do rodinného dění ideálně **nezapojovat**: R11m: *„...vždycky si vyslechnu 4 verze těch příběhů a já se jako...Snažím se do toho nezapojovat.*“ **Role starších respondentů** (17 a 18 let v době užívání sourozence), kteří se do řešení situace více vkládali,

respektive byli jeho iniciátory, nebo respondentky, která se zpětně snažila vztah se sestrou, od které ji matka držela dál, vybudovat, by se dala nazvat „**prostředník**“. Jeden z těchto respondentů se označil jako „médium, spojka“ mezi sourozencem, rodiči a dalším sourozencem. „**Prostředníci**“ udávali zvýšený pocit **zodpovědnosti** za situaci a její řešení, měli pocit, že ji mají vyřešit, zlomit, že je to do značné míry na nich. **Zodpovědnost** však jasně vyplývá i z role „**hodných dětí**“ a z většiny „**neviditelných**“, kteří se zkrátka snažili **nepřidělavat starosti**.

6.2 Odpovědi na výzkumné otázky

Nyní tedy na základě analýzy dat a jejich výsledků zodpovím výzkumné otázky, které jsem si na začátku výzkumu kladla.

1. Jak probíhá proces zjišťování a řešení problému užívání staršího sourozence v rodině?

Dle výsledků tohoto výzkumu proběhne první zjištění problému z pohledu mladšího sourozence uživatele drog jednou ze dvou variant. První variantou je zjištění samotným mladším sourozencem, obvykle tak, že je svědkem užívání sourozence nebo jiných zvláštních situací a událostí, z nichž si ve adolescentním věku odvodí, o jaký problém se jedná a následně ho začne řešit se sourozencem, případně v mladším, pubertálním věku zatím přesně neví, o co jde, vybavuje si, že to bylo zvláštní, ale souvislosti si spojí později. Mladší sourozenec si informaci nechává spíše pro sebe, protože se cítí být spojencem staršího. Druhou variantou je zjištění problému nejprve rodiči, v tomto případě je mladšímu sourozenci typicky kolem 10 let a o tom, že je v rodině problém se dozvídá tím, že vnímá nestandardní, nepříjemné situací doma. Velkým problémem a zdrojem negativních emocí, a později vzpomínek, je to, že dítěti/dospívajícímu není vysvětleno, co se děje, z čehož je zmatené a zhoršuje to jeho zvládání situace.

V obou variantách je pro další řešení problému v rodině nejpodstatnější postoj rodičů. Matky jsou popisovány jako aktivnější ve smyslu výrazněji a emotivněji reagující. Otcové jsou oproti matkám líčeni spíše jako mlčící a pasivní. Pokud se do situace vloží, snaží se o praktické hranice a udržení rodiny. Otcové, kteří s rodinou nežijí, se do situace vkládají spíše kontraproduktivně. Nevlastní otcové a otčímové jsou také spíše pasivní nebo kontraproduktivní v řešení situace, ale se snaží být rodině oporou. Naprosto zásadní je komunikace rodičů s mladšími sourozenci o problému, o tom, co se děje, k čemuž v drtivé

většině případů nedochází. Objevují se spíše opakované hádky a křik nebo naopak „tichá domácnost“ a chybí zdravá, přímá a otevřená komunikace a jasné informace přiměřené věku.

Uživatelé drog z podstaty svého problému nejsou schopni dodržovat rodinná pravidla a hranice, které překračují. Rodiče se ve snaze o řešení situace snaží pravidla nastavovat, nejčastěji tak, že s rozvojem problematického až destruktivního chování odmítnou uživateli dále poskytovat finance a zázemí. Během spirálovitého prohlubování problematického chování však nastavené dohody nedodržují, a to má mj. dopad na mladší sourozence, kteří jsou z toho mnohdy vystrašení, zmatení nebo naštvaní. V některých případech se nakonec uživatel nějakým způsobem dostane do léčby, což je vždy pozitivně popisované období.

Celý tento proces má na mladší sourozence uživatele drog poměrně výrazné psychické dopady v podobě silných negativních emocí, zejména strachu, vzteku a lítosti, pocitů viny, zodpovědnosti až úzkostí a předčasné zralosti. Dochází ke změnám sourozeneckého vztahu v negativním slova smyslu. Tyto dopady a negativní změny může do určité míry napravit odborná péče.

2. Jakou roli mají v tomto procesu v rodinách mladší sourozenci?

Mladší sourozenci jsou tedy v tomto procesu často prvním, kdo se dozví o problému a snaží se ho řešit. Případně se dozvídají, že se něco děje skrze hádky a nepříjemnou atmosféru doma. Nějakou dobu jsou spojencem staršího sourozence, nebo přesně nevědí, do jaké míry je situace závažná. Postupem času se s rozvíjením problému snaží, někdy na popud rodičů, být hodným dítětem, vzorem a příkladem, případně pomoci situaci vyřešit, s čímž se pojí pocit silné zodpovědnosti, v některých případech až tlaku. Snaží se také nepřidělovat rodičům starosti a nebyt vidět. Většina pozornosti je směřovaná k užívajícímu staršímu sourozenci, někteří se tak cítí nevidění a přehlíženi. Mohou se také stávat prostředníky mezi starším sourozencem a rodiči, s čímž je opět spojena větší zodpovědnost.

Mění se také jejich role v sourozeneckém vztahu. Předtím pro ně byl starší sourozenec převážně vzorem a blízkým společníkem. Role se však otáčejí a postupně dochází na základě situací, které v respondentech vzbuzují negativní emoce a většinou o nich nemají konstruktivní informace (pokud nejsou sami jejich nositeli), a na základě změn v osobnosti, chování i vzhledu důsledkem užívání, k postupnému oddálení sourozenců a případně k úplné ztrátě vztahu. Pokud se podaří abstinence či léčba užívajícího sourozence, a nejlépe pokud je v ní s rodinou včetně mladšího sourozence spolupracováno, dochází

k výraznému zlepšení vztahu. Určitý odstup, nedůvěra a negativní vzpomínky však mladším sourozencům zůstávají.

7 DISKUZE

Cíli této práce bylo za prvé popsat průběh řešení problému užívání staršího sourozence v rodině, a za druhé popsat jakou roli mají mladší sourozenci v rodinách s tímto problémem. Oba cíle byly naplněny a potvrdily většinu dosavadních zahraničních studií (Barnard, 2011; Clarfield, 2018; Daryoushi et al., 2021; Howard et al., 2010; Choete, 2015; Richert et al., 2018) v českých podmínkách. Samotnou mě upřímně překvapilo, do jaké míry se nakonec projeví souvislosti a shoda s dosavadními, a to i obecnějšími, teoretickými poznatky. Už jen variabilita pojetí a složení rodin v dnešní době, kterou v teoretické části naznačuji, byla doložena počtem úplných a neúplných či patchworkových rodin ve výzkumném souboru, aniž bych se na tuto oblast jakkoliv zaměřovala při jeho výběru. Obecně výsledky výzkumu potvrzují obrovský význam rodiny a sourozenectví (Buist & Vermande, 2014; Oslon et al., 2020; Rodrigues et al., 2017; Sohni, 2019) v životě člověka a podstatné aspekty rodinného fungování, ať už o nich budeme mluvit názvoslovím kteréhokoliv z významných autorů. Jasně se potvrdilo, že člověk, a zvláště tedy dítě či dospívající, je součástí určitého systému – primární rodiny, a vyplatí se na něj při psychologické práci v kontextu tohoto systému nahlížet v souladu se systémovým přístupem (Kratochvíl, 2017; Minuchin, 2013; Sobotková, 2012) a komplexním pojetím člověka (Chvála & Skorunka, 2017; Chvála & Trapková, 2020; Orel, 2020).

Co se týče dílčích výsledků, první z nich, tedy způsob zjištění problému a přístup k tomuto zjištění v první variantě, tj. zjištění mladším sourozencem a následné spojenectví se starším sourozencem, považuji za poměrně specifické právě pro drogovou problematiku. Tuto myšlenku vyvozují z toho, že řada studií, které se zabývají nějakým způsobem specifickými sourozenci (např. sourozenci s fyzickými handicap, závažnými somatickými nebo i duševními onemocněními vyjma závislosti), o tomto fenoménu nepojednává, byť v řadě jiných aspektů jsou proces a dopady na mladší sourozence podobné. Domnívám se, že to lze vysvětlit tím, že užívání drog je specifická kategorie – jednak užití ani opakované užití samo o sobě nemusí znamenat, že se rozvine závislost či škodlivé a problematické užívání (Askew, 2016; Kalina, 2015; Nesládek, 2017), a jednak může být drogový experiment v období dospívání považovaný za něco zajímavého nebo minimálně tajemného, takže dospívající se cítí být spíše spojencem svého sourozence, než že by se domníval, že jde o něco, co by měl řešit s rodiči. V nižším věku navíc mladší sourozenec často sám

nerozpozná, co se vlastně děje. Ve druhé variantě jako první zjistí problém rodiče a je naprosto zásadní jaký zaujmou postoj k situaci, a jestli a jak o ní s mladším sourozencem komunikují. Překvapivé pro mě bylo zjištění, jak moc se liší, a zejména jak shodně ve všech případech, postoj k situaci mezi matkami a otci, potažmo otčimi. O takovém rozdílu jsem se zatím v odborné literatuře nedočela, takže by to mohl být jeden z podnětů k případným dalším výzkumům, a především k práci s rodiči uživatelů v praxi.

Jako alarmující aspekt celého procesu zjišťování a řešení problému užívání v rodině, a tudíž i pak jeho dopadu na mladší sourozence, se ukázala být komunikace rodičů. Významní autoři shodně označují komunikaci za hlavní složku zdravého rodinného fungování (Sobotková, 2012; Minuchin, 2013; Trapková & Chvála, 2017), což jen potvrzuje důležitost tohoto zjištění. Napříč všemi individuálními rozhovory zaznívala od respondentů potřeba přímé a otevřené komunikace, které se jim bohužel nedostávalo. To je v souladu se studii Sanderse et. al. (2014), kteří se zabývali rolí sourozenců duševně nemocných a upozorňují, že přínosem nejen pro člověka s duševní nemocí, ale právě i pro jeho sourozence a rodiče, by byla otevřená komunikace; Kinselly (1996), v jehož studii respondenti (jednalo se o sourozence lidí se schizofrenií, depresí, nebo bipolární poruchou) uváděli jako jejich potřeby, jejichž naplnění by mohlo pomoci, jasné a jednoduché informace a vysvětlení problému, dále podporující skupiny a destigmatizaci, a především individuální pozornost pro ně a jejich emoce; a také s výzkumnou studií Hodačové et al. (2015) v níž se ukázalo, že děti z neúplných rodin, ve kterých funguje dobrá komunikace, vykazují vyšší životní spokojenost než děti z úplných rodin se špatnou komunikací. Také se tím znovu potvrdil dílčí výsledek (komunikace v rodině jako jedno z nejvýznamnějších témat mladších sourozenců uživatelů drog) mého předchozího výzkumu (Cígenerová, 2020).

Velmi podobně hranice a pravidla rodinného fungování, které jsou další hlavní složkou fungování rodiny i sourozeneckého subsystému (Trapková & Chvála, 2017; Minuchin, 2013; Sohni, 2019), v těchto rodinách selhávaly. Tím se bohužel potvrdil fenomén kodependence, typický přebíráním odpovědnosti za uspokojení potřeb druhého člověka na úkor vlastních, zkruslováním hranic mezi generacemi a rolemi v rodině, neschopností tyto hranice a určitá pravidla vymezit a udržet, „slepota“ vůči zjevným souvislostem, odkládání řešení či bagatelizace problému, obviňování místo hledání řešení apod. (Hajný, 2015). Z již proběhlých studií (Daryoushi et al., 2021; Choete, 2015; Richert et al., 2018) víme, že pro rodiče je celá tato situace velmi náročná, často neudržitelná a dostávají se do velmi náročných situací (př.: „*Mami, vykopni moji sestru*“, *řekla mi jedna z*

dcera. „To nemohu, je to moje dcera.“ – popisuje vnitřní rozpor jedna z účastnic výzkumu Choeteho (2015)). V případech mého výzkumu dříve nebo později užívání vygradovalo do podoby, kdy už rodiče nebo případně jiné instituce (policie, záchranná služba, psychiatrické jednotky intenzivní péče) nějakým způsobem zasáhnout museli. V těch několika případech, kde se jednalo konstruktivní způsob řešení (nastavení jasných pravidel, ať už hranic společného soužití nebo neposkytnutí dalších financí a zázemí v případě jejich stálého nedodržování), se stejně nedařilo tyto vymezené hranice dodržet. Toto nedodržování hranic je významným zdrojem vzteku, strachu a nepohody mladších sourozenců. Nejčastěji je zmiňováno narušování teritoria, jehož důležitost popsali v souvislosti s psychosomatickým pojetím Trapková & Chvála (2017) jako výsledek nerespektování přirozených zákonitostí a odlišností. Podle nich může vést k nemocnosti členů rodiny nebo polarizaci sourozenců, ke které se vrátím o pár odstavců dále.

Mám za to, že v celém tomto procesu je klíčové, že se jedná o problematiku nadužívání drog, což podle mého názoru potvrzuje, že je důležité zkoumat tuto specifickou oblast zvlášť – rozvoj závislosti má své zákonitosti, například typický postupný rozvoj a tzv. drogovou spirálu (MeDitorial, nedat.; Procházka et al., 2014), které jsou charakteristické pro celý zkoumaný proces v těchto rodinách, který se dále odvíjí právě od této spirály, respektive „v souladu“ s ní. Dynamika této spirály postupně zachvacuje rodinu na všech frontách, a spoluzávislí členové rodiny se v podstatě „vezou“ s uživatelem – v jeho lepších chvílích věří, že to bude dobré, při opakovaných problémech se v lepším případě snaží nastavit určité hranice, nicméně další hlubší propad je pro ně samotné natolik náročný, že hranice nedokážou udržet a tím umožní uživateli i sobě v této destruktivní „jízdě“ pokračovat.

Jak již bylo naznačeno, výsledky dále ukázaly, že mladší sourozenci uživatelů drog prožívají silné, bolavé emoce. Přitom právě emocionální funkci autoři, kteří se zabývají rodinou a jejími funkcemi, považují za tu nejpodstatnější, obzvlášť v současné době, kdy reprodukční funkce není tak naprosto zásadní jako dříve a materiální i výchovnou funkci do určité míry zastává stát. Emocionální dopady zmiňují některé publikace (Clarfield, 2018; Barnard, 2011; Choete, 2015), které shodně zdůrazňují také nedostatečné zaměření výzkumné pozornosti na sourozence uživatelů drog. Tyto dopady tedy byly tímto výzkumem potvrzeny i v našich podmínkách. Na negativní emoce zůstávali sourozenci v mnoha případech sami, protože pozornost rodičů se soustředila na problémového sourozence, a oni jim nechtěli přidělovat starosti. V některých případech došlo až k rozvoji úzkostí, zhroucení

dalšího sourozence nebo k dalším následkům. Potvrdil se tak i možný vliv starších sourozenců na míru internalizačního i externalizačního chování (Fry et al., 2021).

Sourozenecké vztahy jako takové dle výsledků výzkumu utrpěly. Původní převážně pěkné vztahy se změnami sourozence v důsledku jeho užívání začal prostupovat strach, vztek, nedůvěra, postupný odstup a odcizení. Tento jev zmínili samotní rodiče ve studii Choeteho (2015), kde popisují jako nepřímé dopady opomíjení potřeb ostatních sourozenců, které nechali, aby se o sebe postarali sami. Zarazilo mě, že si rodiče tento fakt uvědomují, a přesto k němu dochází – možná si ho ale uvědomili až zpětně, nebo až po otázce výzkumníka v dané studii. Barnard (2011) upozorňuje, že v situaci, kdy starší sourozenec užívá drogy je mladší vystaven velkému riziku, že začne s drogami experimentovat také. To, že je doma – často v jednom pokoji – sourozenec, který bere drogy, může podněcovat zvědavost mladšího sourozence. Fakt, že jde o rodinu může navíc v jeho očích snižovat nebezpečí a dávat experimentování jakousi legitimitu. Ráda bych i zde na toto riziko znovu upozornila – jedním z výběrových kritérií výzkumného souboru v mém výzkumu bylo, aby respondent sám nebyl aktivním uživatelem a neměl potíže s drogami – přesto jsem se od dvou respondentů dozvěděla, že se starším sourozencem mohli drogu vyzkoušet, takže i ve výzkumu orientovaném na neužívající mladší sourozence se toto riziko projevilo.

Za mimořádně zajímavá považuji ještě zjištění ohledně role mladšího sourozence. Ukázalo se, že postupem času se s rozvíjením problému snaží, někdy na přímý popud rodičů, být hodným dítětem, vzorem a příkladem, případně pomoci situaci vyřešit, s čímž se pojí pocit silné zodpovědnosti až nepříjemného nátlaku. Nebo se snaží nepřidělat rodičům starosti a nebýt vidět. Většina pozornosti je směřovaná k užívajícímu staršímu sourozenci, někteří se tak cítí nevidění a přehlížení. Mohou se také stávat prostředníky mezi starším sourozencem a rodiči, s čímž je opět spojena větší zodpovědnost. Dám-li toto zjištění do souvislosti s výše zmíněným konceptem polarizace sourozenců, připadá mi jako pozoruhodná demonstrace tohoto procesu v rodině. Pokud jsou rozdíly a odlišnosti přehlíženy nebo nemá-li každý ze sourozenců jasně vymezenou svou roli a „teritorium“, může na horizontální sourozenecké rovině dojít k výraznému polarizování do extrémních poloh (např. jedno dítě je ve škole velmi úspěšné – pokud je s ním druhé neustále srovnáváno a „házeno do jednoho pytle“, začne se rozdíl prohlubovat) (Trapková & Chvála, 2017). Také Jensen & McHale (2015) na základě své výzkumné studie postulují, že toto srovnávání může vést k tomu, že původně malé rozdíly mezi sourozenci se stanou výraznějšími. V souvislosti s tím se domnívám, že právě k tomuto v rodinách a sourozeneckých subsystémech

docházelo. Během procesu rozvoje závislosti staršího sourozence měl nebo i chtěl být mladší sourozenec „hodným dítětem“, a tím vynahradit, vybalancovat nerovnováhu v rodině způsobenou problematikou sourozence. Oba tyto póly však gradovaly do extrémních poloh, čímž se zvyšovalo napětí a pocíťovaný tlak respondentů. Podobně „prostředník“, který zodpovědnost patřící rodičům a staršímu sourozenci bral částečně na sebe, a také „neviditelný“, který extrémní zaměření pozornosti na problémového sourozence „vyvažoval“ tím, že se polarizoval do role někoho, kdo se snaží nebýt vidět. Rodinná rovnováha byla tedy narušena, a pokud k tomuto docházelo dlouhodobě a opakovaně, byla nastolena tzv. patologická homeostáza a rodiny se staly psychosomatogenními (Minuchin, 2013). V rodičovském subsystému probíhaly destruktivní hádky, sourozenecký subsystém byl narušený, případně úplně zanikl, hranice byly nejasné či narušené a role zmatené a dysfunkční. V podobném duchu se nese studie Howarda et al. (2010).

Dynamika celého procesu je samozřejmě také specifičtěji určována typem užívané drogy a způsobem a délkou jejího užívání. V mém výzkumném souboru byl ve všech případech primární drogou pervitin, někdy v kombinaci s jinou drogou, což jen dokládá, že se jedná o zdaleka nejrozšířenější tvrdou drogu v České republice (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2020). Podrobněji popisované stavy sourozenců (paranoidní stavy, toxické psychózy, rozvoj schizofrenie, změna vzhledu – úbytek váhy, propadlé tváře, mizení a objevování se) byly tedy typické především pro uživatele pervitinu, nicméně zjištěné principy se dle mého názoru dají vztáhnout i na užívání jiných tvrdých drog, pouze by konkrétní stavy a například změny vzhledu byly možná popisovány v mírných nuancích. Z logiky věci dále vyplývá, že tam, kde bylo užívání dlouhodobější a intenzivnější, byly rodiny i sourozenecké subsystémy více zasažené, a v rodinách, kde se brzy podařilo namotivovat uživatele do léčby či k abstinenci, mohly být následky pro celou rodinu o něco mírnější. Léčba byla ve výsledcích výzkumu dle očekávání protektivním faktorem. Je podle mě škoda, že ji nevyužilo více rodin, respektive že si blízcí bez ohledu na to, zda se sám uživatel zrovna chce či nechce léčit, nedopřáli odbornou pomoc, například v podobně rodinné nebo i individuální terapie. Z řady studií víme, že by to situaci mohlo výrazně pomoci (Koranda, 2015; Nešpor, 2001; Richert et al., 2018; Daryoushi et al., 2021; Choete, 2015).

Co se týče limitů práce a metodologických nedostatků, v první řadě souhlasím s názorem, že při zkoumání procesů v rodině není právě jednoduché jednotné teoretické ani výzkumné uchopení vzhledem ke složitosti tohoto systému (Uholýeva, 2015). Například

v této práci vstupuje do hry tolik proměnných a různých aspektů, které mohou mít na výzkumný problém vliv, že by bylo téměř nemožné je všechny zachytit. Myslím tím například věk a pohlaví respondentů i jejich sourozenců – to nebylo ve výzkumném souboru nijak omezeno a je možné, že jednotlivé konkrétní varianty sourozeneckých konstelací (např. dva bratři; mladší bratr + starší sestra apod.) i různé věkové odstupy by mohly přinést ještě specifičtější informace. To by v případě zájmu o takový výzkum ještě mohlo být ošetřitelné, ale dalšími takovými aspekty může být zda je jedná o úplnou či neúplnou rodinu, jak fungovala rodina před vznikem problému – možná bychom se pak dozvěděli, nakolik bývá závislost člena rodiny symptomem jejího neřešeného problému, pokud bychom však chtěli spojit například všechny zatím uvedené aspekty, jednalo by se o tak detailní práci, že si nejsem jistá, zda by vůbec bylo možné ji uskutečnit, a protože se jedná o živý systém, obávám se, že bychom stejně nebyli schopni zachytit úplně vše. Myslím, že je důležité nenechat se tím od zkoumání tak podstatné problematiky odradit, a spíše s tím v takto zaměřených výzkumech počítat a soustředit se na cíl našeho zkoumání se zohledněním všech přítomných okolností.

Dalším určitým limitem by mohlo být, že mám s tématem zkušenost již z mého předchozí práce (Cígenerová, 2020), která nějaké výsledky, na základě kterých jsem se ostatně rozhodla v tématu pokračovat, již přinesla, a je tak těžké se od nich při práci s výsledky této práce oprostít. Zároveň je to však velká výhoda, že už o tématu něco vím, protože mi to do něj ve finále umožnilo hlubší vhled.

Ověření, nebo možná spíše rozšíření výsledků by bylo možné například v rámci výzkumu na stejné téma, při kterém by bylo pracováno s celými rodinami, tedy včetně rodičů a případných dalších sourozenců. Také by mohlo být přínosné, zejména pro praxi, zaměřit se specificky na již zmíněné prožívání a postoj otců a matek zvlášť. Dále mě jako možné výzkumné pokračování napadá ověřit získané poznatky kvantitativně, tedy například dotazníkem na dané téma u většího souboru (nevím ale, nakolik by bylo možné takto specifický větší soubor dát dohromady). V souladu s výkladem patologické homeostázy v rodinách by bylo také možné se jak výzkumně, tak především v praxi zaměřit na příčiny symptomu rodiny, tzn. „co je za tím“, čímž už bychom se ale zřejmě dostali na pomezí hlubší psychoterapeutické práce.

Myslím, že na základě výsledků lze navrhnout jakési obecné schéma průběhu řešení užívání jednoho z dětí v rodině, které by nabízel doporučení, jak v takovém případě postupovat. Hrubý návrh je součástí příloh (viz Příloha 6), jedná se samozřejmě pouze o

nástřel hlavní rychlé pomoci pro rodiče, který by bylo možné dále rozvést, případně připravit podobný i pro sourozence dle jejich věku. Důležitou roli hrají pochopitelně odborné služby, které tito rodiče nebo sourozenci vyhledají, a které by měly být schopny pracovat s celou rodinou, doptat se na sourozence apod. a vysvětlit rodičům (samozřejmě vedle poučení o závislosti, možnostech řešení a přístupu k uživateli) jak s nimi komunikovat a proč je to důležité. Úskalí vidím u mladších sourozenců kolem 15 let a níže, kteří mnohdy vědí o problému jako jediní a obávám se, že nejsou v pozici, kdy by sami navštívili nějaké poradenské centrum. I proto mi připadá důležité, aby rodiče i děti měli dostatek informací v rámci všech druhů prevence a to nejenom z pohledu uživatele – tedy jaké existují drogy, jaké jsou jejich účinky a následky jejich užívání, ale právě například co dělat, když vidíme problém u někoho z našich blízkých, jak o takových záležitostech efektivně komunikovat, apod. V České republice je systém léčby závislostí a celkově nabízená pomoc pro problémové uživatele a jejich blízké na velmi dobré úrovni a má dlouhou tradici a historii, spíše bych tedy tímto podpořila důraz na práci s blízkými VČETNĚ SOUROZENCŮ, už jen proto, že mohou být velmi rizikovou skupinou, ale především na rozšiřování povědomí v této oblasti preventivně, protože jak se ukázalo, rodiče ve většině případů pomoc nevyhledají vůbec, anebo až když už je pomyslná spirála dávno roztočená na plné obrátky. Že služby máme k dispozici je velmi dobré, myslím, že teď by měla být pozornost soustředěna na to, aby byly cílovou populací využívány.

Nabízí se, že podstatnou roli by zde mohly sehrát školy a školky ve spolupráci s odbornými organizacemi, které by příhodnou formou s cílovou populací – ať už s dětmi různého věku či s jejich rodiči – ještě před vznikem případných problémů, natož po něm, pracovaly. Na nejobecnější celospolečenské úrovni by mohlo dojít k určitým změnám například v oblasti destigmatizace duševních nemocí včetně závislosti, v oblasti přípravy na rodičovství a podpory zdravého rodinného fungování, nebo ve vzdělávání v oblasti emoční inteligence po vzoru skandinávských zemí, a tak dále. Což by současná zlomová doba mohla výhledově přinést, a tato práce může být vzhledem do jedné z mnoha dílčích specifických oblastí, kterým by takový posun společnosti významně prospěl.

8 ZÁVĚRY

Co tedy bylo zjištěno? Na základě celého výzkumu a jeho výsledků v souladu s dosavadními teoretickými poznatky mohu stanovit následující závěry:

- V rámci procesu zjišťování problému užívání staršího sourozence v rodině bývá prvním, kdo se o problému dozví, mladší sourozenec v adolescentním věku. Je-li mladší sourozenec v době užívání staršího v prepubertálním a nižším pubertálním věku, zjistí problém první spíše rodiče.
- Matky jsou v přístupu k situaci aktivnější a výraznější než otcové nebo otčímové. Ti jsou spíše pasivní, případně při již velmi rozvinutém problému nastavují hranice a snaží se rodinu „držet“ (v případě úplných rodin), v případě neúplných a patchworkových rodin jsou jejich vstupy do řešení situace spíše kontraproduktivní.
- Velmi výraznými problémy v průběhu řešení problému jsou nedostatečná nebo nezdravá komunikace a časté zvraty v domácnosti. Komunikace buď neprobíhá vůbec, nebo formou opakovaných hádek a křiku. Hranice v rodině a sourozeneckém subsystému jsou opakovaně porušovány, atakovány nebo nepřítomny. Mladší sourozenci by potřebovali otevřenou komunikaci, jasné informace a bezpečné zázemí.
- Celý proces a jeho (ne)řešení má na mladší sourozence psychické dopady. Zažívají silné negativní emoce a vnímají nedostatečnou pozornost rodičů. V některých případech dochází k vygradování těchto negativních emocí do podoby úzkostí nebo pocitů viny.
- Sourozenecký vztah se během tohoto procesu mění, dochází k otočení a zmatení rolí, k odstupu, oddálení až ztrátě vztahu a k nedůvěře, která přetrvává i po letech zlepšení v ostatních oblastech.
- Dochází k polarizaci sourozenců, kteří se v reakci na narušení rodinné rovnováhy stávají „hodnými dětmi“, prostředníky mezi rodiči a staršími sourozenci, nebo se jen snaží nepřidělovat starosti a neupoutávat pozornost. V těchto rolích pociťují tlak, zodpovědnost a směřování pozornosti k sourozenci. V rodinném systému může vzniknout kodependence a patologická homeostáza.

- Vše uvedené je možné změnit a zlepšit a mnohdy se tak po období užívání drog v rodině i stane. Cestou k této změně a uzdravení je čas, abstinence, léčba uživatele a nejlépe zapojení rodiny do procesu údravy.

SOUHRN

Tématem práce je role mladších sourozenců uživatelů drog při zjištění tohoto adiktologického problému v rodině. Navazuji tak na bakalářskou práci, v níž jsem zjišťovala subjektivní zkušenosti mladších sourozenců uživatelů drog, což přineslo zajímavá zjištění a poznatky (Cígenerová, 2020). Vzhledem k tomu jsem se rozhodla na jeden z nich zaměřit v magisterské práci. Výzkumným problémem této práce je tedy role mladšího sourozence v procesu zjišťování a řešení problému užívání staršího sourozence. Práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. Teoretickou část tvoří tři kapitoly: kapitola o rodině a sourozencích, kapitola o psychotropních látkách a jejich (zne)užívání, a kapitola o blízkých uživatelů, o procesech v těchto rodinách. Výzkumná část je rozčleněna do pěti kapitol: výzkumný problém, metodologický rámec výzkumu, výsledky, diskuze a závěry.

Význam rodiny v životě člověka, natožpak dítěte nebo dospívajícího, je samozřejmě enormní. Jako hlavní funkce rodiny můžeme jmenovat reprodukční, materiální, výchovnou a emocionální (Výrost & Slaměnik, 1998), autoři však považují za velice důležitou, jedinečnou a nezastupitelnou zejména funkci emocionální. V pojetích rodiny dominuje systémový přístup. Napříč odbornými modely jsou zdůrazňovány jako nejdůležitější pro rodinné fungování hranice a komunikace, a to jak v rámci celého rodinného systému, tak mezi jednotlivými subsystemy i členy rodiny (Kratochvíl, 2017; Satirová et al., 2005; Minuchin, 2013; Sobotková, 2012; Trapková & Chvála, 2017). Také jsou zmíněny krizové situace v rodině, tedy situace, ve kterých dochází k dramatickým změnám za přítomnosti negativních emocí, a ve kterých obvyklé způsoby zvládnání rodiny nestačí nebo selhávají. Sourozenectví je významný subsystem rodinného systému. Určující vliv na sourozenecké fungování a vztahy mají rodiče, jejich přístup k narození dalšího dítěte a vůbec k rodičovství (Trapková & Chvála, 2017). Opět jsou podstatné hranice, jak psychické, tak teritoriální. Mladší sourozenci jsou dle studií více ovlivněni staršími, jelikož je mají za vzor (Vágnerová & Lisá, 2021; Chytrý, 2016; Fry et al., 2021), u starších je zase specifický prožitek změny triadické rodinné konfigurace na tetradickou (Sohni, 2019). Sourozenci, jejichž bratr nebo sestra mají nějaké duševní nebo i fyzické onemocnění, trpí zejména nedostatkem pozornosti rodičů, a situace na ně může mít řadu závažných dopadů (Buist & Vermande, 2014; Fry et al., 2021; Oslon et al., 2020; Pike & Oliver, 2017; Rodrigues et al., 2017; Sohn, 2019). Pomohlo by jim, kdyby byli dobře informováni o tom, co se děje, a kdyby byl prostor věnován i jim.

Existují různé druhy psychotropních látek (stimulancia, halucinogeny, tlumivé látky), které mají různé typické účinky. Zdaleka nejrozšířenější tvrdou nelegální drogou je v ČR pervitin (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2020). Popsány jsou fáze užívání, tedy abstinence, experiment, občasné užívání, pravidelné užívání a závislost (Kalina, 2015; MeDitorial, nedat.), jejich úskalí a typické projevy. Syndrom závislosti se dle MKN-10 řadí do poruch duševních a poruch chování způsobených užíváním psychoaktivních látek a má tedy svá klinická diagnostická kritéria. Vznik závislosti vysvětlují biologické, psychologické i sociální teorie, řada z nich hledá kořeny závislosti právě v rodinách a jejich fungování. Systém léčby závislostí a celkově nabízená pomoc pro problémové uživatele a jejich blízké je v ČR dostupná na velmi dobré úrovni.

Užívání drog členem rodiny hýbe s rodinnou dynamikou, pro rodiče je situace velmi náročná, mohou mít pocity viny a selhání, případně spory mezi sebou. Je tedy důležitá jejich podpora a jejich postoj a řešení celé situace (Koranda, 2015; Nešpor, 2001; Richert et al., 2018; Daryoushi et al., 2021; Choete, 2015), která se postupně zhoršuje. Sourozenci zažívají mnoho negativních emocionálních nebo i sociálních dopadů (Clarfield, 2018; Barnard, 2011; Choete, 2015; Howard et al., 2010; Cígenerová, 2020), které v dospělosti přetrvávají (Clarfield, 2018). V těchto rodinách se objevují jevy jako je kodependence a patologická homeostáza. Kodependencí neboli spoluzávislostí blízcí závislého v užívání drog podporují, umožňují mu ho. Výrazné narušení rodinné rovnováhy vede ke vzniku patologické homeostázy. Tyto rodiny pak označujeme jako psychosomatogenní (Minuchin, 2013). Možnosti řešení vedoucí k úzdravě takto zasažených rodin jsou zajistit si adekvátní informace, pomoc a podporu – nabízí ji např. adiktologické poradny, které pracují i s blízkými uživatelů, nebo rodinní psychoterapeuti pracující s tématem závislostí. Autoři, kteří se tématem odborně zabývají se shodují, že výzkumů zaměřených na sourozence uživatelů není mnoho. Přitom víme a je výzkumně potvrzeno, že zejména mladší sourozenci mohou být ohroženi (Vágnerová & Lisá, 2021; Chytrý, 2016; Fry et al., 2021; Havelka & Bartošová, 2019; Sládečková & Sobotková, 2014; Barnard, 2011).

Výzkumnou část otevírá rozebrání výzkumného problému a výše naznačená potřeba jeho řešení. Jsou vytyčeny dva cíle výzkumu: popsat průběh řešení problému užívání staršího sourozence v rodině, a popsat, jakou roli mají mladší sourozenci v rodinách s tímto problémem. Z těchto cílů plynou výzkumné otázky: Jak probíhá proces zjišťování a řešení problému užívání staršího sourozence v rodině? Jakou roli mají v tomto procesu v rodinách mladší sourozenci?

Práce se zabývá poměrně specifickou, málo popsanou a ne úplně ucelenou problematikou, kterou chci prozkoumat do hloubky, zjistit, jaký je proces řešení problému užívání staršího sourozence v rodinách z pohledu mladšího sourozence, jaká je jeho role v celém procesu, a pokud možno přinést celostní porozumění zkušenosti respondentů. Design tohoto výzkumu je tedy kvalitativní a typově je koncipován jako více případová studie, protože objektem zájmu výzkumu jsou jednotlivé případy – jednotliví respondenti a jejich pohled na situaci, jejich prožívání (Miovský, 2010).

Výzkumný soubor tvoří respondenti, kteří jsou mladšími sourozenci uživatelů drog. Pro výběr respondentů do výzkumného souboru bylo z hlediska validity výzkumu stanoveno několik kritérií. Prvním z nich byl věk mladé dospělosti, tedy 20-30 let, zejména z důvodu poměrně čerstvé zkušenosti a zároveň schopnosti zpětného dospělého náhledu. Druhým kritériem bylo, aby respondent sám s drogami problémy neměl, z důvodu zachování tohoto náhledu na celou situaci, která byla předmětem zkoumání. Dalšími kritérii byla samozřejmě dobrovolnost a chuť se výzkumu zúčastnit. Použitými metodami výběru byly prostý záměrný výběr, samovýběr a metoda sněhové koule – část respondentů reagovala na moje oslovení na základě účasti v předchozím výzkumu, část na inzerát na sociální síti, a s dalšími dvěma respondenty jsme se zkontaktovali přes známé. Výzkumný soubor nakonec tvoří jedenáct respondentů, z toho šest mužů a pět žen. Všichni splňují výše uvedená výběrová kritéria.

Data byla sbírána metodou polostrukturovaných interview, která byla zvolena pro svou užitečnost – dává jasný rámec „povinných“ otázek, a zároveň umožňuje v případě potřeby improvizovat, reagovat na situaci či zjištěné informace a dle potřeby se doptávat. Otázky rozhovoru byly vytvořeny na základě výzkumných otázek. Rozhovory probíhaly průběžně v období od začátku prosince do začátku února. Osm z nich proběhlo osobně, tři přes online platformu. Vždy jsem se snažila zajistit vhodné, příjemné prostředí a respondenta dle potřeby „opečovat“, protože se jedná o poměrně náročné téma. Rozhovory byly doplněny technikou časové osy, pro lepší orientaci v procesu a pro dokreslení vývoje situace mezi sourozenci. Byla realizována pilotní studie, která proběhla bez komplikací, a tak nebyl důvod ji nezařadit do výzkumného souboru. Rozhovory byly nahrávány a následně přepsány a anonymizovány. Získaná data byla analyzována metodou interpretativní fenomenologické analýzy, jelikož se zabývám specifickým fenoménem do hloubky a vycházím z pohledu respondentů, kterému se snažím opravdu porozumět. Kladu si za cíle popsat roli mladších sourozenců a průběh řešení problému užívání staršího sourozence v rodině, držím se tedy

deskriptivní roviny zkoumání, a těchto cílů se snažím dosáhnout zjištěním a zkoumáním individuálních zkušeností mladších sourozenců.

Etické aspekty výzkumu byly zohledněny. Respondenti byli od začátku informováni o tématu výzkumu a o tom, jak a proč bude probíhat. Během celého procesu výběru respondentů, domlouvání a průběhu rozhovorů nebo i zpětně byl samozřejmě kdykoliv prostor pro případné dotazy. Před zahájením samotného interview respondenti podepisovali informovaný souhlas. Jelikož se jedná o citlivé téma, byla jsem připravena v případě potřeby poskytnout krizovou intervenci nebo nabídnout příslušné kontakty pro dlouhodobější psychologickou péči.

Z analýzy dat vyvstalo šest hlavních významných témat: zjištění, postoj rodičů, zvraty, psychické dopady, změna sourozeneckého vztahu a role mladšího sourozence. Zjištění problému probíhá jednou ze dvou variant. První z nich je zjištění přímo mladším sourozencem, obvykle tak, že je svědkem užívání nebo zvláštních situací, z nichž si ve adolescentním věku odvodí, o jaký problém se jedná, případně v mladším, pubertálním věku neví, o co jde a souvislosti si spojí později. Mladší sourozenec si informaci nechává spíše pro sebe, protože se cítí být spojencem staršího. Druhou variantou je zjištění problému nejprve rodiči, mladšímu sourozenci je typicky kolem 10 let a o problému se dozví vnímáním nestandardních, nepříjemných situací doma. Velkým problémem a zdrojem negativních emocí, a později vzpomínek, je to, že dítěti/dospívajícímu není vysvětleno, co se děje, z čehož je zmatené a zhoršuje to jeho zvládnání situace.

V obou variantách je pro další řešení problému v rodině nejpodstatnější postoj rodičů. Matky jsou popisovány jako aktivnější, otcové jsou líčeni spíše jako pasivní, v případě, že s rodinou nežijí se buď neangažují, nebo se angažují kontraproduktivně. Naprosto zásadní je komunikace rodičů s mladšími sourozenci o problému, ke které ale bohužel nedochází. Objevují se opakované hádky a křik nebo naopak „tichá domácnost“ a chybí zdravá, přímá a otevřená komunikace a jasné informace. Rodiče se ve snaze o řešení situace snaží nastavovat hranice a pravidla, nejčastěji tak, že uživateli postupně odmítnou poskytovat finance a zázemí. Během prohlubování problematického chování však nastavené dohody nedodržují, což má dopad na mladší sourozence, kteří jsou z toho vystrašení, zmatení nebo našťvaní. V některých případech se nakonec uživatel nějakým způsobem dostane do léčby, což je vždy pozitivně popisované období.

Celý tento proces má na mladší sourozence uživatele výrazné psychické dopady v podobě silných negativních emocí, zejména strachu, vzteku a lítosti, pocitů viny, zodpovědnosti až úzkostí a předčasně zralosti. Dochází ke změnám sourozeneckého vztahu v negativním slova smyslu. Role se otáčejí a postupně dochází na základě situací, které v respondentech vzbuzují negativní emoce a většinou o nich nemají konstruktivní informace (pokud nejsou sami jejich nositeli), a na základě změn v osobnosti, chování i vzhledu sourozence důsledkem užívání, k postupnému oddálení sourozenců a případně k úplné ztrátě vztahu. Tyto dopady a negativní změny může do určité míry napravit odborná péče. Mladší sourozenci se ocitají v rolích hodného dítěte, vzoru a příkladu, s čímž se pojí pocit silné zodpovědnosti a tlaku. Snaží se také nepřidělovat rodičům starosti a nebyt vidět. Většina pozornosti je směřovaná k užívajícímu staršímu sourozenci, někteří se tak cítí nevidění a přehlížení. Mohou se také stávat prostředníky mezi starším sourozencem a rodiči, s čímž je opět spojena větší zodpovědnost.

Výsledky se až překvapivě shodují s dosavadními teoretickými poznatky. Průběh zjišťování a vlastně i dalšího řešení problému probíhá způsobem, který je dle mého názoru specifický právě pro drogovou problematiku – počáteční spojenectví sourozenců, omlouvání užívání nebo snaha ho popřít, i spirálovitá dynamika postupného zasažení rodiny. Alarmující je naprostá absence zdravé, otevřené a přímé komunikace a jasných informací, což je právě to, co by mladší sourozenci tolik potřebovali, spolu s jasnými hranicemi a pravidly rodiny. Ostatně i podle autorů, kteří se rodinným fungováním odborně zabývají, jsou právě komunikace a hranice základními pilíři zdravého rodinného fungování, což dokládají i již výše zmíněné výzkumné studie. Jelikož mladší sourozenci prožívají výrazně negativní emoce, je narušena i základní (emocionální) funkce rodiny. Jsou také skrz užívání staršího sourozence vystaveni obrovským rizikům, jak upozorňuje Barnard (2011). S prohlubováním problému dochází k polarizaci sourozenců (Trapková & Chvála, 2017), což přispívá k vyosení rodinné rovnováhy a dochází k psychosomatogennímu modelu (Minuchin, 2013). Je škoda, že více blízkých uživatelů nevyhledává odbornou pomoc, čímž by mohli pomoci sobě, a tím pádem i k uživateli přistupovat efektivněji. Navrhují další zkoumání dílčích výsledků, jejich kvantitativní ověření, a zejména větší důraz na práci s blízkými VČETNĚ SOUROZENCŮ v praxi. Služby pro tuto cílovou skupinu jsou v ČR k dispozici, jde tedy hlavně o informování o nich už v rámci primární prevence, a o podporu jejich využívání a fungování.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY

- Adler, A. (2018). Člověk, jaký je. Základy individuální psychologie. Praha: Portál.
- Alexander, B. K., Beyerstein, B. L., Hadaway, P. F., Coombs, R. B. (1981). Effect of Early and Later Colony Housing on Oral Ingestion of Morphine in Rats. *Pharmacology, Biochemistry & Behavior*, 15(4), 571-576.
- Alexander, B. K. (2010). *The Globalization of Addiction. A Study in Poverty of the Spirit*. Oxford: Oxford University Press.
- Alvarez-Monjaras, M., Mayesa, L. C., Potenza, M. N., Rutherford, H. J. V. (2019). A developmental model of addictions: integrating neurobiological and psychodynamic theories through the lens of attachment. *Attachment & Human Development*, 21(6), 616-637.
- American Psychological Association (2017). Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct. Získáno z: <https://www.apa.org/ethics/code>
- Balcar, K. (nedat.). Základy rodinné diagnostiky a terapie. Přednáška v rámci předmětu „Základy psychoterapie“, Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Praha. Získáno z: <https://www.pvsps.cz/studuji-pvsps/studijni-materialy/studijni-materialy/>
- Barnard, M. (2005). *Drugs in the Family: The Impact on Parents and Siblings*. England, UK: The Rowntree Foundation.
- Barnard, M. (2011). *Drogová závislost a rodina*. Praha: Triton.
- Baron-Oladi, S., Navidian, A., Kaveh-Farsani, Z. (2013). The study of relationship between addiction potentiality and personality characteristics, conformity and gender among pre-university students. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*, 15(2), 33-42.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bornstein, A. M., Pickard, H. (2020). „Chasing the first high“: memory sampling in drug choice. *Neuropsychopharmacology*, 45, 907-915.
- Breining, S., Doyle, J., Figlio, D., Karbownik, K., & Roth, J. (2019). Birth Order and Delinquency: Evidence from Denmark and Florida. *Journal of Labor Economics*, 38(1). Získáno z: <https://www.journals.uchicago.edu/doi/abs/10.1086/704497>

- Buist, K.L., & Vermande, M. (2014). Sibling Relationship Patterns and Their Associations With Child Competence and Problem Behavior. *Journal of Family Psychology*, 28(4), 529-537.
- Cancrini, L., Costantini, D. & Mazzioni, S. (1985). Drug addiction among young people: a study of typology and its relevance to treatment programmes. *Bulletin on Narcotics*, 37(2-3), 125-133. Získáno z: https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/bulletin/bulletin_1985-01-01_2_page017.html
- Clarfield, C. (2018). „You’re doing fine, right?“. Adolescent siblings of substance abusers. *Dissertation Abstracts International*, 79(4-B)(E).
- Csémy, L., Dvořáková, Z., Fialová, A., Kodl, M., Malý, M., Skývová, M. (2020). Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2019. Praha: Státní zdravotní ústav. Získáno z: http://www.szu.cz/uploads/documents/szu/aktual/Zprava_o_uzivani_tabaku_a_alkoholu_v_Ceske_republice.pdf
- Cígnerová, V. (2020). Dospívání vedle závislého: zkušenosti sourozenců problémových uživatelů drog. Bakalářská diplomová práce, Univerzita Palackého, Olomouc.
- Českomoravská psychologická společnost (2017). Etický kodex psychologické profese. Získáno z: <https://cmpsy.cz/files/EK/Etický-kodex-psychologicke-profese-12-2017.pdf>
- Čtrnáctá, Š. (2015). Rodinná terapie a práce s blízkými. In Kalina, K. a kol. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada.
- Daryoushi, H., Jalali, A., Ezzatei, E., & Dinmohammadi, M. (2021). Psychosocial needs of the parents with teenagers on drugs: A qualitative study. *Journal of Addictions Nursing*, 32(1), 52-58.
- Dingman, M. (2019). *Your Brain, Explained: What Neuroscience Reveals About Your Brain and Its Quirks*. Boston: Nicholas Braley Publishing.
- Ekhtiari, H., Nasser, P., Yavari, F., Mokri, A., Monterosso, J. (2016). Neuroscience of drug craving for addiction medicine: From circuits to therapies. *Progress in Brain Research*, 223, 115-141.
- EMCDDA (2020). *Impact of COVID-19 on patterns of drug use and drug-related harms in Europe*. Získáno z: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13130/EMCDDA-Trendspotter-Covid-19-Wave-2_1.pdf

- Enver, U., & Halil, E. (2019). Inclusion of family therapy in rehabilitation program of substance abuse and its efficacious implementation. *The Family Journal*, 27(4), 443-451.
- European Federation of Psychologists' Associations (2015). Model Code of Ethics. Získáno z: <http://ethics.efpa.eu/metaand-model-code/model-code/>
- Ferjenčík, J. (2010). Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Jak zkoumat lidskou duši. Praha: Portál.
- Fischer, S. & Škoda, J. (2009). *Sociální patologie. Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada.
- Fry, C. M., Telzer, E. H., & Rogers, Ch. R. (2021). Siblings as Buffers: Social Problems and Internalizing and Externalizing Behaviors Across Early Adolescence. *Journal of Family Psychology*, 35(7), 939-949.
- Gage, S. H., Sumnall, H. R. (2018). Rat Park: How a rat paradise changed the narrative of addiction. *Addiction*, 114, 917-922.
- Galanter, M., Hansen, H., Potenza, M. (2021). The role of spirituality in addiction medicine: a position statement from the spirituality interest group of the international society of addiction medicine. *Substance abuse*, 42. Získáno z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08897077.2021.1941514>
- Hajný, M. (2015). Psychologické, vývojové a rodinné faktory vzniku a udržování závislosti. In Kalina, K. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada. Havelka, D., & Bartošová, K. (2019). Speciální sourozenci. Život se sourozencem s postižením. Praha: Portál.
- Havelka, D., & Hrnčířová, L. (2019). Steps – skupinový terapeuticko-edukační program pro sourozence dětí s postižením – intenzivní alternativa programu pro sourozence dětí s Williamsovým syndromem. *E-psychologie*, 13(2), 33-46. Získáno z: <https://e-psycholog.eu/clanek/342>
- Hodačová, L., Čermáková, E., Šmejkalová, J., Hlaváčková, E. & Kalman, M. (2015). Vztah rodiny a životní spokojenosti dětí. *Československá psychologie*, 59(4), 315-326.
- Hokynek, A., Geregová, M., Čtvrtečková, M. (2020). Kontaktní práce s uživateli drog. In Nepustil, P., Geregová, M. *Bez podmínek. Metody psychosociální podpory pro lidi užívající drogy*. Brno: Masarykova univerzita.

- Howard, K. N., Heston, J., Key, Ch. M., McCrory, E., Serna-McDonald, C., Smith, K. R., Hendrick, S. S. (2010). Addiction, the Sibling and the Self. *Journal of Loss and Trauma*, 15, 465-479.
- Höschl, C. (2015). Já a jeho mozek. *Reflex*, 17, 74. Získáno z: <http://www.hoschl.cz/?text=5260&lang=cz>
- Choate, P. W. (2015). Adolescent Alcoholism and Drug Addiction: The Experience of Parents. *Behavioral Sciences*, 5(4), 461-476.
- Chvála, V. (1995). Časová osa – nový pohled na psychosociální souvislosti. *Kontext*, 11(2), 26-31. Získáno z: <https://www.sktlib.cz/?p=324#more-324>
- Chvála, V. & Skorunka, D. (2017). Bio-psycho-sociální přístup nabízí větší porozumění. *Psychiatrie pro praxi*, 18(1), 42-46. Získáno z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2017/01/09.pdf>
- Chvála, V. & Trapková, L. (2020). Nástroje psychosomatické léčby. Bio-psycho-sociální pohled. In Kolektivní monografie. Psychosomatická medicína. Praha: Palestra. Získáno z: <https://www.lirtaps.cz/nastroje-psychosomaticke-lecby/>
- Chytrý, V. (2016). Role starších sourozenců a jejich působení na rozvoj mladších sourozenců. Diplomová práce, Univerzita Karlova, Praha. Získáno z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/165289/>
- Izadabadi, Z., Tirgari, B., Pouraboli, B. (2019). Relationship between lifestyle and family functioning among family members of amphetamine abusers in Southeast Iran. *Journal of Addictions Nursing*, 30(2), 114-122.
- Janíková, B., Nechanská, B. (2021). Sčítání adiktologických služeb 2020. *Zaostřeno* 7(3), 1-20.
- Jensen, A.C., & McHale, S.M. (2015). What Makes Siblings Different? The Development of Sibling Differences in Academic Achievement and Interests. *Journal of Family Psychology*, 29(3), 469-478.
- Johnson, B., Richert, T., & Svensson, B. (2020). Physical Violence and Property Damage towards Parents, Committed by Adult Children with Drug Problems. *Journal of Family Violence*, 37, 165-180.

- Jones, E., Fiani, T., Stewart, J., Sheikh, R., Neil, N., & Fienup, D. (2019). When one sibling has autism: Adjustment and sibling relationship. *Journal of Child and Family Studies*, 28(5), 1272-1282.
- Kalina, K. (2015). Bio-psycho-socio-spirituální model a jeho implikace pro odbornou péči. In Kalina, K. a kol. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada.
- Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada.
- Kamdar, S. (2016). The lingering effects of addiction: Measuring anxiety, loneliness, and self-esteem in siblings of addicts. *Dissertation Abstracts International*, 77(3-B)(E).
- Kárová, Š., Blatný, M., Jelínek, M., Kepák, T. & Tóthová, K. (2013). Sourozenci onkologicky nemocných dětí: subjektivně vnímané změny v životě a kvalita jejich života 6 měsíců po stanovení diagnózy nemocnému sourozenci. *Československá psychologie*, 57(3), 218-229.
- Khoo, S. (2020). Have we reproduced Rat Park? Conceptual but not direct replication of the protective effect of social and enviromental enrichment in addiction. *Journal for reproducibility in neuroscience*, 1. Získáno z: <https://journals.helsinki.fi/jrn/article/view/10.31885.jrn.1.2020.1318>
- Kinsella, K. B., Anderson, R. A. & Anderson, W. T. (1996). Coping Skills, Strengths, and Needs as Perceived by Adult Offspring and Siblings of People with Mental Illnes: A Retrospective Study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20(2), 24-32.
- Koranda, M. (2015). Specifika adiktologické péče v dětství a adolescenci. In Kalina, K. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada.
- Kostínková Koutná, J., & Čermák, I. (2013). Interpretativní fenomenologická analýza. In Řiháček, T., Čermák, I., Hytych, R. a kol. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita.
- Koukolík, F. (2016). *Sociální mozek*. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum.
- Kratochvíl, S. (2017). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
- Lacková, L., & Sobotková, I. (2005). Primárna rodina a resiliencia osobnosti. *Sborník AUPO VARIA PSYCHOLOGICA* 10(34), FF UPOL, 115-137.
- Laskovská, Š. (2007). Kodependencia. *Psychiatrie pro praxi*, 4, 162-164.

- Lauderdale-Littin, S., & Blacher, J. (2017). Young adults with severe intellectual disability: Culture, parent and sibling impact. *Journal of intellectual & developmental disability*, 42(3), 230-239.
- Leman, K. (2016). Sourozenecké konstelace. Praha: Portál.
- Lindblom, J., Vänskä, M., Flykt, M., Tolvanen, A., Tiitinen, A., Tulppala, M., & Punamäki, R.L. (2017). From Early Family Systems to Internalizing Symptoms: The Role of Emotion Regulation and Peer Relations. *Journal of Family Psychology*, 31(3), 316-326.
- Matoušek, O. (2008). Slovník sociální práce. Druhé, přepracované vydání. Praha: Portál.
- Meckel Fischer, F. (2015). *Therapy with substance: Psycholytic psychotherapy in the twenty-first century*. London, UK: Muswell Press.
- MeDitorial (nedat.). Čtyři fáze rozvoje závislosti – od první dávky po zničený život. Získáno z: <https://www.substitutni-lecba.cz/novinky/ctyri-faze-rozvoje-zavislosti-od-prvni-davky-po-zniceny-zivot-669>
- Menon, V., Uddin, L. (2010). Saliency, switching, attention and control: a network model of insula function. *Brain Structure and Function*, 214, 655-667.
- Míčková, Z. & Blatný, M. (2019). Rodinné vzťahy v súvislosti so somatickou symptomatológiou v období adolescencie. *Česká a slovenská psychiatrie*, 115(5), 207-214.
- Miller, W.R., Rollnick, S. (2013). Motivational interviewing: Helping people change. 3rd edition. New York: Guilford Press.
- Minařík, J. & Kmoč, V. (2015). Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In Kalina, K. a kol. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada.
- Minuchin, S. (2013). Rodina a rodinná terapie. Praha: Portál.
- Miovský, M. (2010). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada.
- Missouridou, E., Segredou, I., Esseridou, D., & Papadatou, D. (2019). Routine care interventions with the parents of adult drug and alcohol users. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 26(3), 273-279.
- Musílková, E. (2017). Toxická psychóza jako důsledek dlouhodobého užívání metamfetaminu – série případových studií klientů terapeutické komunity. Diplomová práce, Univerzita Karlova, Praha.

- Nakonečný, M. (2009). *Sociální psychologie*. Rozšířené a přepracované vydání. Praha: Academia.
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2020). *Zaostřeno (6): Návykové látky v české republice v roce 2019*. Zaostřeno (6). Získáno z: [Z6_2020.pdf \(drogy-info.cz\)](#)
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2013). *Zaostřeno (6): Vstup adiktologických služeb do systému zdravotnictví*. Zaostřeno (6). Získáno z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/4563/548/Zaostreno_na_drogy_2013-06_adiktologicke_sluzby_prakticky_navod.pdf
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (nedat.). *Mapa pomoci*. Získáno z: <https://www.drogy-info.cz/mapa-pomoci/>
- Nepustil, P. (2016). *Bez léčby to jde*. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií.
- Nesládek, M. (2017). Kontrolované užívání nelegálních drog. *E-psychologie*, 11(1), 44-58. Získáno z: <https://e-psycholog.eu/clanek/282>
- Nešpor, K. (2001). *Vaše děti a návykové látky*. Praha: Portál.
- Nešpor, K. (2013). *Návykové chování a závislost. Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál.
- Nielsen, D., Utrankar, A., Reyes, J., Simons, D., Kosten, T. (2012). Epigenetics of drug abuse: predisposition or response. *Pharmacogenomics*, 13(10), 1149-1160.
- Nordgren, J., Richert, T., Svensson, B., & Johnson, B. (2020). Say no and close the door? Codependency troubles among parents of adult children with drug problems in Sweden. *Journal of Family Issues*, 41(5), 567-588.
- Olson, S. L., Ip, K. I., Gonzalez, R., Beyers-Carlson, E. E. A., Volling, B. L. (2020). Development of Externalizing Symptoms Across the Toddler Period: The Critical Role of Older Siblings. *Journal of Family Psychology*, 34(2), 165-174.
- Orel, M. (2020). *Psychopatologie. Nauka o nemocech duše*. Praha: Grada.
- Pike, A., & Oliver B.R. (2017). Child Behavior and Sibling Relationship Quality: A Cross-Lagged Analysis. *Journal of Family Psychology*, 31(2), 250-255.

- Postránecká, Z., Vejmla, Č., Tylš, F. (2019). Psychedelic therapy in the Czech Republic: A theoretical concept or a realistic goal? *Journal of Psychedelic Studies*, 3(1), 19-31.
- Preston, K.S.J., Gottfried, A.W., Oliver, P.H., Gottfried, A.E., Delany, D.E. & Ibrahim, S.M. (2016). Positive Family Relationships: Longitudinal Network of Relations. *Journal of Family Psychology*, 30(7), 875-885.
- Procházka, R., Šmahaj, J., Kolařík, M., Lečbych, M. (2014). *Teorie a praxe poradenské psychologie*. Praha: Grada.
- Rafiee, G., Ahmadi, J. & Rafiee, F. (2020). Prevalence of substance abuse (tobacco, alcohol, narcotics and psychotropic drugs) and its relationship to family factors in pre-university male students in Shiraz 2017-2018. *Journal of Community Health: The Publication for Health Promotion and Disease Prevention*, 45(1), 176-182.
- Rajčániová, E., Ferencíková, P., Tomšík, R., & Kopányiová, A. (2020). Prežívání krízy v rodinách počas pandémie Covid-19 na Slovensku. *Psychologie a její kontexty*, 11(2), 35-53.
- Richert, T., Johnson, B., & Svensson, B. (2018). Being a parent to an adult child with drug problems: Negative impacts on life situation, health, and emotions. *Journal of Family Issues*, 39(8), 2311-2335.
- Rodrigues, M., Binnoon-Erez, N., Prime, H., Perlman, M., & Jenkins, J.M. (2017). Familial Risk and Sibling Mentalization: Links With Preschoolers' Internalizing Problems. *Journal of Family Psychology*, 31(6), 785-791.
- Röhr, H. P. (2016). *Závislé vztahy. Léčba a uzdravení závislé poruchy osobnosti*. Praha: Portál.
- Řehan, V. (2007). *Adiktologie I*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Řiháček, T., Čermák, I., Hytych, R. a kol. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita.
- Sananim (nedat.). Přehled zařízení a služeb – komplexní systém péče. Získáno z: <http://www.sananim.cz/o-nas/prehled-zarizeni-a-sluzeb-komplexni-system-pece.html>
- Sananim (nedat.a). Stimulační drogy. Získáno z: <http://www.drogovapordna.cz/stimulacni-drogy.html>

- Sanders, A. & Szymanski, K. (2012). Emotional intelligence in siblings of patients diagnosed with a mental disorder. *Social Work in Mental Health*, 10(4), 331-342.
- Sanders, A., & Szymanski, K. (2013). Siblings of people diagnosed with a mental disorder and posttraumatic growth. *Community Mental Health Journal*, 49(5), 554-559.
- Sanders, A., Szymanski, K., & Fiori, K. (2014). The family roles of siblings of people diagnosed with a mental disorder: Heroes and lost children. *International Journal of Psychology*, 49(4), 257-262.
- Satirová, V., Banmen, J., Greberová, J., & Gomoriová, M. (2005). Model růstu. Za hranice rodinné terapie. Brno: Cesta.
- Sherif, M. (1935). A study of some social factors in perception. *Archives of Psychology*, 187.
- Slezáková, E., & Sladká Ševčíková, J. (2021). Multidisciplinární přístup a jeho význam pro duševní zdraví dětí a mládeže nejen u poruch příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi*, 22(2), 37-40.
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research*. London: SAGE.
- Smith, J. A., & Nizza, I. E. (2021). *Essentials of Interpretative Phenomenological Analysis*. Washington DC: American Psychological Association.
- Smith-Genthôs, K. R., Logue, E. M., Low, B. E., & Hendrick, S. S. (2017). The Forgotten Ones: Siblings of Substance Abusers. *Journal of Loss and Trauma*, 22(2), 120-134.
- Stocker, C. M., Gilligan, M., Klopach, E. T., Conger, K. J., Lanthier, R. P., Neppl, T.K., O'Neal, C. W. & Wickrama, K. A. S. (2020). Sibling Relationships in Older Adulthood: Links With Loneliness and Well-Being. *Journal of Family Psychology*, 34(2), 175-185.
- Sládečková, S., Sobotková, I. (2014). *Dětský autismus v kontextu rodinné resilience*. Univerzita Palackého v Olomouci: Olomouc.
- Slezáčková A. & Sobotková, I. (2017). Family resilience: positive psychology approach to healthy family functioning. In Updesh, K. *The Routledge International Handbook of Psychosocial Resilience*. London and New York: Routledge, Taylor and Francis Group.
- Sobotková, I. (2004). Rodina v krizi. In Špatenková, N. a kol. *Krize: psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada.

- Sobotková, I. (2012). *Psychologie rodiny*. Praha: Portál.
- Sobotková, I. (2015). Rodinné fungování a rodinná resilience: výzkumy pro praxi. In *Symposium rodinné resilience (31-53)*. Olomouc. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Sobotková, I. (2017). Rodinná paměť. *Československá psychologie*, 61(2), 144-155.
- Sohni, H. (2019). *Sourozenecká dynamika*. Praha: Portál.
- Špatenková, N. a kol. (2017). *Krise a krizová intervence*. Praha: Grada.
- Šustková, M. (2015). Genetické dispozice k drogovým závislostem a epigenetika. In Kalina, K. a kol. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada.
- Švaříčková Slabáková, R. & Sobotková, I. (2018). *Rodina a její paměť v nás ve světle třígeneračních vyprávění*. Praha: Triton.
- Tureček, P. (2015). Vliv sourozeneckých konstelací na partnerskou kompatibilitu. Diplomová práce, Univerzita Karlova, Praha. Získáno z: [Vliv sourozeneckých konstelací na partnerskou kompatibilitu | Digitální repozitář UK \(cuni.cz\)](#)
- Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie. Proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál.
- Trapková, L., & Chvála, V. (2017). *Rodinná terapie psychosomatických poruch. Rodina jako sociální děloha*. Praha: Portál.
- Uholyeva, X. (2015). Nedotazníkové měření rodinných vztahů: metody a výzkumné studie. *E-psychologie*, 9(4), 38-50. Získáno z: <https://e-psycholog.eu/pdf/uholyeva.pdf>
- United Nations Office on Drugs and Crime (2021). *Prevalence of drug use – general population*. Získáno z: https://dataunodc.un.org/data/drugs/Prevalence-general?fbclid=IwAR26EOQjyBW36kl_mumJ0fm0BkVYaqzumOO_j8T01p9r3rpEbYO2SNiNR5w
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2021). *Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize*.
- Vágnerová, M., & Lisá, L. (2021). *Vývojová psychologie. Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum.
- Výrost, J., & Slaměník, I. (1998). *Aplikovaná sociální psychologie. Člověk a sociální instituce*. Praha: Portál.

- Wallace, L. N. (2015). Sibling popularity: A moderator of sibling influence for adolescent substance use. *Addiction research & theory*, 23(6), 481-489.
- Walsh, F. (2015). A Family Resilience Framework: Principles and Applications. In *Symposium rodinné resilience (11-29)*. Olomouc. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Watson, J. (2019). The effects of having a sibling with a psychiatric disorder on young adults' psychosocial functioning. *Dissertation Abstract International*, 80(2-B)(E).
- West, R. (2016). *Modely závislosti*. Praha: Úřad vlády ČR, Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. Získáno z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/32237/750/2016_09_modely-zavislosti.pdf
- Wikle, J. S., & Hoagland, A. (2020). Adolescent Interactions With Family and Emotions During Interactions: Variation by Family Structure. *Journal of Family Psychology*, 34(5), 544-554.
- Wolt, R., Halama, P. (2019). Změna vzťahovej väzby u pacientov so závislosťou od psychoaktívnych látok počas liečby. *Česká a slovenská psychiatrie*, 113(5), 211-216.
- World Health Organization (2019). International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics 11th Revision. Získáno z: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f334423054>

SEZNAM PŘÍLOH

1. Abstrakt diplomové práce v českém jazyce
2. Abstrakt diplomové práce v anglickém jazyce
3. Informovaný souhlas
4. Struktura rozhovoru
5. Časová osa
6. Doporučení

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Mladší sourozenci uživatelů drog a jejich role při zjištění adiktologického problému v rodině

Autor práce: Bc. Vendula Cígenerová

Vedoucí práce: PhDr. Eva Aigelová, Ph.D.

Počet stran a znaků: 96, 214 138

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 132

Abstrakt (800–1200 zn.): Výzkumným problémem je role mladšího sourozence v procesu zjišťování a řešení problému užívání drog staršího sourozence. Cíle této práce jsou dva: popsat průběh řešení problému užívání drog staršího sourozence v rodině, a popsat, jakou roli mají mladší sourozenci v rodinách s tímto problémem. Teoretické ukotvení tvoří kapitoly o rodině a sourozencích, o psychotropních látkách a jejich (zne)užívání, a o blízkých uživatelů. Design výzkumu je kvalitativní. Výzkumný soubor tvoří 11 respondentů, kteří byli vybráni metodami prostého záměrného výběru, samovýběru a sněhové koule. Data byla získána metodou polostrukturovaných interview a analyzována metodou IPA. Výsledky ukázaly jako významné způsob zjištění a přístup ke zjištění, postoj rodičů – rozdíly mezi matkami a otci, a zejména problematickou komunikaci, problematickou absenci hranic a pravidel, psychické dopady na mladší sourozence v podobě dlouhodobých negativních emocí a dalších následků, změny sourozeneckého vztahu, ve kterém dochází k oddálení až ztrátě a přetrvávající nedůvěře, možnosti údravy, a role mladších sourozenců, které přinášejí tlak, nepřiměřenou zodpovědnost a nedostatek pozornosti rodičů.

Klíčová slova: mladší sourozenci, drogy, rodina, role

ABSTRACT OF THESIS

Title: Younger siblings of drug users and their role in identifying an addictology problem in the family

Author: Bc. Vendula Cígenerová

Supervisor: PhDr. Eva Aigelová, Ph.D.

Number of pages and characters: 96, 214 138

Number of appendices: 6

Number of references: 132

Abstract (800–1200 characters): The research problem consists of the role of the younger sibling in the process of identifying and solving the problem of drug use by the older sibling. The aim of this work is to describe the course of solving this problem in the family and to describe the role of younger siblings in families with this problem. The theoretical background consists of chapters on the family and siblings, on psychotropic substances and their (mis)use, and on close persons of drug users. The research design is qualitative. The research group consists of 11 respondents who were selected by methods of simple intentional selection, self-selection, and the snowball method. Data were obtained by semi-structured interviews and analyzed by IPA. According to the results, the most important topics are: the way of finding out and the approach following finding out by the family; parents' attitude - differences between mothers and fathers; problematic communication; problematic absence of borders and rules; psychological effects on younger siblings in the form of long-term negative emotions and other consequences; changes in the sibling relationship, in which there is persistent mistrust; healing opportunities and the role of younger siblings, which brings pressure, disproportionate responsibility and lack of parental attention.

Key words: younger siblings, drugs, family, role

Informovaný souhlas s účastí na výzkumu v rámci diplomové práce

Název práce: Mladší sourozenci uživatelů drog a jejich role při zjištění adiktologického problému v rodině

Autor práce: Bc. Vendula Cígnerová

Vedoucí práce: PhDr. Eva Aigelová, Ph.D.

Termín realizace:

Místo realizace: Olomouc

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s podmínkami účasti na výzkumu k diplomové práci „Mladší sourozenci uživatelů drog a jejich role při zjištění adiktologického problému v rodině“ a že se jej chci dobrovolně zúčastnit.

Beru na vědomí, že údaje poskytnuté pro účely tohoto výzkumu jsou **anonymní** a nebudou použity jinak než k interpretaci výsledků v rámci diplomové práce, a že rozhovor bude zvukově zaznamenán a následně zpracován pro účely výzkumu.

Rovněž beru na vědomí, že mohu z výzkumu kdykoli, podle svého vlastního uvážení, vystoupit.

Dne.....

Jméno a příjmení.....

Podpis.....

Struktura rozhovoru

Privítání (small talk, info, etika...)

0. Úvod:

- věk, pohlaví, aktuální situace
- sourozenci – bratr/sestra, věk, věk.rozdíl, užívaná droga, jak dlouho – dodnes?
- další sourozenci? zbytek domácnosti (jednotlivé osoby)?
- ČASOVÁ OSA

1. Jak se ve vaší rodině zjistilo, že bratr/sestra užívá drogy?

- Kdy, kolik Vám bylo?
- Kdo a jak to zjistil jako první? Kdy jste se to dozvěděl a od koho?
- Jaké to pro Vás bylo? Jak jste se cítil?
- Co jste si o tom myslel?
- Mluvili jste doma o tomto tématu? Jakým způsobem?
- Chtěl/a nebo potřeboval/a byste to jinak? Jak?

2. Jak se situace dál řešila?

- Jak se k tomu postavili rodiče (další osoby v domácnosti)?
- rodiče podnikali kroky – jaké? Kdo v tom byl více aktivní? Matka/otec?
- rodiče nedělali nic – jak dlouho?
- „řešil“ to nějak respondent (mladší sourozenec)? Jak?

3. Jak byste popsal/a svou roli v celé situaci?

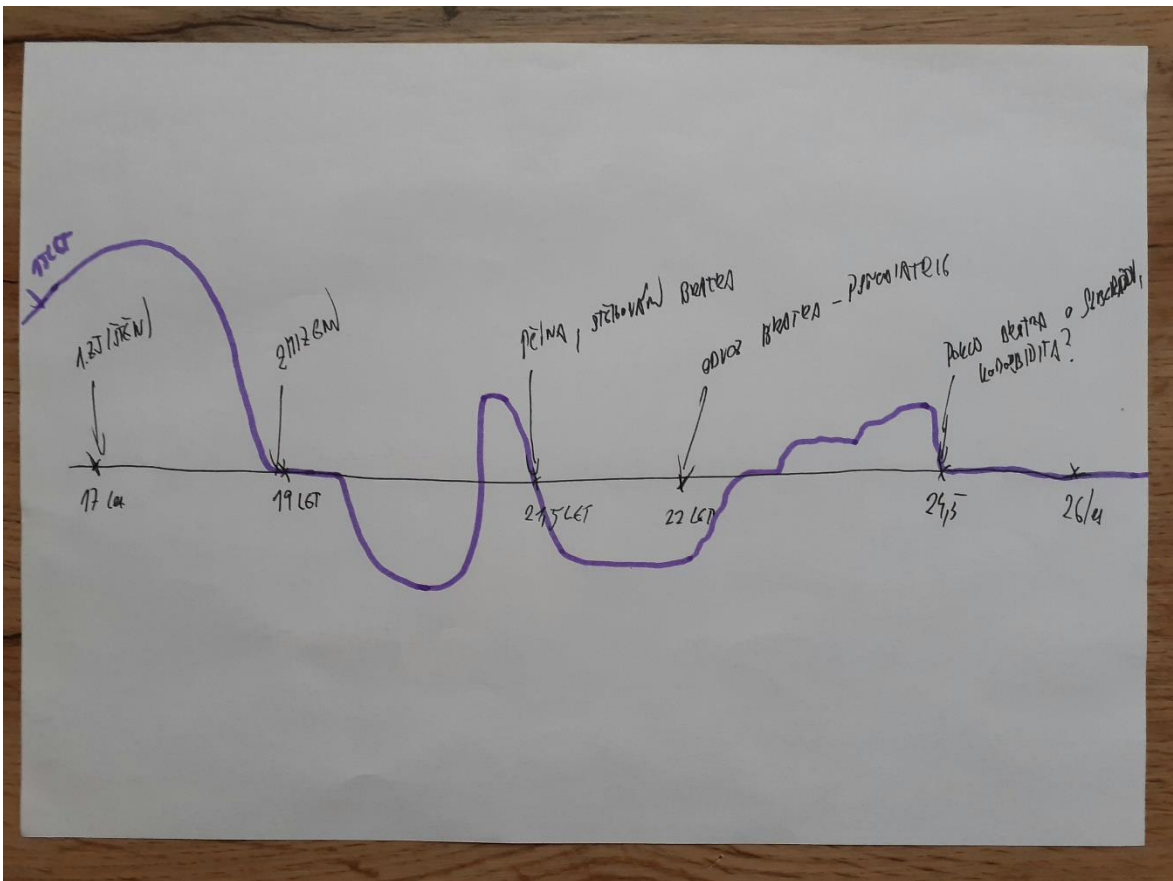
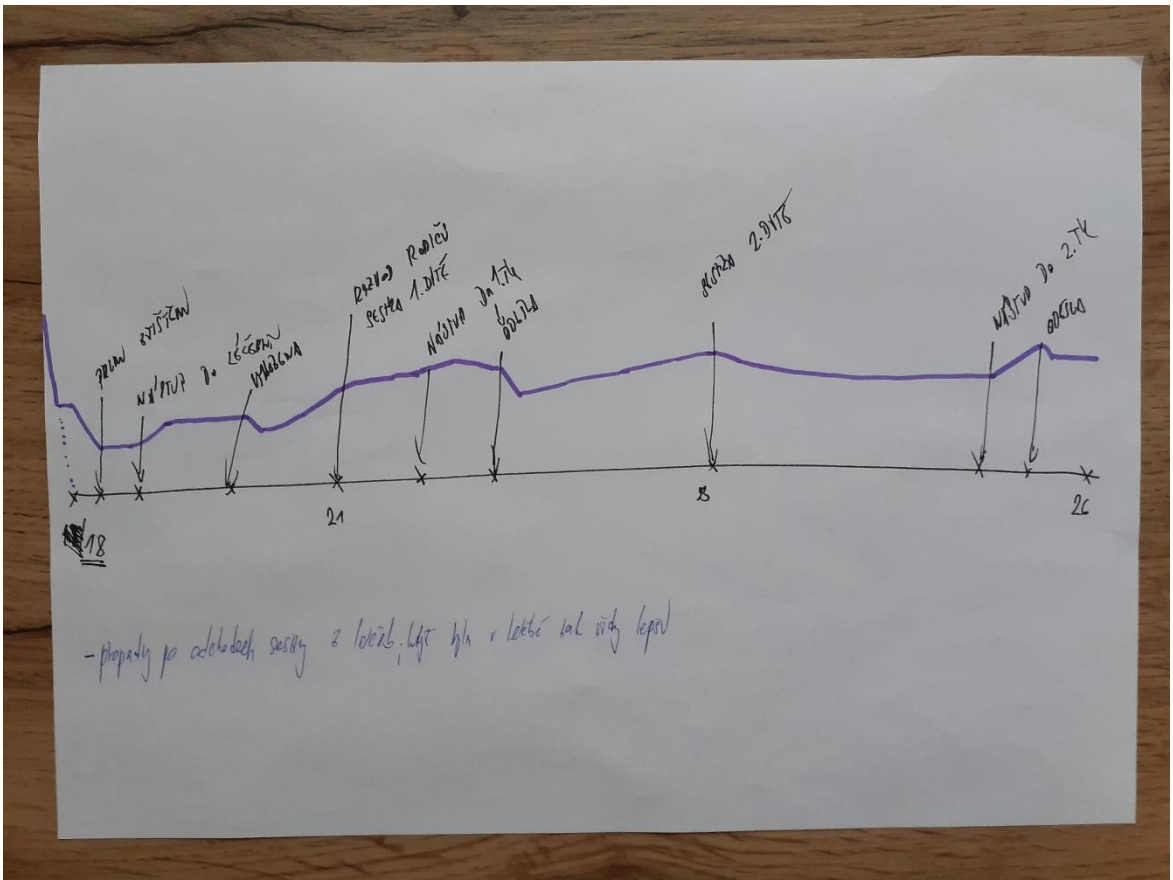
- Chtěl/a nebo potřeboval/a byste to jinak? Jak?
- Komunikoval jste o tom se starším sourozencem?
- Jak to ovlivnilo to, že užívá vztah s ním? V čem se změnil?
- Jak to ovlivnilo váš vztah s rodiči? V čem se to změnilo?
- Jak se změnil vztah rodičů k sourozenci?

4. Jaká je situace dnes?

- Jaká je teď situace, došlo k nějakým změnám?
- Jaké to pro Vás je? Jak se v tom cítíte? Je to lepší/horší?
- Chtěl/a nebo potřebovala byste něco jinak? Jak? Myslíte, že pro to můžete pro to něco udělat?
- Jak změnil vztah se sourozencem?
- Jak se změnil vztah s rodiči z vaší strany?
- Jaký postoj vztah mají rodiče se sourozencem?
- Využil jste nějakou vnější formu pomoci v poradně apod.?

Závěr (poděkování, výsledky, opečování, rozloučení...)

Příloha 5: Časová osa



Příloha 6: Doporučení

