

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

BEHAVIORÁLNÍ STRATEGIE KLIENTŮ CAS PŘÍBRAM PŘI KONTAKTU S VEŘEJNÝMI SLUŽBAMI



Magisterská diplomová práce

Autor: Martin Kalous

Vedoucí práce: PhDr. Veronika Anna Polišenská, PhD., MSc.

Olomouc

2015

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Behaviorální strategie klientů CAS Příbram při kontaktu s veřejnými službami“ vypracoval samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedl/a jsem všechny použité podklady a literaturu.

Vdne Podpis

Na tomto místě bych rád poděkoval zejména mé vedoucí práce dr. Veronice Polišenské, která mi svým vlídným přístupem pomohla celou práci dokončit. Její trpělivost se nedá vyčíslit a slova díků nedokážou vyjádřit můj vděk. Zároveň také děkuji celému pracovnímu týmu CAS Příbram, bez nichž by tento výzkum vůbec nemohl vzniknout. Děkuji za jejich podporu, pomoc a hlavně přátelství.

Obsah

Úvod	7
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 Závislost a návykové látky	9
1.1 Definice závislosti	9
1.2 Návykové látky a jejich vztah k mozku	11
1.2.1 Corpus striatum.....	11
1.2.2 Corpus amygdaloideum	12
1.2.3 Thalamus	13
1.2.4 Katecholaminy a serotonin.....	13
1.3 Účinky vybraných psychoaktivních látek	15
1.3.1 Opioidy.....	15
1.3.2 Stimulancia	16
1.3.3 Halucinogeny	16
1.3.4 Konopné drogy.....	17
1.3.5 Alkohol	17
1.4 Shrnutí.....	18
2 O toleranci a normách	19
2.1 Funkce norem a tolerance.....	19
2.2 Deviace a patologie	21
2.3 Agrese	22
2.4 Shrnutí.....	23
3 Behaviorální strategie.....	25
3.1 Zdvořilost a asertivita.....	25
3.2 Impulzivita a agresivita	26
3.3 Pasivita.....	27
3.4 Coping.....	27

3.5	Místo kontroly	28
3.6	Shrnutí.....	28
4	Adiktologické služby	30
4.1	„Harm reduction“ přístup.....	30
4.2	Terapeutická komunita	32
4.3	Kontaktní centra	32
4.4	Terénní program.....	33
4.5	Doléčovací programy.....	33
4.6	Magdaléna, o.p.s.	34
4.7	Shrnutí.....	34
	EMPIRICKÁ ČÁST	36
5	Obecné charakteristiky výzkumu	37
5.1	Výzkumný problém a cíle výzkumu	37
5.2	Výběr a popis zkoumané populace.....	38
5.3	Popis metody a fixace dat	39
5.4	Etické aspekty výzkumu	41
5.5	Problematika kvalitativním výzkumu.....	41
6	Výsledky	43
6.1	Kvalitativní analýza výsledků výzkumu.....	43
6.1.1	Proband 1	43
6.1.2	Proband 2	44
6.1.3	Proband 3	45
6.1.4	Proband 4	46
6.1.5	Proband 5	47
6.2	Shrnutí.....	48
7	Diskuze.....	50
8	Závěr	57

9	Souhrn.....	60
	Zdroje	62
	Seznam příloh	

Úvod

Sociální rovina je neoddělitelnou součástí života všech lidí, žijících v naší společnosti. A už v celku nezáleží na tom, zda jde o většinu společnosti nebo sociálně znevýhodněné, nebo také někdy vyloučené jedince. I těch se dotýká legislativa, byrokracie a další složky moderního světa. A právě z řad lidí, kteří jsou na okraji společnosti, jsem vybíral probandy k empirické části mé práce.

V České Republice tomu obvykle bývá tak, že kontaktní centra pro uživatele drog bývají součástí neziskových organizací. Proto výzkumů na této půdě nebývá příliš mnoho. I když existuje dozajista mnoho zakázek, které by mohly sociálním pracovníkům pomoci při jejich práci. A právě takto se zrodilo téma této práce. Po domluvě s vedoucí CAS (Centrum Adiktologických Služeb) v Příbrami jsme stvořili návrh obsahu empirické části, která se týká styku aktuálních uživatelů ilegálních návykových látek s veřejnými, neadiktologickými, službami. Konkrétně toho, s jakými potížemi se potýkají, jaké používají strategie při řešení různých situací a jestli tyto strategie jsou výhodné nebo zda jsou adaptivní. Jde o exploraci z příběhů klientů, která sice může být zkreslená mnoha faktory, nicméně dozajista přinese zajímavý pohled na tuto problematiku.

V práci pokládám za nutné popsat fenomény týkající se závislostí, sociálních služeb, sociálních deviací a norem, které dle mého názoru souvisí s tématem, na který hodlám nahlížet. Jako svůj modus operandi jsem si zvolil narativní analýzu a to jak ze psaných odpovědí, tak zejména z rozhovorů s klienty.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Závislost a návykové látky

1.1 Definice závislosti

Jak jsem již naznačil výše, je nutné popsat, co závislost je, jak se projevuje, jak ovlivňuje psychiku jedince, potažmo jeho chování. Jako logický krok mi pak přijde začít s Mezinárodní Klasifikací Nemocí (MKN-10), která definuje celou kategorii „*Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek*“, které najdeme pod kódem F10-F19, kdy třetí znak určuje látku, která poruchy způsobuje. Následující členění (čtvrtým znakem), v rámci poruch způsobených látkami, na kterých vzniká závislost, je takovéto:

- .0 Akutní intoxikace
- .1 Škodlivé použití
- .2 Syndrom závislosti
- .3 Odvykací stav
- .4 Odvykací stav s deliriem
- .5 Psychotická porucha
- .6 Amnestický syndrom
- .7 Psychotická porucha reziduální a s pozdním nástupem
- .8 Jiné duševní poruchy a poruchy chování
- .9 Neurčené duševní poruchy a poruchy chování

Z tohoto seznamu jsou v mém vzorku zejména lidé, na které by se vztahoval patrně kód F1x.2, tedy jedinci se syndromem závislosti.

Proto chci vyjmenovat a popsat kritéria, která musí klient splňovat, aby se dalo mluvit právě o syndromu závislosti tak, jak jej udává Smolík (1996):

- **silná touha nebo pocit puzení získat látku**; také označován jako craving, jedná se o stav, kdy závislý jedinec baží po látce, na které je závislý; přichází v době, kdy není člověk pod vlivem drogy a to samovolně, nebo při stimulaci (jako je například rozhovor o droze, sledování někoho, kdo si drogu aplikuje, ...); během cravingu dochází ke zvýšení metabolismu v mozku, konkrétně v orbitofrontální a insulární mozkové kůře (Wang, Volkow, Fowler, Cervany, Hitzemann, Pappas, Wong, Felder, 1998)

- **zhoršená schopnost sebeovládání ve vztahu k užívané látce;** zde se jedná jak o množství, tak i o začátek a ukončení užívání, kdy se jedinec nedokáže ovládat
- **patofyziologické projevy odvykacího stavu;** také tělesný odvykací stav; droga je užívána s cílem zmírnit nepříjemné tělesné příznaky odvykacího stavu a nemusí se používat přímo primární droga, ale stačí látka s podobnými účinky (včetně substitučních preparátů)
- **průkaz tolerance k účinku látky;** jde o potřebu zvyšování dávky drogy pro dosažení původního účinku, který byl způsoben nižším množstvím látky, a zároveň větší odolnost proti toxickým účinkům psychoaktivních látek (neotráví se po množství, které by pro osobu, která není zvyklá, mohla být smrtelná)
- **zaujetí užíváním látky, projevující se opuštěním nebo zredukováním jiných důležitých zájmů nebo zálib v důsledku užívání látky;** droga v podstatě nahrazuje a vytlačuje vše ostatní ze života a to jak tím, kolik času člověk stráví užíváním, sháněním látky, nebo zotavování se z následků požití
- **trvalé užívání látky navzdory jasnému důkazu škodlivých následků;** také kognitivní disonance;

Je potřeba, aby se u jedince vyskytovaly 3 a více těchto znaků po dobu jednoho měsíce (souvisle), nebo v opakovaných, kratších epizodách po dobu 12 měsíců.

Vzhledem k tomu, že jsem uvedl kritéria, jak je udává MKN-10, je standardem uvést také kritéria americké obdoby MKN a tou je DSM-V. DSM-V udává 11 kritérií:

- užívání látky ve větším množství, nebo po delší dobu než jedinec zamýšlel
- jedinec chce přestat látku užívat, ale nedokáže to zvládnout
- trávení hodně času obstaráváním, užíváním a dostáváním se z následků látky
- craving/ bažení po požití aplikaci látky
- nezvládnutí povinností (škola, práce, domácích práce) kvůli užití látky
- pokračování v užívání látky i přes to, že činí problémy ve vztazích

- vzdávání se důležitých sociálních, pracovních, nebo rekreačních aktivit kvůli užívání látky
- užívání látky opakovaně, i když jedinec vystavuje nebezpečí
- užívání látky i přes to, že jedinec ví, že má psychické nebo fyzické obtíže, které se mohou zhoršit, nebo že vzniknuly, užitím látky
- potřeba většího množství látky pro žádoucí účinek (zvyšující se tolerance k látce)
- vývoj odvykacích symptomů, od kterých uleví další aplikace látky

DSM-V dále také hledí na to, jak silná je závislost, podle počtu kritérií, která jedinec splňuje, a to následovně: lehká závislost (2-3 symptomy), středně těžká závislost (4-5 symptomů) a těžká závislost (6 a více symptomů) (Hartney, 2014).

Dalo by se tedy říci, že závislost je behaviorální poruchou, kdy jedinec ztrácí kontrolu nad svým chováním. Ať už jde o kontrolu užívání, craving, nebo zanedbávání povinností (Winger, Woods, Galuska, Wade-Galuska, 2005; Váchová, Racková, Janů, 2009)

1.2 Návykové látky a jejich vztah k mozku

Návykové látky jsou „evergreenem“ lidské společnosti a neustále zasahují do kultury v různých obdobách a podobách. V současné době zneužívání těchto látek jsou však nepříznivé následky tohoto jednání propírané a známé tak snad každému, kdo navštěvoval základní školu. A přesto, počet jedinců, kteří propadnou této, poněkud temné, vášni, je stále mnoho. Pokud chci najít odpověď, proč nejsou tendence zneužívání drog výrazně se snižující, musím nahlédnout do neurověd, které se snaží objasnit motivace uživatelů na úrovni mozkové aktivity a jeho produkce. Proto bych na tomto místě popsal několik důležitých pojmů, týkajících se této problematiky. Zdaleka však nebude místo na všechny, neboť tato práce není primárně neuropsychologická, ale zároveň by bylo chybou, tyto informace opomenout zcela.

1.2.1 Corpus striatum

Základním postulátem většiny neurovědeckých výzkumů je zpětnovazební systém odměny v mozku, který je jednou z částí libického systému. U většiny populace je aktivován při sexu, sportu, jídle, nebo i citových vztazích a způsobuje

jedinci libé pocity. Umělým zdrojem odměny jsou drogy a ty mnohem kratší a jednodušší cestou dosáhnou kýženého efektu. A tak nahradí přirozené zdroje odměny. A to obvykle jak na neuronální úrovni, tak i na té obecné, každodenní (Kalina a kol, 2008).

Jednou z částí mozku, která by nás pak tedy měla zajímat je corpus striatum (zkráceně jen striatum), které je jedno z nejznámějších bazálních ganglií nacházející se v šedé kůře koncového mozku. Do striata vedou dráhy z thalamu (*thalamostriatické dráhy*), z mozkové kůry (*kortikostriatické dráhy*) a z mozkového kmene (*nigrostriatické dráhy – zásobují striatum dopaminem, a raphestriatické dráhy*). Z něj vedou dráhy do substantia nigra (*tragus striatonigrales*) a pallida (*tragus striatopallidares*). Striatum obsahuje vysoké koncentrace, pro nás velmi podstatných, neurotransmiterů jako acetylcholin a dopamin (Čihák, 2004). Acetylcholin se váže i na nikotinové receptory, kdy pak transmise vyvolává ona látka (nikotin). Neurotransmitter samotný pak zlepšuje kognitivní funkce a zmírňuje pocit strachu. Dopamin je pak nejvíce vzpomínaný neurotransmitter, pokud jde o systém odměny v mozku a zároveň také nejlépe zmapovaným ve vztahu k drogám. Při degeneraci buněk produkujících dopamin vzniká Parkinsonova choroba a příznaky s ní spojené (třes, chudá motorika apod.). Nadbytečná produkce do striata na druhou stranu způsobuje degeneraci striata a snižuje produkci acetylcholinu, což klinicky může způsobovat depresivní stavy. Poruchy v produkci dopaminu mají také za následek agresivní chování, změny v emotivitě a další (Janata, 1999).

Pro téma závislosti by pro nás mělo být ze striata nejpodstatnější nucleus accumbens. Do tohoto jádra proudí dopamin vždy, pokud organismus považuje situaci za libou a mozek si pak okolnosti asociuje a pamatuje (Kalina a kol., 2008).

1.2.2 Corpus amygdaloideum

Další částí mozku, kterou nelze opomenout je amygdala. Ta ovlivňuje emotivitu, s ní spojenou agresivitu, somatomotoriku a visceromotoriku. Amygdala je ovlivňována opět dopaminem, acetylcholinem a také noradrenalinem. Je součástí limbického systému, kterému se připisuje velký vliv na emotivitu, a zároveň je možné ji řadit do bazálních ganglií. Amygdala souvisí se stresovou reakcí (útok, útěk, zamrznutí), a to tak že pokud je amygdala drážděna, dochází

ke zvýšení pozornosti. Když je bilaterálně poškozená, strach i úzkost mizí. Amygdala je také spojena s čichovým mozkem (Čihák, 2004).

1.2.3 Thalamus

Thalamus je částí mozku, která má obrovský vliv na velké množství tělesných funkcí. Ovlivňuje motoriku, přijímá senzitivní a smyslové vzruchy (kromě čichu), ovlivňují produkci hormonů (je funkčně spojen s hypotalamem, i hypofýzou). Pro tuto práci je také podstatné zdůraznit spojení s palidem (o kterém jsem se zmiňoval výše), spojení s bazálními ganglii, potažmo limbickým systémem (*patří sem nuclei anteriores a nuclei anterolaterales*) (Čihák, 2004).

1.2.4 Katecholaminy a serotonin

Mezi katecholaminy patří adrenalin, noradrenalin a dopamin. Všechny tři hormony nějakým způsobem souvisí s návykovými látkami. Nejvíce diskutovaný (a také nejlépe prozkoumaný) je samozřejmě dopamin, který, jak jsem již zmiňoval výš, souvisí se systémem odměn. Adrenalin a noradrenalin jsou spojeny s obrannou stresovou reakcí a se sympatickou aktivací jako takovou (Katecholaminy, n.d.).

Dopamin má klíčovou roli v systému odměn v mozku. Na jeho funkci se zaměřuje nespočet neurobiologických výzkumných studií, ve snaze lépe pochopit závislosti a naučit se je díky tomu korigovat. Genetický polymorfismus dopaminových receptorů však toto bádání znesnadňuje. Ve výzkumech se ukazují korelace mezi výskytem některých alel a receptorů a výskytem závislosti na některém typu návykové látky, ale těžko se hledají jasné závěry. Je ale patrné, že v kontextu systému odměn můžu zmínit, že člověk je ovlivněn ve směru slabšího náhledu na negativní dopady svého chování, selhávání v inhibici motoriky, a zejména upřednostňování okamžité odměny, i přes její negativní následky z dlouhodobějšího hlediska (Gorwood, Le Strat, Ramoz, Dubertret, Moalic, Simonneau, 2012). Dopaminový systém má neoddiskutovatelný vliv na akutní účinek drog. Na udržování závislosti, ale již takový efekt nemá. Zde přichází na řadu systém glutamatergní, který právě z prefrontálního kortexu proudí do nuclea accumbens (Kalina a kol., 2008).

Adrenalin a noradrenalin vznikají v kůře nadledvin a jsou známé jako stresové hormony, pojmenované podle jejich aktivačních účinků. V locus

caeruleus, což je centrum ovládané noradrenalinem, působí serotonin tlumivě. Noradrenalin se také používá, pro jeho extatické účinky jako antidepresivum, ale podobně jako ostatní látky používané k tomuto účelu, funguje jen na některé pacienty s depresivní symptomatikou. Zajímavé také je, že halucinogeny mají podobnou strukturu jako dopamin, serotonin a právě noradrenalin. Účinky adrenalinu a noradrenalinu bych si dovolil nastínit ve schématu, které nabízí Zehentbauer:

	ADRENALIN	NORADRENALIN
SPOLEČNÉ ÚČINKY	Zvýšení krevního tlaku Rozšíření průdušek Utlumení trávicí činnosti Redukce močení Odbourávání tuku Podpora látkové výměny, spotřeba energie Zvýšená bdělost a pohotovost Zvýšení energie a rychlosti	
UNIKÁTNÍ ÚČINKY	Zvýšení srdeční síly a tepu Zúžení cév Zvýšení srdeční činnosti	Zpomalení tepu Zvýšené prokrvení srdečních a koronárních cév Sekrece potních žláz Rozšíření zornic
VEGETATIVNÍ NERVOVÝ SYSTÉM	Povzbuzuje sympatický nervový systém	Nejdůležitější neurotransmitter sympatického nervového systému
V MOZKU	Jako neurotransmitter převážně v mozgovém kmeni – silně povzbuzuje Ve vysoké koncentraci: antidepresivní, maximální energie až hektičnost Eventuálně také nervózní klid, úzkost, agrese	Jako neurotransmitter převážně v locus caeruleus Zvýšené vědomí Rychlejší myšlení Pozitivní rozpoložení Dobrá nálada Soucit Zvýšení sebevědomí Zesílené vnímání a pocity

Tabulka 1. Účinky adrenalinu a noradrenalinu

Serotonin je látkou, která je zkoumána pro stabilizaci nálady, nebo případně její zlepšení (je využívána při vývoji a výzkumu antidepresiv). Nedostatek serotoninu způsobuje poruchy spánku, chybí potřeba pohybu a celkově je symptomatika depresivního charakteru. Serotonin také tlumí účinky noradrenalinu, a excitaci způsobenou tímto aminem uklidňuje a vyrovnává psychický stav. Sídlem serotoninu je nuclei raphe v mozkovém kmeni (Zehentbauer, 2005).

Z výše zmíněného je jednoduché odvodit, že drogy ovlivňují komplexní vnímání a chování člověka, neboť ovlivňují sekreci a transmise neurotransmiterů, napodobují jejich účinky a obecně zdánlivě usnadňují tělu tvorbu libého stavu bytí. Opak je však pravdou a návykové látky z dlouhodobého hlediska příznivý efekt na tělo nemají. O účincích látek, se rozepíši v následující kapitole.

1.3 Účinky vybraných psychoaktivních látek

Zde popíšu účinky některých skupin drog, vybraných na základě toho, s kterými látkami přicházejí probandi výzkumu do styku. Už ze sociálního kontextu probandů (sociálně vyloučení) a kulturního kontextu (žijeme v České Republice) je zřejmé, že se bude jednat o stimulantia (zejména pervitin), opiodi (zejména zneužívané léky), kanabiody (marihuana) a alkohol.

1.3.1 Opioidy

Přírodní opioidy se v Česku užívají sezónně, když dozrávají makovice, anebo se zneužívají léky - opioidy. Patří sem látky jako heroin, nebo český „braun“. Z léků to jsou nejčastěji substituční přípravky (ať už získané legálně, nebo nelegálně) a z obvykle dostupných léky jako Rohypnol a benzodiazepiny. Na opioidech vzniká i fyzická závislost.

U opioidů je základním účinkem útlum. Mechanismus účinku se liší podle látky, které působí na různé receptory a zároveň některé látky jsou agonisté, jiné antagonisté a další zase agonisté-antagonisté. Tělesné projevy jsou útlum dechu a zúžení průdušek, snížení teploty, mióza zornic, bradykardie, rozšíření cév, pokles krevního tlaku. Velmi časté je také svědění, kdy se intoxikovaní jedinci mohou škrábat i v bezvědomí (Kalina a kol., 2003). Je třeba mít na paměti, že různé opiáty mají různou schopnost působit na receptory a různou afinitu se na receptor vázat. Toho se využívá v léčbě intoxikace. Používají se látky s vysokou schopností působit na receptory (tzv. vnitřní aktivita) a nízkou afinitou. Dále je také

u opiátů důležité, že u nich narůstá tolerance na účinky látek k dosažení kýženého efektu (Pajerek, 2007).

1.3.2 Stimulancia

Stimulancia jsou u klientů příbramského kontaktního centra nejobvyklejším typem návykových látek. Nejčastěji jde o pervitin. Obecně stimulancia působí na tak, že zvyšují produkci dopaminu, noradrenalinu a serotoninu a zároveň brání jejich zpětnému vychytávání. Jak už je z pojmenování skupiny látek zřejmé, jedná se o látky, které povšechně stimulují. Zvyšují psychické tempo a bdělost. Jedinci pod účinkem látek jsou hyperaktivní, rychleji si vybavují věci, které však nejsou tak přesně vybavené. Lidé akutně intoxikovaní jsou euforičtí a mají pocit síly. Zároveň však mohou vyvolávat úzkost a vést jedince k agresivnímu jednání (jsou impulzivnější). O to větší je pak samozřejmě skok při „vystřízlivění“ z účinků látky, kdy jedinci často spí, bolí je klouby, mají obrovský hlad (Kalina a kol., 2003).

1.3.3 Halucinogeny

Halucinogeny jsou patrně drogou s nejdelší historií užívání. Vzhledem k jejich účinkům byli od pradávna vyhledávané šamany a kmenovými kouzelníky. Užívání halucinogenů však neskončilo kdysi dávno, nýbrž se udržovalo ve zřeteli lidstva a jejich využívání trvá dodnes. Tyto látky se v moderní době začali zkoumat a studovat i v našem oboru. Zejména jejich vliv na urychlení psychoterapeutického procesu. Pozdější medializace těchto výzkumů však vedla k nežádoucím jevům, jako je například šíření halucinogenních drog do laické veřejnosti, a výzkumy se tak zakázali.

Halucinogeny ovlivňují serotoninové a dopaminové receptory, jejich účinky jsou však z několika důvodů zapředeny do závoje tajemna. Ne snad proto, že by nebylo známé, jaké konkrétní změny můžeme pozorovat, ale proto, že u každého jedince a dokonce často i každé dávky u jednoho jedince, se mohou vyskytnout různé variace a skupiny symptomů. Mezi ty patří halucinace, pseudohalucinace, iluze, depersonalizace, derealizace, euforie nebo naopak deprese a úzkosti, závratě (zřídka až zvracení), ornamentalizace a zvýšená senzitivita k barvám, paranoia, vztahovačnost, agrese. Pokud nastoupí negativní symptomy, nazývá se stav „*bad trip*“. Problematické je například i to, že u přírodních halucinogenů (u nás se užívají zpravidla lysohlávky) nedokáže uživatel odhadnout množství účinné

látky a snadno se tak může předávkovat. Také to obvykle nebývá primární droga (díky sezónnímu výskytu), a spíše než závislost přináší tím pádem komplikace právě široký a nespecifický obraz účinků. V jistém směru můžeme očekávat některé skupiny účinků na základě settingu uživatele (prostředí, nálada, společnost, hudba, důvod užití...) (Kalina a kol., 2003).

1.3.4 Konopné drogy

Marihuana je po alkoholu a nikotinu patrně nejužívanější návykovou látkou u nás. Také je to s těmito dvěma látkami droga, která v některých západních zemích není postihována zákonem. O jejích negativních a pozitivních dopadech a zejména pak legalizací v naší zemi, jsou vedené dlouhé diskuze a to jak mezi laickou veřejností, tak i mezi zákonodárci.

Podobně, jako u přírodních halucinogenů, je u konopných drog problém se sledováním množství účinných látek, které uživatel přijímá. Tak se také vystavuje riziku předávkování. Účinné látky z konopných drog se váží v mozku na kanaboidní receptory. Účinky a hlavně rychlost nástupu se také mohou měnit způsobem užití. I zde je důležitý setting uživatele, který má vliv na sílu a typ účinků. Konopí působí analgeticky, způsobuje euforii (která může propuknout do nezadržitelného smíchu). Navozuje pocit klidu, hladu, chladu a sucha v ústech, špatného vnímání času (subjektivní zpomalení toku času), deformace vnímání (zejména zrakové; často zostření barev), hloubání nad nitrem, překrvení spojivek, nevolnost, ad.. *Bad trip* může přijít výjimečně, nejčastěji u osobnostně predisponovaných osob a účinky jsou pak úzkostí, deprese, agresivní naladění (Kalina a kol., 2003). Pocit „zhulení“ („high“) se popisuje jako plutí vzduchem, padání do vln, lehkost mysli, zmatenost, zvonění v uších a tíha v končetinách. Po 3-6 hodinách se dostavuje hlad a chuť zejména na sladkosti (což souvisí s metabolismem cukrů spojených s intoxikací marihuanou) (Allentuck, Bowman, 1942).

1.3.5 Alkohol

Alkohol je v našich končinách nejvíce tolerovanou návykovou látkou. Dokonce více, než cigarety. Češi alkohol jednak konzumují v množství, které stačí na přední příčky celosvětových žebříčků a zároveň věk, ve kterém se dostávají jedinci k alkoholu, je velmi nízký. Vždyť stačí se podívat, kolik rodičů nechá

ochutnat pivo po obědě svým dětem. A přesto účinky alkoholu jsou prokazatelně devastující pro organismus. Zároveň na alkoholu vzniká i fyzická závislost.

Neurobiologicky alkohol mění metabolismus dopaminu a noradrenalinu. Somatická poškození tkání jsou závislá na vzniklém acetaldehydu. Účinky alkoholu na lidskou psychiku jsou následující - z počátku působí stimulačně, obvykle euforicky. Jedinec získává vyšší sebevědomí, více mluví, začíná být agresivní. Při požití většího množství alkoholu, případně delšího užívání v kuse, se dostavuje povšechná inhibice. Jedinec je somnolentní, může dojít upadnout do bezvědomí a v rámci něj může dojít k zástavě dechu až úmrtí. Zároveň u závislých na alkoholu může po snížení dávek docházet k halucinacím. (Kalina a kol., 2003). Jevem, který může provázet konzumaci alkoholu je palimpsest, neboli „alkoholové okno“. Jde o amnézii a může mít několik forem – bloková a ostrůvkovitá. Lidé, kteří trpí palimpsesty, mají patrně zranitelnější mozek a předpokládá se větší riziko rozvoje závažnějších poruch spojených s alkoholem. Jako je alkoholová demence nebo Korsakovova psychóza (Csémy, 2004).

1.4 Shrnutí

Tuto kapitolu jsem zde zařadil z toho důvodu, že účinky drog i samotné závislostní chování úzce souvisí s tématem této práce. Mohou to být účinné faktory, které ovlivňují právě chování, které může být spojeno s mezilidským kontaktem nebo zátěžovými situacemi, ke kterým se bude vztahovat i výzkumná část práce. Jak je z výše popsaného vidět, návykové látky mohou působit mnohými směry. Zabýval-li bych se důvody vzniku závislosti ze sociálního hlediska, dostal bych dozajista také řadu kontextuálně zajímavých informací. Celkově je problematika závislostí velmi komplexní a já se snažil zdůraznit podstatné části, vztahující se k tomuto tématu. Věřím, že se mi to podařilo.

2 O toleranci a normách

Tuto kapitolu jsem se rozhodl zaměřit na normy (a sankce) a toleranci (případně intoleranci). Jako téma mi to přijde důležité, zejména proto, že probandi zapojení do mé empirické části a i samotné téma práce s tím úzce souvisí. Sami klienti kontaktních center nespádají do popisu „normální“. Ať už tím, že pravidelně užívají nelegální návykové látky, nebo například proto, že bydlí na ulici, mohou mít zkušenosti s vězením, soudy, apod. Co se týká tolerance, tak je v této kapitole proto, že během kontaktu s úřady, lékaři, policií, nebo jinými typy veřejných služeb se v případě závislých lidí dostává najednou tolerance do popředí. Přístup pracovníků je velmi ovlivněn nejen profesionalitou, ale také tolerancí, a případně i soucitem.

2.1 Funkce norem a tolerance

Normy jsou stavebním kamenem, který pomáhá lidem žijícím ve společnosti fungovat co nejsnadněji, nejbezpečněji a nejefektivněji. Bez norem, by bylo chování lidí ve společnosti jakousi chaotickou snahou o přežití s velice paranoidními tendencemi. Normy nám velmi zužují okruh předpokládaného chování při styku jedinců a tím ho dělají srozumitelnější a bezpečnější. Zkuste si jen představit, jak by vypadal svět, kdyby neexistovala morálka, zákony a normy. Těžko by se dalo předvídat, co můžete očekávat od druhého. Dokonce i lidé na ulici se řídí normami, ačkoli jinými a pochybnými oproti většinové společnosti (například je normou, že pokud máte něco lepšího než ostatní, okradou vás; je normou, že ostatní využíváte ve svůj prospěch, a další).

Normy nejsou univerzální. Co se toleruje v jedné společnosti, může mít v jiné naprosto rozdílný výklad. A nemusí jít o vzdálené kultury, ale stačí jen mezigenerační porovnání, nebo porovnání z různých „pater“ společnosti. Některé z norem se stanou zákony, jiné zůstanou jen zvyklostmi, další mohou být nepsanými pravidly a jsou dokonce i takové, které jsou vlastně takovým rudimentem, který měl kdysi smysl, doteď se používá, ale jeho význam už dávno není stejný. Zákony musí dodržovat každý a jejich dodržování si hlídá obvykle stát. A není od věci připomenout si rčení „právo je minimem morálky“, protože s tímto tématem to určitě souvisí. Kde jsou normy, jsou zároveň také tresty. Jsou to

v podstatě 2 strany téže mince. Tresty jsou nutností pro to, aby se normy dodržovali, protože kde je norma je i její deviace. A bez potřeby dodržovat normy, by zase nebylo potřeba trestů (Urban, Dubský, Bajura, 2012).

Jak je to ale s tolerancí? Normy jsou očividně velmi přirozené a adaptivní pro přežití člověka „mezi svými“. Je ale i tolerance důležitou složkou života? Nebylo by výhodnější být netolerantní? A jsou lidé vůbec tolerantní? Tolerance je vlastně snášlivost. Ze společenského hlediska jde o snášlivost ohledně víry, politického přesvědčení, kulturního a etnického backgroundu a praktikám těchto skupin (Hertl, Hertlová, 2010). Z podstaty věci je nejspíš hned jasné, že tolerance a intolerance, jsou taktéž spojitě nádoby. Lidé totiž nejsou od přírody tolerantní tvorové. Stejně jako společnost není tolerantní a to i přes to, že se snažíme často tvářit opačně. Ani ve společnosti se netolerují deviantní a patologické prvky v chování a jsou proti nim vedené snahy je vymýtit. Už samotnou snahou o toleranci v demokracii a liberalismu stát potlačuje minimálně jeden postoj, a tím je nesnášlivost (Galambos, 2009). Nemusíme zůstat jen u státu. Můžeme k pouhé dyádě matka-dítě. Výchova jako taková a proces socializace jsou v podstatě ryze intolerantní. Dítě se při ní potýká s řadou zákazů a příkazů. Ale ani jedinec není sám k sobě často tolerantní. Superego nás žene za ideálem, cenzura myšlenek nás chrání před nepřijatelnými myšlenkami (a zároveň nás o ně tímto okrádá) (Janata, 1999).

V profesi sociálních pracovníků a psychologů je tolerance často zdůrazňovaná vlastnost, která vypadá jako nutnost při jejich práci. Jak moc jsou ale tito pracovníci doopravdy tolerantní? Nejde jen o diskriminaci názorů a podnětů, které jim nejsou po vůli a vyostřování těch, s kterými souzní? Je pravděpodobné, že tolerance souvisí s vyšší vzdělaností, ale rozhodně to není pravidlem. Také nejspíše platí, že samotný proces studia a poznávání vede k vyšší toleranci (díky sofistikovanějšímu způsobu uvažování, který je spojený se studiem), ale zároveň nelze opomenout osobnostní nastavení jedinců (Galambos, 2009).

Tolerance je spojena, alespoň laicky, se slušností a zdvořilostí (o které se budu zmiňovat v kapitole o agresii). Nezdvořilost, je brána jakožto nedostatek tolerance a zároveň jako porušení normy. Z toho vyplývá, že zdvořilost, potažmo

„normální“ kontakt z hlediska společnosti, je třeba se naučit. A tak tu mám další připomínku toho, že člověk je spíše netolerantní (Hirschová, 2010).

2.2 Deviace a patologie

Deviací rozumíme odchýlení od průměru, od „normálního“, tedy nejčastěji zastoupeného (Hartl, Hartlová 2010). Deviace pak není rozlišena v tom, zda se jedná o odchylku negativní (například popírání některých hodnot, neuznávání jich) nebo pozitivní (přehnané dodržování a protlačování některých hodnot). Oba dva typy jsou v literatuře (a často i ve společnosti) vnímány jako deviace, i když často s odlišnou konotací. Napadá mě příklad, na osobnostní ose nekrofilie-biofilie, kterou popsal Fromm. Jedná se o dimenzi, ve které je většina lidí někde uprostřed. Nekrofilní tendence, láska ke smrti, a její vyhledávání, je společností zavrhována. Lidé s těmito tendencemi jsou zavíráni a izolováni od většinové populace. Naopak extrémně biofilní jedinci možná mohou působit podivínsky, nebo extrémisticky (veganství apod.), ale v rámci společnosti jsou tolerováni (Fromm, 2007).

Tento příklad může vypadat poněkud extrémně, ale řekl bych, že je to na něm poměrně dobře pochopitelné. Co se týká této práce a jejích probandů, tak bych však měl mluvit spíše o sociální patologii, než pouze sociální deviaci. Patologie je označení pro nežádoucí, negativní, nenormální (a často i nějakým způsobem nemorální) chování. Užívání drog, pak spadá právě do kategorie „patologie“, spíše než „deviace“. Deviace nemusí být postihována zákonem (ale může), zatímco patologie obvykle zákonem korigována bývá. Dopady závislosti na návykových látkách bývají velké a ohrožují jak závislého jedince, tak i okolí (odhozený injekční materiál, zvýšená kriminalita od této populace, apod.) Proto je závislost patologickým jevem. Samozřejmě jsou oba dva pojmy (deviace a patologie) z různých pohledů definovány různě a záleží na kontextu. Z pohledu práva, víry a morálky budeme vidět různé chování jinou optikou, stejně jako v odlišné subkultuře mohou nabývat různorodé vzorce chování naprosto jiný význam než pro většinovou společnost. Jak to tak u společenských věd bývá, definování není nejsilnější stránkou těchto disciplín, díky obrovské variabilitě názorů a subjektivitě objektů zkoumání (Urban, Dubský, Bajura, 2012).

2.3 Agrese

Existuje nepřehledné množství pohledů na agresi, různých definic, rozdělení a obecně se toho o agresi a agresivitě napsalo a namluvilo už mnoho. Než abych zdě dělal souhrn, nebo metaanalýzu, všech možných autorů, vyberu si spíše to, co potřebuji pro kontext této práce. Nejprve však zmíním, proč jsem sem agresi vůbec zařadil. V práci se zabývám explorací strategií, které volí probandi při kontaktu s veřejnými službami a během tohoto kontaktu, nebývá neobvyklé, že se dostávají do konfliktů. Stejně tak některé drogy zvyšují agresivní ladění uživatelů a obecně je téma agrese spojeno s drogovou problematikou velmi těsně.

Agrese jako taková, není vlastně označení pro nějaký konkrétní prožitek. Proto také neexistuje dostatečná definice, která by zahrnovala všechny její možné aspekty. Agrese obvykle zastupuje a spojuje některé jiné emoce a impulsy (zlost, vztek, hostilita, apod.). Ne vždy je však musí splňovat všechny, což ji činí poněkud „zamotanější“. Agresivita by se pak dala opisem definovat jako *čin agrese, či dispozice k agresivnímu jednání* (Harsa, Kertészová, Macák, Voldřichová, Žukov, 2012). Tím bychom dostali definici podobnou jako že „inteligence je to, co měří inteligenční testy“, což je sice nejspíš pravda, ale z vědeckého hlediska to příliš dostačující není. Navíc je možné brát agresi z několika možných úhlů pohledu. Agrese může být brána pouze negativně, nebo jako růstový faktor, nebo jako způsob boje za dobrou věc (už boj navozuje představu agresivního jednání) a určitě by se dalo vymyslet mnoho dalších způsobů, jak se na ni dívat (Poněšický, 2010).

Jako rozdělení je pro mě podstatné **verbální** a **neverbální** agrese. Toto rozdělení se týká způsobu agresivního jednání. Pokud se jedná o verbální, dochází k agresi slovní. Neverbální pak zahrnuje zejména typy agrese fyzické (Hartl, Hartlová, 2010). Podstatné v tuzemském prostředí je rozlišit asertivitu od agresivity. Laicky bývají typy těchto chování zmatečně zaměňovány a domnívám se, že na to má vliv bývalý režim a obrovský skok toho současného. Kdy se od kolektivismu a socialismu přesunula společnost k poměrně sobeckému individualismu. Možná je to proto, že asertivita se velmi nadužívá a zneužívá (podobně jako mnoho jiných slov vzešlých z humanisticky orientovaných věd). Použiju-li však slovo *zdvořilost* místo asertivita, vzbudí se úplně jiné emoce, ačkoliv se jedná prakticky o totožné významy. Zdvořilost je v zásadě chápána jako

pozitivní vlastnost, ctnost. Zřídka je označována jako naivní v současném světě. Kdežto asertivita, jak jsem již nastínil, bývá často vnímána příliš agresivně. Zdvořilost je žádoucí komponenta komunikace, kdy se jedinec snaží prosadit své stanovisko, ale zároveň nechce překračovat svobodu druhého nebo ho poškodit. V podstatě se jedná o určitý způsob manipulace, kdy se zdvořilý jedinec zalíbí druhému a výsledek je příjemný oběma. Zároveň by se to dalo označit jako pozitivní druh agrese, který pomáhá k růstu a prosazení se (Hirschová, 2010).

V kontextu účastníků tohoto výzkumu je třeba zmínit toleranci vůči násilí či agresivitě, kdy se jedná o určitý postoj, který jedinec zaujímá vůči projevům agrese. Souvisí s tím, v jakých situacích se jedinec s agresí setkává, jaké tresty hrozí atd. (Čermák, Hřebíčková, Macek, 2003). Dalo by se přemýšlet o tom, že závislí, vzhledem k hostilitě, která panuje v této populaci, mají toleranci vysokou. Nicméně i ze situací, které popisují sami probandi je vidět, že agrese vůči nim samotným je něčím, na co jsou velmi citliví. Je však možné, že svou vlastní přehlížejí. Lovaš však udává, že různé společnosti mohou totiž chápat agresivitu různě a stejně tak i překračování norem může mít jiný obraz u většinové populace a populace závislých (In Čermák, Hřebíčková, Macek, 2003).

2.4 Shrnutí

Tolerance a normy jsou společným jmenovatelem pro účastníky mého výzkumu v tom, že se velmi významně týkají jejich života. Většinová společnost netoleruje jejich způsob života, respektive to, že zneužívají drogy. Normy překračují tím, že návykové látky jsou vystaveny mimo zákon a jejich dlouhodobé zneužívání má negativní dopad na život. Tento názor přijímá většinová populace a stanovuje tak normu. Žítí mimo normu způsobuje mnohé negativní dopady, jako sociální izolaci, či dokonce hostilitu a netoleranci vůči vlastní osobě. Což může být spojeno právě s agresí a to jak fyzickou, tak verbální, ale dá se přemýšlet i o autoagresi, spojené s kognitivní disonancí, která je zase spojena s negativními důsledky užívání návykových látek, nebo autoagresí, která je dopadem dlouhodobého zneužívání návykových látek a s tím spojenými psychickými potížemi. Pasivní verbální agrese se může objevovat na obou stranách komunikace probandů s veřejností, a proto jsem zmiňoval například i zdvořilost, která může v takovém případě mít velký vliv. Více se o způsobech komunikace

a chování budu zmiňovat v následující kapitole, která bude zaměřena přímo na tuto problematiku.

3 Behaviorální strategie

Je na místě dozajista definovat také behaviorální strategie, abych uvedl na pravou míru, proč tento termín figuruje už v nadpisu této práce. Souvislost se závislostí, je zde překvapivě velká. Jednou z možností v behaviorálních strategiích je adaptivní chování, kdy jedinec upravuje své chování tak, aby organismus nepřicházel k úhoně, a docházelo k co nejvíce libým pocitům. Z toho je vidět, že adaptivní chování souvisí s dopaminovým systémem (stejně jako s ním souvisí drogy) (Stark, Rothe, Wagner, Scheich, 2004). Na závislost se můžeme podívat i jako na poruchu chování, kdy droga působí jako mechanismus upevňování tohoto chování (Winger, Woods, Galuska, 2005). Zároveň tato kapitola úzce souvisí s kapitolou předchozí a může se tak částečně překrývat.

3.1 Zdvořilost a asertivita

O zdvořilosti i asertivitě jsem se zmiňoval v předchozí kapitole o normách a toleranci. Budu se tedy snažit příliš se neopakovat a toto téma spíše rozpracovat dále o některé další body. Zdvořilost a sociálně žádoucí chování je spojeno s emocemi, které jedinec jednak prožívá a cítí a také se podle nich nějakým způsobem chová. Je žádoucí, aby na pohřbu byl člověk smutný, aby na oslavě byl veselý atd. (Hoschschild, 1979). Asertivní jednání, je stejně jako zdvořilost, strategie chování, kterou se jedinec může naučit. Pokud je někdo z podstaty agresivnější, měl by se vést k útlumu a pokud na druhou stranu na tomto pracuje pasivní jedinec, měl by se vést k větší aktivitě. Ale nejde říct, jaká je správná míra, protože forma asertivního jednání není pouze jedna, ale vždy záleží na kontextu situace – s kým, kdy, kde a proč jednám. Jestli zvolit ráznější a důraznější způsob komunikace, nebo přívětivější a příjemnější způsob (ke kterému je nutno ovládat tzv. měkké sociální dovednosti) (Novák, 2013). Protože vnímám asertivitu jako ideální způsob vystupování v kontaktu, přidávám podrobnější rozdělení podle Nováka (2013), kde se budu snažit dávat příklady týkající se účastníků tohoto výzkumu:

- **Základní asertivita;** jedná se o jednoduché sdělení vlastních pocitů a postojů
- **Empatická asertivita;** snaha o vcítění se do druhého, kdy ho o této skutečnosti informuji („Chápu, jak se cítíte...“)

- **Eskalující asertivita;** eskalující asertivita nasedá na základní, kdy jsem formuloval nějaké sdělení, nějaký požadavek, který nebyl splněn a já poté definuji, v co to může vyústit („Pokud na mne stále budete křičet, a nebudete se mnou mluvit slušně, budu muset jít za vaším nadřízeným...“)
- **Konfrontační asertivita;** při komunikaci s jedincem jasně definuji, co mi přijde v pořádku a co ne („Mně nevadí, že tě tu nechávám přespat, ale to neznamena, že budeš prodávat mé věci do zastavárny...“)
- **„Sebeotvůrací“ asertivita;** jde o přiznání vlastní chyby („Vím, že je moje chyba, že jsem ztratil ten dokument, ale teď se snažím udělat co je v mých silách, abych to napravil...“)
- **Záporná, negativní asertivita;** při tomto druhu asertivního jednání přijímám opodstatněnou kritiku, ale ohrazuji se ke kritikovi, nebo způsobu, jakým mi je kritika sdělena („Chápu, proč Vám vadí to, co dělám, ale nelíbí se mi způsob, jakým mi to říkáte...“)

3.2 Impulzivita a agresivita

Podstatným ovlivňujícím fenoménem, mluvím-li o behaviorálních strategiích je impulzivita, která je spojená jak s možným stresujícím kontaktem, tak i s užíváním drog. Lidé s vyššími tendencemi k impulzivnímu jednání jsou ohroženější v tématu závislosti na návykových látkách (Mole, Irvine, Worbe, ..., Voon, 2015). Impulzivita je lidská vlastnost, která se vyznačuje behaviorální disinhibicí a neplánovaným, zkratkovitým jednáním, které má za cíl uspokojit nějakou touhu. Jedinec nepřemýšlí nad tím, co jeho jednání může mít za následky jak pro něho, tak pro okolí (Kreek, Nielsen, Butelman, LaForge, 2005). Impulzivita není vlastně ničím jiným než odpovědí organismu na emoci, o čemž jsem se zmiňoval v předešlé podkapitole (Hochschild, 1979). Poměrně zajímavým faktem je, že jedinci s ADHD nejsou ohroženější závislostí, ačkoliv je tato porucha a impulzivita mají společné jmenovatele. Také závislým matkám se rodí děti, u kterých se častěji ADHD projeví (Disney, Elkins, McGue, Iacono, 1999).

Výše už jsem zmiňoval toleranci vůči agresi jako postoj člověka, jako jakousi hodnotu v životě. Hodnoty souvisí s jednáním člověka, nicméně jako prediktor agresivity neslouží příliš dobře. Toto tvrzení je poměrně kontroverzní, ale pokud se

zamyslíme důkladněji a připustíme, že agresivita může probíhat na základně impulzivní pohnutky, již se tak kontroverzně netváří. Hodnotový systém je přehlušen akutní potřebou a obrannými mechanismy. Hodnoty se dostanou na scénu až poté, při hodnocení tohoto aktu a případných výčitkách svědomí (Čermák, Hřebíčková, Macek, 2003).

3.3 Pasivita

Pasivita je také typ behaviorální strategie, protože i nic nedělání (či děláni jen minima) může mít následky. Pasivita v kontaktu se službami znamená předpokládání toho, že nám někdo pomůže, nebo něco udělá za nás. V sociálním kontaktu to pak jedince brzdí a může mít za následek zklamání ze světa, ale také podporování vlastních negativních postojů k sobě (Novák, 2012). Pasivní přístup může také znamenat existenci sociálního systému, díky kterému určitá skupina přijímá privilegovanost jiné skupiny, vůči které se chová pasivně (Taylor, Louis, 1999).

Pověřivost je zajímavým fenoménem, který s pasivními behaviorálními strategiemi, tak jak je pojímám v této práci, dozajista souvisí. Pověřivost nezpůsobuje pasivitu jako takovou (protože rituál spojený s pověřivým chováním může být velmi aktivního charakteru), ale obvykle se netýká přímo situace, a omezuje chování pouze na jeden způsob, takže se jedná v podstatě o pasivitu ve výběru strategie. Obvykle se pověřivost spojuje zejména s gamblingem. Ale jedná obecně se o určitý vzorec chování (nebo víra v talisman, ale už samotná nutnost mít talisman s sebou zahrnuje chování - vzít si ho s sebou, mít ho v kapse/ruce apod.), který „zaručuje“ jedincem vyžadovaný výsledek, vzešlý z následujících událostí (Šedý, 2001). Obvykle se jedná o heuristickou zkušenost, která vznikla shodou okolností, jako tomu například bylo u notoricky známých Skinnerovo pokusů s holuby. Pověra je v podstatě kognitivní chyba, které se člověk dopouští, když si připustí, že může ovládat štěstí a neštěstí, že některé vlastnosti určitých předmětů mají paranormální, nevysvětlitelné vlastnosti a tak dále (Zaťková, Ritomský, 2012).

3.4 Coping

K behaviorálním strategiím určitě musím zmínit i coping. Coping je schopnost jedince vyrovnat se s těžkou situací a zahrnuje jak behaviorální, emoční tak

i psychické zdroje člověka. Nefunkční copingové strategie mohou vést k psychickým, ale i somatickým potížím (nebo lépe řečeno psychosomatickým potížím) (Endler, Parker, Summerfeldt, 1993). Člověk obvykle dokáže reagovat na stres a zátěžové situace variabilně a přizpůsobovat svůj coping situaci. Stres, na druhou stranu, dokáže jedince „přemoci“ a pakliže se dostane do tunelového vidění, těžko se hledají nové, adaptivní možnosti co dělat (Endler, 1997).

Dozajista bych se zde mohl věnovat například ještě poruchám osobnosti, kdy jsou využívány specifické vzorce chování, často díky změněnému vnímání okolní reality, nebo odlišnému přisuzování významů oproti většinové populaci určitým událostem. Ale věřím, že takovýto stručný popis toho, co znamenají behaviorální strategie pro tuto práci, postačí. Co ještě musím udělat, je definovat tyto strategie v kontextu tohoto výzkumu. Já v tomto výzkumu definuji behaviorální strategie jako *vzorce chování, jednání a komunikace, které vedou k určitému, jedincem vytyčenému cíli*.

3.5 Místo kontroly

Teorie místa kontroly existuje už více než 40 let a jejím autorem je Julian Rotter. Jedná se o dimenzi, která ovlivňuje vnímání každého člověka. Má póly externí a interní. Externí místo kontroly znamená, že když se člověku něco přihodí tak to připisuje štěstí, smůle, vyšší moci nebo zapříčinění někoho jiného. Interní místo kontroly zase znamená, že pokud se jedinci něco přihodí, přikládá za to kredit sobě a vlastnímu přičinění (Rotter, 1966). Tato vlastnost je poměrně stálá a to i v bouřlivém období dospívání. Neznamená to, že je však neměnná (Kulas, 1996). Připisování významu externalizovaně či internalizovaně může člověk i pokud přemýšlí nad svým tělesným zdravím a obvykle tato přesvědčení korelují s obecným místem kontroly (Zimmerman, 2010).

3.6 Shrnutí

Kategorie behaviorálních strategií, které jsem popsal, jsou velmi zobecněným způsobem, jak nahlédnout do této problematiky, ale myslím, že pro pochopení a požadavky této práce, dostačujícím. Vycházím z předpokladu, že asertivita a zdvořilost jsou základním stavebním kamenem úspěšné a očekávané komunikace při běžném společenském kontaktu. Zároveň je zřejmé, že to však není člověku vlastní způsob komunikace a musí si ho osvojit. Oproti tomu

agresivita a impulzivita, jsou člověku mnohem bližší a musí je se je tak učit ovládat a používat s mírou. Pasivita je způsob, kterým se dá předejít zklamání ze svých neúspěchů a dají se tak přehodit na jiné příčiny, než na vlastní zavinění. Jedinci také vnímají svět buď tak, že se v něm dějí věci náhodně, nemůžou s tím nic moc dělat, anebo věří, že jsou strůjci svého osudu. Věřím, že místo kontroly je významným činitelem, když přemýšlím o behaviorálních strategiích. A nakonec copingové strategie jsem zde zmínil proto, že samotný únik k droze může být copingem, který se týká účastníků tohoto výzkumu, a v analýze rozhovorů jsem se toho tématu také dotknul.

4 Adiktologické služby

Česká republika má poměrně propracovaný, dlouhodobý systém adiktologických služeb (spadajících do sociálních služeb), které se snaží „jít s dobou“ a zefektivňovat své služby. Adiktologické služby se zabývají lidmi s látkovou závislostí, včetně tabáku a alkoholu, ale také gamblingem. Existuje několik druhů poskytovaných služeb (*programů*), které poskytují, obvykle různé, pobočky větších organizací. Z těch, které zmíním podrobněji, jde o terapeutické komunity, kontaktní centra, poradenské služby, terénní program a doléčovací centra. Funguje samozřejmě ještě několik dalších služeb, ale nebudu je zmiňovat všechny, protože souvisí jen málo s tématem práce.

Adiktologické služby jsou typem **veřejných služeb**, kterým se věnuje tato práce. Jak se budete moci dočíst v empirické části práce, adiktologické služby pro probandy vyřazují z této nadřazené kategorie a účastníci výzkumu pracují s omezenější představou. Jedná se o služby, při kterých dochází ke styku určité služby s veřejností. Některé jsou specializované a většina lidí je nevyužívá často a pravidelně (lékaři, policie, aj.), jiné jsou méně specializované a využívané častěji (například obchody), další jsou využívanější právě mou cílovou populací spíše než většinovou veřejností (příklad za všechny je pravděpodobně odbor sociální pomoci – tzv. „sociálka“).

Typy těchto služeb se také rozlišují podle úrovně prevence, která je poskytována určité cílové skupině. Nejprve se jedná o primární prevenci, kdy se snaží lektori, obvykle na základních školách, preventivně působit na jedince, kteří ještě nepřišli do kontaktu s návykovými látkami a snaží se předejít jejich rizikovému chování. Sekundární prevence pak působí na rekreační uživatele drog, nebo jinak ohroženou populaci, aby nedocházelo k rozvoji závislosti a nárůstu tendencí k rizikovému chování. Terciální prevence působí na závislé osoby tak, aby již nedocházelo k další destrukci vlastního zdraví, které je způsobeno právě užíváním drog (Nevoralová, 2011).

4.1 „Harm reduction“ přístup

Adiktologické služby, které pracují se současnými uživateli a nepracují na jejich „uzdravení“ (to dělají z mého výčtu jen terapeutické komunity) pracují

způsobem *harm reduction* (snižování rizik), které je spojeno právě s terciální prevencí. Pracovníci se snaží, aby klienti jejich služeb nepáchali větší škody jak sobě, tak zejména společnosti. Tím, že se snaží například o bezpečnější (a zodpovědnější) injekční aplikaci, se chrání většinová společnost, protože se zamezuje šíření infekčních a dalších chorob (Výroční zpráva 13' – Magdaléna, o.p.s., 2014).

Základní znaky *harm reduction* přístupu popisuje web harmreduction.org následovně:

- Přijmutí faktu, že legální, nebo ilegální, drogy jsou součástí našeho světa a zvolení minimalizování rizik, spojených s užíváním drog, spíše než jejich ignorováním či odmítáním.
- Porozumění drogám, jako komplexnímu fenoménu, který se vyskytuje na kontinuu „vážné zneužívání“ až „totální abstinence“ a chápání, že některé způsoby užívání jsou jednoduše bezpečnější než jiné.
- Ustanovení kvalitu života a well-being individua i komunity – ne nezbytně při vynechání veškerých drog – jako kritérium pro intervenci a politiku.
- Volání pro nesoudící a ne-donucovací zprostředkovávání služeb a zdrojů lidem, kteří užívají drogy a komunitě v které žijí, za cílem asistování při snižování rizik.
- Zajištění, že uživatelé drog, a lidé, kteří mají zkušenost z užíváním drog, mají reálnou možnost ovlivnit služby, které pro ně mají fungovat.
- Prohlašování uživatele drog samotného, jako základní stavební kámen pro snižování rizik způsobených užíváním drog a podporovat uživatele, aby tyto informace šířili mezi jedince v podobné situaci.
- Rozpoznání toho, že chudoba, třídní uspořádání, rasismus, sociální izolace, posttrauma, sexismus a další sociální znevýhodnění/nerovnosti ovlivňují jak jedincovo zranitelnost, tak kapacitu pro vypořádání se s riziky týkající se užívání drog.
- Nesnažit se ignorovat a přehlížet reálné tragédie a rizika spojené s užíváním legálních a ilegálních drog (Principles of Harm Recution, n.d.).

4.2 Terapeutická komunita

Terapeutická komunita pro závislé je typ zařízení, kde se na závislého jedince zaměřují z psychologické, sociální, zdravotnické a někdy i spirituální stránky. Komunity nejsou zaběhlé dlouhou dobu, začali se objevovat až ve 40. letech 20. století ve Velké Británii, jako komunity pro duševně nemocné. Současné terapeutické komunity jsou spojením těchto komunit pro duševně nemocné a svépomocných skupin typu Anonymních alkoholiků z USA. Klienti TK jsou dlouhodobí uživatelé drog, ve středně těžké nebo těžké závislosti. Některé komunity se zaměřují i na závislost spojenou s dalšími psychickými poruchami. (De Leon, 2000).

V terapeutické komunitě se nejčastěji volí střednědobý (cca 3-6 měsíců) nebo dlouhodobý program (okolo 12 měsíců). Pobyt v dlouhodobém programu je však velmi náročný. Během programu jsou dána tvrdá pravidla, která musí být dodržována, jako na příklad pevný režim a samozřejmě abstinence (Nešpor, 2007).

V komunitě dostává jedinec jak sociální oporu a zpětnou vazbu od vrstevníků, tak je zároveň vystaven i sociálnímu tlaku vrstevníků. Terapeuti zde fungují jednak samozřejmě jako terapeuti, ale obvykle také jako „garanti“, kdy mají každý na starost některé z klientů a mají o nich celkový přehled (Metoda léčby v terapeutické komunitě, n.d.). Tým v TK je multidisciplinární – lékaři, psychologové, sociální pracovníci, ad. Při pobytu se počítá s tím, že klient je motivovaný a chce změnu životního stylu, změnu sociálního prostředí a vlastně převrátit celý svůj život. Komunita nabízí vyléčení ze závislosti (respektive najít cestu k abstinenci, potažmo cestu k jinému životnímu stylu) a resocializační působení (Kalina, 2003).

4.3 Kontaktní centra

Důležité je dozajista zmínit, že u nízkoprahových kontaktních center není abstinence podmínkou jejich využívání. Kontaktní centra poskytují aktuálním uživatelům pomoc materiální (výměnný program, HR materiál, jídelní banka, hygiena), sociální služby (poradenství, asistenční služba), ale také pomoc při snaze nastoupit do léčby apod. Poradenství má formu jak sociálního poradenství, kdy pracovníci pomáhají klientům zařizovat si dávky, hledat práci aj., tak

i psychologického poradenství jak pro uživatele, tak i pro rodiny či osoby blízké, kteří mají závislostí zasaženého někoho ve svém okolí. Klienti jsou zde anonymní, obvykle vedení pod kódem a nejsou nijak vázáni, což pomáhá navazovat pracovníkům KC bezpečný vztah s uživateli. Klienti KC jsou obvykle uživatelé drog, ne zřídka rizikovní uživatelé (intravenózní aplikace, bez domova, nakažený infekční chorobou, ...) (Kalina, 2003).

Na KC jsou obvykle pravidla, která si stanovuje většinou zřizovatel KC. Jedná se nejčastěji o pravidla, zajišťující fungování programu bez komplikací, jako například zákaz manipulace s drogou uvnitř a v okolí KC, žádné sexuální aktivity v KC, zamezují agresivnímu chování vůči pracovníkům a vůči klientům navzájem apod. Za porušení těchto pravidel může následovat „STOPka“, která na dobu určitou zakazuje klientovi využívat služeb nízkoprahového kontaktního centra.

4.4 Terénní program

Terénní program je velmi podstatným nástrojem sociálních adiktologických služeb. Je potřeba si uvědomit, jaká populace se totiž nachází ve středu našeho zájmu. Obecně se nazývá „skrytá“, protože závislost, a celkově užívání drog, je stigma, kterým se nikdo nechce chlubit. Jediná otevřená scéna v České republice se nachází v Praze. Ale v ostatních místech se jedná převážně o skrytou populaci, takže je těžké korigovat závislé v jejich chování, kontaktovat je a snažit se jim pomoci. Právě od toho tu je terénní program, kdy pracovníci vyrážejí přímo do terénu, kde jednak zkouší kontaktovat samotné uživatele, ale také například majitele heren a dalších podniků, kam uživatelé drog chodí. Rovněž i lékárny (kam uživatelé chodí pro léky ad.). Na těchto místech jim předávají kontakty. Oslovování uživatelů a hledání prvokontaktů (uživatel, který nepřišel do styku s terénním programem, který ho právě oslovuje) není samozřejmě jedinou náplní práce. Také provádí výměnný program, dávají HR materiál, apod. Při terénním programu se klade důraz právě na dostupnost a bezpečnost kontaktu. Zaměřuje se jak na rizikové uživatele, tak oslovuje i rekreační uživatele (Výroční zpráva 2013 – Magdaléna, o.p.s., 2014; Kalina, 2003).

4.5 Doléčovací programy

Doléčovací programy následují po rezidenční léčbě v terapeutické komunitě a pomáhají ex-uživatelům, pokračovat tam, kde končili v komunitě. Pomáhá jim

udržet si postoje, přístup a zůstat nadále „čistý“. Zároveň jim pomáhají najít si práci, bydlení do budoucna, protože doléčovací programy mívají pobytovou a ambulantní část (začíná se samozřejmě pobytovou částí). Pro klienta je obrovský skok z bezpečného prostředí TK do reálného světa, kde na něj opět čekají nástrahy v podobě starých známých, stresových situací a zejména samoty. Respektive vlastní zodpovědnosti za vlastní život, kdy už nebude mít onu oporu, kterou jsem zmiňoval v kapitole o terapeutické komunitě (Doléčovací program – ADVAITA, n.d.).

4.6 Magdaléna, o.p.s.

Letos bude obecně prospěšné sdružení Magdaléna slavit 18 let od založení. Zmiňuji ho zde proto, že právě v jejich centru adiktologických služeb jsem prováděl výzkum. Proto si určitě zaslouží své místo i na těchto stránkách, abych zde ukázal, o jakou společnost vlastně jde.

Motto Magdalény je: *„Každý člověk je důležitý: někdo tím kým je, jiný tím, jaký je a většina tím, kým se může stát.“* To ukazuje přístup ke klientům, nejen tohoto sdružení, ale v podstatě většiny s podobným posláním. Věřící v jejich osobní schopnosti a vůli ke změně. V současnosti má Magdaléna tyto programy: Terapeutická komunita v Mníšku pod Brdy, Centrum primární prevence (operující na Příbramsku, Berounsku a Benešovsku), Nízkoprahové zařízení pro děti a mládež MeziČas Benešov, Terénní programy (Příbramsko, Berounsko, Benešovsko), Centrum adiktologických služeb (Příbram a Benešov), Adiktologická ambulance Beroun, Program následné péče CHRPA, Psychiatrická AT ambulance (Kolín a Mníšek pod Brdy) a Doléčovací centrum. Již z toho je zřejmé, že se jedná o snahu poskytovat nejenom komplexní péči lidem, kteří již závislí jsou, ale i o snahu, aby klientů přibývalo co nejméně a co nejméně se jich vracelo.

4.7 Shrnutí

Kapitolu o adiktologických službách jsem vložil, abych ukázal, jak funguje péče pro osoby závislé na návykových látkách. Stejně jako je závislost komplexní problematika, tak je i péče o lidi se závislostí složitá. V tuzemských podmínkách je navíc poměrně izolovaná, podobně jako jejich klientela. Na rozdíl od ostatních veřejných služeb, s kterými tito lidé mohou přijít do kontaktu, v adiktologických službách pracují odborníci s detailním náhledem na problematiku, zatímco

v obvyklém kontaktu jsou závislí jedinci konfrontováni s laickou, nezasvěcenou veřejností, která reaguje na výraznější rozdílnosti skepticky. Navíc služby pracující na léčbě závislosti už a priori počítají se selháním a návratem jedince k droze (a doufají v opětovnou snahu abstinovat) a jsou tak tolerantnější k jejich způsobu života (oproti netoleranci například přímo v léčbě, kde jsou striktně daná pravidla). Zároveň je tato kapitola vložena proto, že jsem spolupracoval s CAS a chtěl jsem ukázat jaké přístupy péče a práce se volí při kontaktu se závislými jedince právě zde.

EMPIRICKÁ ČÁST

5 Obecné charakteristiky výzkumu

5.1 Výzkumný problém a cíle výzkumu

Jak již z názvu vyplývá, jedná se o hledání behaviorálních strategií klientů CAS Příbram při kontaktu s veřejnými službami. Jedná se o exploraci z rozhovorů přímo s klienty, které následovaly po vyplnění dotazníků. **Veřejné služby** jsou klientům vysvětleny v dotazníku jako služby, kdy pracovník přichází do kontaktu s veřejností s příklady prodavač/ka, lékař/ka, úředník/úřednice. Zároveň jsem z tohoto seznamu vyřadil adiktologické služby, kde je obvykle přístup k lidem trpícím závislostí, jiný přístup. Dále si mohli probandi sami přicházet na vlastní možnosti, které při vyplňování dotazníků mohli konzultovat s pracovníky CAS, které byly poučeny, o co se má jednat. Obvykle došla řeč na policii, lékárny, nebo vlastníky ubytoven.

Jedná se vlastně o zakázku vedoucí pracovnice CAS Příbram, kdy jsme spolu konzultovali, co by jim mohlo pomoci při jejich práci s typem klientů, kteří participovali v tomto výzkumu. A právě kontakt s veřejnými službami, bývá obvykle problematický. Závislí jedinci, kteří jsou obvykle klienti CAS, mohou mít některé vnější znaky, které mohou způsobovat u pracovníků ve veřejných službách předsudky a změnit tak jejich chování vůči těmto lidem negativním způsobem. Proto jsem si položil tyto výzkumné otázky:

- *Jaké behaviorální strategie využívají klienti CAS Příbram při kontaktu s veřejnými službami?*
- *Které z těchto strategií jsou funkční a vedou k žádoucímu cíli kontaktu?*
- *Které z těchto strategií nejsou funkční a způsobují, nebo prohlubují konflikt?*

Behaviorálními strategiemi rozumím vzorce chování (jako aplikace drogy; emoční prožívání a tím ovlivněné chování; dochvilnost a další) a komunikace související právě s kontaktem s veřejnými službami. **Funkční strategie** v těchto otázkách znamená, že jedince dovedou k určitému typu kompromisu, nebo výsledku, který nepoškozuje ani jednu z komunikujících stran. Komunikace, která je vedena s dostatečnou dávkou zdvořilosti a respektu. Což by se dalo označit zároveň i za **cíl kontaktu**.

Odpovědi na otázky by měly položit možný základ k další práci se závislími klienty v této oblasti. Potíže může způsobovat variabilita přístupu klientů CAS k sobě, k druhým, i k samotné službě. Respektive skupin klientů. Protože, jak budu později zmiňovat, pracovníci nakontaktují řadu klientů, ale někteří jsou pravidelní a využívají veškerý možný servis, jiní jen využívají výměnný program a další možné variace. Zajímavé jsou také různé osobnostní charakteristiky, které jsem však testově nesledoval u klientů, a způsob fungování ve vztazích. Určitě by stálo za to, provázat tato data s tímto výzkumem, což by dozajista přineslo další souvislosti a směry působení.

Problémem v mém výzkumu, a obecně výzkumů se závislími jedinci, mimo rezidenční zařízení, je jejich neschopnost plnit termíny, docházet včas, či ve správný den a i jen spolupracovat. A pokud za to nemají příslibenou finanční odměnu, jejich ochota spolupracovat se výrazně snižuje. Spolehlivost rozhodně není vlastnost, která by tuto populaci charakterizovala. I zde jsou však výjimky.

5.2 Výběr a popis zkoumané populace

Jak jsem již zmínil, mnou zkoumanou populací byli klienti navštěvující centrum adiktologických služeb Magdaléna, o.p.s., Příbram. Jedná se o jedince, kteří jsou závislí na nelegálních drogách, v současné době dlouhodobě neabstínující. Také měli nějakou dobu již CAS navštěvovat (tedy ne prvokontakty) a to co nejpravidelněji. Nejtěžším a nejvíce diskriminujícím kritériem byla samotná schopnost jedince participovat na výzkumu. To jak z hlediska komunikačních dovedností, tak i z hlediska minimální spolehlivosti. Někteří pravidelní dlouhodobí klienti nebyli osloveni kvůli komorbiditě těžších psychických onemocnění, které by patrně znemožňovali relevantní sběr informací.

Za loňský rok navštívilo CAS celkem 287 klientů, z toho 75 bylo prvokontaktů. Poradenství a pomoc v sociálních věcech (odkazy, asistenční služba, case management, sociálně-právní pomoc) využilo celkem 36 klientů. Toto číslo může pomoci k pohledu na to, která skupina klientů mohla participovat na výzkumu, protože jsou ochotnější výzkumu se účastnit a zároveň jsou schopni odpovídat na otázky v rozhovoru a mají zájem pracovat na své situaci. Z dalších statistik, které ukazují na počet stálých klientů, mohu ještě dodat, že potravinový servis využilo během roku celkem 95 klientů a hygienický servis 59 klientů. Z toho

ještě bývá tato skupina jedinců rozdělena na poloviny, podle ročního období, kdy jedna polovina chodí letním období a druhá v zimním. Mezi nimi jsou samozřejmě někteří stálí klienti. Zhruba polovina klientů využívá výměnný program (celkem 119 a za rok 2014 bylo vyměněno cca 20 000 injekčních stříkaček) a HR zdravotní materiál (Výroční zpráva Magdaléna, o.p.s.- 2014, v tisku).

S výběrem probandů mi pomáhaly pracovnice CAS, které byly instruovány, kteří klienti jsou vhodný, jaké jsou cíle práce a podle toho oslovovaly samotné jedince a vyplňovaly s nimi dotazníky. Mezi vyplněním dotazníku a rozhovorem uplynulo zpravidla několik dní, což záleželo na další návštěvě probanda na CAS, ale nikdy se vyplnění dotazníku a rozhovor neuskutečňovaly u jednoho probanda v jeden den. A to z důvodu, abych se jednak připravil a pročetl dotazník onoho jedince a aby i sami participaci měli čas popřemýšlet o tom, co psali. Výběr probandů byl tedy záměrný a příležitostný.

V mém výzkumu nakonec participovalo celkem 7 probandů, z toho 2 muži a 5 žen. Obecně je tento poměr opačný než v celkovém počtu klientů CAS, nicméně mnoho pravidelných klientů mužského pohlaví není, dle úsudku pracovnic, schopno participovat na takovémto výzkumu, anebo v období sběru dat nenavštěvovali CAS. O tomto jevu se budu dále zmiňovat v diskusi. Věk probandů byl od 22 do 48. Během výzkumu nakonec 2 ženy odpadly po vypracování dotazníku, kdy se několikrát nedostavily v domluvený den k rozhovoru a bohužel od nich data chybí.

Výhodnou pozici při práci s tímto typem populace mi zajistilo to, že jsem v CAS působil na stáži 2 měsíce a většinu svých pozdějších participantů jsem tedy znal a hlavně oni znali mě a proto byl kontakt pro ně bezpečnější a byli tak otevřenější a svolnější. Takže až na 1 výjimku jsem s nikým nemluvil poprvé až přímo při výzkumu.

5.3 Popis metody a fixace dat

Jedná se v podstatě o narativní analýzu, kdy analyzuji popis situace, na kterou se probandů ptám. Nejprve vyplňovali dotazníky s otázkami, na které se mohli rozepisovat, nicméně v těch se většinou omezovali na poněkud strohé popisy a obvykle se rozpovídali až při rozhovorech. Vzhledem k nízkému počtu probandů se jedná v podstatě o kazuistické zpracovávání. V přílohách přikládám

dotazník i s průvodním dopisem. Rozhovory jsem nahrával, čistil a přepisoval do srozumitelné a přehledné podoby (probandi samozřejmě používali slovní vatu apod.). Součástí výzkumu bylo samozřejmě také pozorování probandů jak při rozhovoru, tak i při pobytu v kontaktní místnosti, mimo výzkum.

Narativní rozhovor se v psychologii (a dalších „měkkých“ vědách), v současnosti, používá čím dál častěji. Výhodou narativního přístupu je to, že můžeme nahlédnout do reality zkoumaného subjektu jeho očima. On sám nám připíše významy v situaci a můžeme tak explorovat právě jeho realitu. Což při přístupu zaměřeného na člověka dává výzkumům nové možnosti a zejména to dává prospěšný úhel pohledu pro jedince a ne jen pro výzkumníka. Narativní výzkum se může zaměřit na celý život jedince, nebo jen na některé jeho části. Tím se ale můžeme okrást o určité podstatné téma v životě jedince (Hendl, 2005). Nicméně v mém případě, je téma již z podstaty věci důležité. A proto jsem se vydal ruhým jmenovaným směrem a zaměřil se na část života probandů, kdy jsem sledoval jejich způsoby chování, hledal vzorce, které využívají v kontaktu s veřejnými službami, se kterými do kontaktu přijít musí. Ať už jde o služby, které jim pomáhají (lékaři, soc. služby), které využívají pro přežití (úřady), nebo se kterými přicházejí do styku často nedobrovolně (policie, soudy). Tento přístup by se dal také konkretizovat jako interakcionistický, kdy se zaměřuji na kontext určité situace, který má určitá očekávání a jedinec sám vypráví v tomto duchu, mentálně nastavený na toto vyprávění (Hájek, Havlík, Nekvapil, 2012). Zároveň si všímám sociálního kontextu a ne lingvistického. Neřeším příběhy z hlediska použitého jazyka, ale zaměřuji se na obsah sdělení (Sutherland, Breen, Lewis, 2013).

Narativní výzkum je kvalitativního charakteru, takže výsledky budu prezentovat zejména kazuisticky, protože i pro nízký počet probandů, je pro mě nemožné statisticky zpracovávat výsledky. Výtěžnost dat tak bude závislá zejména na mých schopnostech vést rozhovor a následně analyzovat data správným způsobem. Jelikož se jedná o exploraci, budu z každého rozhovoru analyzovat používané behaviorální vzorce a zároveň přidávat i interpretace, které sami probandi subjektivně sdělují. Jelikož jsem po probandech nechtěl vyprávět celý svůj životní příběh, jedná se spíše o narativní analýzu mikropříběhů, které jsou vlastně malými uzavřenými příběhy v životě jedince (Šucha, Charvát, Řehan, 2009).

Data mám v podobě papírových dotazníků a také jako audiozáznamy z rozhovorů, které mám taktéž přepsané v elektronické podobě a uložené na několika zdrojích. Z přepsaných rozhovorů jsem pak rozklíčoval behaviorální strategie, které mi popsali probandi ve svých příbězích a v závěru je skládal do různých nadřazených kategorií.

5.4 Etické aspekty výzkumu

Klienti do výzkumu vstupovali dobrovolně a měli kdykoliv možnost buď odmítnout odpovídat, anebo odstoupit od účasti úplně. Probandi byli vedeni pod kódy, v rozhovorech jsme si tykali (jelikož to je v CAS běžný způsob oslovování) a oslovoval jsem je křestním jménem, což jsou společně s věkem a pohlavím jediné rozlišující reálie. S výzkumem byli obvykle seznamováni pracovníci CAS Příbram, a pokud měli nějaké otázky, které jim nemohly zodpovědět při vyplnění dotazníků ony, mohli se zeptat před rozhovorem mě. Průvodní dopis, který účastníci dostávali k přečtení před vyplněním dotazníku, sloužil zároveň i jako informovaný souhlas ke zpracování dat, který jsem si s klienty potvrzoval ještě před započítím rozhovoru ústně. V práci jsou účastníci vedeni pod falešnými jmény, aby byla jejich anonymita co největší. Účastníkům výzkumu byla za účast nabídnuta věcná odměna (odznak vyrobený speciálně pro tento výzkum), ale v podstatě se jednalo pouze o dobrovolnou spolupráci. Účastníci byli upozorněni i na mou ohlašovací povinnost, aby nedocházelo k zbytečnému narušování důvěry, což by mělo negativní dopad pro výzkum a samotné CAS Příbram.

5.5 Problematika kvalitativním výzkumu

Kvalitativní výzkum má mnohem větší možnost chyb, než je tomu ve správně provedeném kvantitativním výzkumu. Je tomu tak zejména proto, že v kvalitativním přístupu se vše odvíjí od schopností autoregulace a introspekce výzkumníka, aby dokázal výzkum oprostit od předpojatostí k tématu a k posbíraným datům. Kvalitativní výzkum nám dovoluje prezentaci pouze explorativních výsledků a bez podložení statistickými daty jde velmi diskutabilní data. Validita výzkumu je pak napadnutelná a data se opírají jen o to, jak přesně dokázal výzkumník data formulovat a případně interpretovat. V případě interpretace dat jde v kontextu narativního výzkumu spíše o reinterpretaci interpretace (protože první interpretaci zkušenosti nám dává už sám účastník

výzkumu). Zároveň také jde o způsob prezentace dat, který musí být dostatečně srozumitelný (Miovský, 2006). Problematikou zkreslení dat a celkově tohoto výzkumu se dále zabývám v diskuzi.

6 Výsledky

6.1 Kvalitativní analýza výsledků výzkumu

6.1.1 Proband 1

Anna je nejstarší účastnicí výzkumu. Je jí 48 let a je velmi nespecifická v tom, že s užíváním drog začala až v 31 letech, kvůli problémům v manželství. Je to zajímavé zejména proto, že přešla k tomuto druhu copingu až v poměrně pokročilém věku a začínala rovnou s pervitinem a až později přešla na marihuanu. Anna má 2 dcery, jedna z nich také navštěvuje kontaktní centrum. Anna je po operaci zád, má skoliózu a má astma.

Podle výpovědí, které mi Anna dávala, bylo zřejmé, že má osvojené strategie, kterými se dokáže vyrovnat i s nepříznivým průběhem komunikace, tedy hádkou. Jako účinnou strategii v takové situaci Anna identifikuje omluvu. Co je dalším jevem, který je potřeba zohlednit, je vůbec to, že se dostává do konfliktů. Z rozhovoru vyplývá, že Anna v kontaktu umí být i impulzivní. V komunikaci Anna vystupuje zdvořile, ale řekl bych, že, pokud se jedná o službu, která pro ni nemá jasně definované, co musí (jako například ubytovna), je až příliš pasivní, nedostatečně asertivní. To může mít za následek, že se nechá kontaktem „vláčet“ do pozic, které jí samotné mohou být nepříjemné a nepřekvapivě vyústí v nepřiměřenou agresi (*„Zřetovala jsem se, protože jsem tam nechtěla být, ...“*). V příkladu Anny se jedná také o verbální agresivitu s prvky vulgarit (*„Takže po těch 14 dnech mi ujely nervy a šla jsem jim tam vynadat. Pak jsem se teda nechovala absolutně vůbec slušně, což jsem měla na sebe velikej vztek.“*). Poté toho lituje, a snaží se tohoto jednání vyvarovat, anebo se vyhnout opětovnému styku s onou službou. Pokud vyhnutí není možné, snaží se své jednání aktivně napravit a druhou stranu si usmířit. Na druhou stranu, pokud jde o určitou službu, která má jasně definované, co musí, umí se Anna ohradit, aby si stála za svým, a pouze pokud jí je upíráno to, na co má nárok, dochází někdy k impulzivnější reakci.

Na její vzorce chování má jistě vliv to, že začala s drogami až později. Zároveň na ně mají vliv také její výkony trestu, protože resocializační proces není jednoduchý a ovlivňuje stejné fenomény, na které se zaměřuji v této

práci. Resocializace je jev, který se projevuje i po návratu z terapeutické komunity, avšak s tím rozdílem, že po i při komunitě se pracuje zejména na tom, aby se jedinec dokázal vrátit do života a změnil svůj životní styl. Ve věznicích by měl být podobný cíl, ale ne vždy se to daří (například proto, že do komunity, na rozdíl od věznice, chodí lidé dobrovolně).

6.1.2 Proband 2

Carl je 28letý muž. Na CAS je výrazný díky tomu, díky svému obrovskému psovi, jménem Gordon. Od pohledu působí velmi klidně, což umocňuje i jeho styl mluvy. V době rozhovoru Carl už půl roku bydlí ve stanu v lese jen se svým psem. Příroda pro něj znamená mnoho. V podstatě denně užívá marihuanu, pervitin intravenózně užívá přibližně 1x za jeden až dva týdny. Podle Carlových slov ho „Gordon drží nad vodou“, ale zároveň mu zavírá mnoho možností v životě. Se psem nemůže jít do léčby, omezuje ho ve výběru bytů, znamená pro něj výdaje navíc, snaží se hledat venkovní práce, aby ho nemusel nechávat samotného, nebo pro něj sehnat hlídání. S drogami začal v 15 letech v partě a konkrétně s marihuanou. Zhruba od 19 let žije sám, střídavě na ulici a na ubytovnách podle toho, zda má práci. Sám zkoušel abstinovat, ale vydržel to maximálně půl roku, od marihuany neabstinuje nikdy.

Tento proband vystupuje při kontaktu s veřejnými službami klidně. Nedostává se do konfliktů, a když ano, téměř stoicky je zvládá (*„Já jim říkám „takhle to je, a jestli mi nevěříte, tak se přijďte podívat“ a nějak si s tím hlavu nelámu. A jestli to chtěj nějak ověřovat, tak to už je jejich boj...“*). Chápe, že pracovníci mohou mít potíže mimo práci a přenášet si je do kontaktu. Nezazlívá jim to a nevyužívá agresivního jednání. Pakliže ví, že je „v právu“, nebojí se stát si za svým a je schopen k tomu využít asertivity. Na příběhu, o kterém jsme se bavili, dokonce ukázal, že se při verbální agresi vůči své osobě dokáže snažit zklidnit druhou osobu rozumnou argumentací, aby vše dopadlo dobře.

Carlovi pomáhá jeho vnitřní klid, který souvisí s jeho spirituálním laděním, které je vidět na jeho souznění s přírodou a úzké vazbě se psem. Je velmi přemýšlivý a rozumí tomu, že je ve svém příběhu aktérem a ne divákem, že on se musí rozhodovat a má vliv na události, které se ho týkají.

6.1.3 Proband 3

Karen je druhá nejmladší účastnice výzkumu, je jí 28 let. Také navštěvuje CAS nejkratší dobu, a to půl roku. Ve 14 letech začala s marihuanou (cigarety už v té době kouřila) ze zábavy, na akcích s vrstevníky. Primární drogou jsou pro ni léky (Tramal) a ty začala užívat v 17 letech. V současnosti užívá alkohol a pervitin. Později drogami začala řešit svoje problémy, zejména vztahové, partnerské. Ve 22 letech se jí narodily děti, začala sama abstinovat po dobu 5 let. Poté, opět po rozpadu vztahu, se k drogám znovu vrátila. Ve 20 letech jí rodiče donutili nastoupit do léčby, pod pohružkou vyhození z bytu. Karen ze strachu z otce nastupovala do léčby už čistá. V léčbě však nevydržela déle jak 2 měsíce, nezvládala tamní režim. Později přišla o děti, které jsou v péči jejích rodičů v Praze, a málokdy se s nimi vídá. Její dny jsou v podstatě naplněny čekáním na to, kdy se začne utápět v dysforických pocitech ze ztráty dětí.

Karen je v kontaktu se službami velmi pasivní, a když překročí nepříjemnost kontaktu určitou hranici, začíná být, podle svých slov, hysterická a hádavá, nebo v druhém případě odevzdaná. Ví, že hádání nepomáhá a situaci zhoršuje. V kontaktu se nesnaží druhé konfrontovat se svou nespokojeností přímo, spíše pak o tom přemýšlí sama a nechává to v sobě (*„...v tu chvíli mi za mě bylo tak trapně...tak špatně, že mi to daly tak najevo, že jsem ani nechtěla. Vlastně vůbec být vidět“*). U Karen je patrné nesmírně nízké sebevědomí (kdy se označuje jako „nic“), které má pravděpodobně na svědomí i to, že je přesvědčená, že nic nemůže udělat se situací, ve které se nachází (*„A stále si myslím, že nejsem úplně nic. Jako myslím si, že jsem nic, ale zase vůči těm službám, že by se ke mně museli chovat jako nic.“*). Což je další strategie, kterou využívá tato účastnice. Stavění se do pozice oběti, nešťastnice, které je potřeba pomoci.

Karen nejspíše spoléhá na poněkud manipulativní chování, které jí však nepomáhá ve vyhýbání se konfliktům, ani v jejich řešení. Navenek mluví velmi rozumně o okolnostech ostatních lidí, které je mohou ovlivňovat a měnit jejich vnímání a chování, nicméně u sebe zodpovědnost za své činy nepřijímá. Respektive, přijímá odpovědnost jen za ty špatné činy, čímž se staví právě do pozice politováníhodné osoby. Zároveň je ovlivněna několika špatnými zkušenostmi, díky kterým je podezřívavější a hodnotí pohled ostatních na sebe spíše negativně. S tímto pohledem už vstupuje do situace.

6.1.4 Proband 4

Gustavovi je 35 let. Začal s marihuanou v 15 letech, v partě. Po vojně, ve 20 - 21 letech, začal s pervitinem a zkoušel spoustu různých drog na festivalech apod. S těmito drogami začal, dle jeho slov, kvůli ženám, se kterými to prvně zkusil a později, protože se mu vyvolaný stav líbil, v tom i pokračoval. Pervitin chápe v současnosti jako svou primární drogu, ale neaplikuje si ji často, zhruba 1x za 2 - 4 týdny, kvůli nedostatku financí. V léčbě byl 3x, z toho 2x v krátkodobé a 1x v dlouhodobém typu. Ani jednu léčbu však nedokončil. Dlouhodobou ukončil těsně před plánovaným koncem, kdy si uvědomil, že vlastně s drogami nechce skončit, že mu to za to nestojí, i přesto, že věděl, že ho drogy ničí.

Gustav se snaží chovat zdvořile, protože kdyby to tak nedělal, věří, že by to znamenalo snížení šancí, aby se záležitosti vyřešily k jeho prospěchu (*„Protože když někam přijdu a začnu tam hned štěkat, tak oni se spíš šprajcnou a prostě bude to ještě horší. Nebo ne šprajcnou, ale nebudou v té rutině...že bych je vytrhl z té rutiny a už by byli někde jinde. Už by byly našťvaný a byly by někde jinde.“*). Ví, že ho v jednání s pracovníky služeb ovlivňuje jeho stav, v kterém za nimi přichází (*„Taky se mi stalo, že jsem byl už vytočenej, ale teď fakt nevím konkrétní případ. Ale to hlavně souvisí s tím, v jaký situaci zrovna jsem, víš? Že když jsem byl venku, tak když jsem byl hladovej, neměl jsem cigáro. To se na tobě hrozně odrazí.“*). Ví, že když není spokojený s průběhem kontaktu, je potom nepříjemný, pasivně agresivní, ale nebývá vulgární vůči pracovníkům. Frustraci z podobného kontaktu si obvykle přenáší do vlastních vztahů, kdy, jak říká, to „schytají ti nejbližší“. To si pak vyčítá. Gustav se snaží dělat dobrý dojem, ale když bydlel na ulici, nebylo to snadné. Zároveň bydlení na ulici ztěžovalo schopnost nebýt nepříjemně naladěný už před kontaktem se službami.

Gustav se zdá být velmi hrdý na to, jak zvládá svou situaci, na svůj status. Jeho chování je poněkud odbrzděné, impulzivní. V současnosti vnímá vliv svého stávajícího partnerského vztahu, kdy cítí zodpovědnost nejen za sebe, ale také vidí ve svých dnech nějaký další cíl, než jen přežívání na ulici. Chápe individualitu lidí, a že i ti druzí, přestože jsou v práci, mohou být ovlivněni faktory, které nesouvisí se situací, ve které jsou společně s ním.

6.1.5 Proband 5

Margaret je nejmladší účastnicí výzkumu. Je jí 22 let a v 15 letech začala s marihuanou, která zůstává její primární drogou do teď, ačkoliv užívá i pervitin. Abstinovala dlouhodobě pouze při těhotenství a kojení (celkem asi rok), když jí bylo necelých 18 a občas podstupuje, jak říká, několikadenní až několikátýdenní „pauzičky“. CAS navštěvuje 3 roky. S drogami začala kvůli partě a bavilo jí to, takže neměla (a stále nemá) důvod s nimi přestat. Věří, že kdyby chtěla, tak by klidně přestala sama, bez pomoci. Drogy jí pomáhají utlumovat negativní nálady a stres.

V komunikaci s veřejnými službami je Margaret ovlivněná svými představami o vnímání druhých. Konkrétně je přesvědčená o tom, že se k ní chovají podle toho, koho znají z její rodiny (jestli otce – dobré nastavení, jestli strýce – špatné nastavení) (*„...kde znaj strejce tak ten má hospody a podniky a je známej tím, že neplatí, spoustě lidem dluží peníze, tak tam jsou na mě o to víc nepřijemný...“*). Obecně posuzuje situace častěji z pohledu jiných lidí, připisuje průběh událostí druhým a nevidí příliš často důsledky vlastního jednání. Při sporech se snaží zachovat klidnou hlavu, chovat se zdvořile, ale občas se jí to nedaří a hádá se. Pokud se cítí, že v něčem udělala chybu a věří, že to je v jejích silách, snaží se ji napravit. Pokud jí nepřijde událost, kterou si vyčítala, podstatná, tak to dále neřeší a nevrací se k tomu. Při konfliktu se také snaží racionálně argumentovat, což jí obvykle pomáhá zklidnit druhou zapojenou osobu. Věří, že k vyřešení konfliktu pomáhá uznat svou chybu, ale zároveň si stát za svým a umět asertivně trvat na svých právech (*„...jsem jí slušně řekla, aby na mě přestala řvát, že na ní taky neřvu. Že si uvědomuju, že to je moje chyba ten papír, že bych potřebovala ten papír vystavit znova, ale že se mi nelíbí, jak na mě řve.“*). Je-li člověk, podle Margaret, ve vztahu pasivní, pracovníci služeb to berou tak, že mu na tom ani nezáleží, a nesnaží se mu tolik pomoci.

Margaret je nervózní v pro ni nepřehledných situacích jako například u soudu, kde nerozumí některým termínům, neví, co říkat, kam si sednout atd. Také se nechává ovlivňovat převážně negativní zkušeností, kdy podle jejích slov například s úředníky má více dobrých zkušeností, ale stejně je vnímá negativně. Snaží se dělat dobrý první dojem, protože věří, že na něm záleží a trochu ovlivňuje jednání lidí, nicméně kdyby byla na místě pracovníků, záleželo by jí spíš

na životním příběhu člověka. Celkově že má Margaret poněkud naivními, nezralé představy (například užívání drog nemůže za to, že má odebrané dítě, tam je na vině nevlastní matka a neplacení alimentů z její strany; nevidí souvislost s užíváním drog, nepracováním a nedostatkem financí a ani to, že jí dítě bylo pravděpodobně odebráno, na základě skutečností týkajících se drog).

6.2 Shrnutí

Jednu z vlastností, kterou můžu vyzdvihnout jako podstatnou, určující proměnnou při kontaktu se závislým je **impulzivita**. Sama o sobě souvisí s užíváním drog, ale čím více je jedinec impulzivnější, tím méně se mu daří udržet standardní kontakt v mezích zdvořilosti. Zároveň, impulzivnější jedinci se hůře dokážou poučit se ze svých chyb a tím pádem je častěji opakují. Pozitivně, vzhledem ke snaze dodržovat společenské normy v kontaktu, působí, když má jedinec nějaký cíl a neprotlouká se životem jen tak. Pokud závislí jedinci mají cíl nebo nějaký aktuální smysl v životě, na kterém jim záleží, dokážou modifikovat své chování a potlačit i některé automatické vzorce chování. Důležitým jevem, který ovlivňuje celkový kontakt, je setting jedince, s kterým do služby přichází. Ovlivňuje vnímání toho, jak se k nim chovají pracovníci, a zároveň vlastní chování. S tím souvisí celkové zázemí, protože pokud jsou na ulici, obvykle bývají podrážděnější a v kontaktu disinhibovanější. Aplikace drogy před kontaktem také někdy bývá důvodem většího klidu v následném kontaktu (aspoň subjektivně).

Pasivita při kontaktu s pracovníky obvykle způsobuje nedosažení žádoucího cíle pro probanda a může být spojená s následným pocitem ponížení. Negativní zkušenost spojená s ponížením může způsobovat snahu vyhnout se službě, s kterou má klient tuto zkušenost, anebo přichází už s negativním očekáváním, které může způsobit pasivitu a roztočit tak začarovaný kruh. V tomto případě je nutné si uvědomit, že některé služby jsou životně důležité (jako například lékaři) a je tak nemožné se jim vyhýbat. Z výpovědí probandů na mě působí jistá rigidita strategií řešení situací, která značně omezuje schopnost dojít k žádoucímu cíli v nepříjemně se vyvíjejících situacích (při hádce apod.).

Pro účastníky výzkumu je zřejmě důležité znát, co mají pracovníci služeb za povinnosti. Pak dokážou v kontaktu vystupovat asertivně. Je-li pro ně kontakt

nepřehledný, bez jasného rámce a vymezení povinností ze strany pracovníků služeb, jsou pasivnější a snadněji se podráždí.

7 Diskuze

V diskuzi bych se nejprve rád zaměřil na spolehlivost probandů. Ačkoliv jsem ve spolupráci s pracovníci kontaktního centra vybíral vhodné probandy například i podle toho, jak dokážou dodržovat domluvené termíny, mnoho času jsem strávil bezvýsledným čekáním na rozhovory, které se neuskutečnily. Dva probandy jsem musel díky tomu vyřadit, jelikož bych již neměl dostatek času zpracovat jejich data. To, že time-management není silnou stránkou závislých klientů, není žádným překvapením. Alespoň ne všech. Zajímavé je, že to podle všeho nezáleží jen na frekvenci, s kterou užívají drogu. I ti, kteří si neaplikují denně, měli problém dorazit. A na druhou stranu klient, který kouří marihuanu denně, neměl potíže se dostavit na první termín. Nicméně tato skutečnost je zajímavá i z pohledu počtu klientů. Na těchto 5 celkových rozhovorů u 7 klientů jsem potřeboval zhruba 12 sezení (nejvíc jich bylo u jedné účastnice, kterou se mi nakonec ani nepodařilo vyzpovídat a tak není do výsledků zahrnutá). Když bych chtěl dělat rozsáhlejší výzkum (a patrně s ještě méně spolehlivými účastníky), například ve víc městech potřeboval, bych buď obrovské množství času, nebo několik sběračů dat. Tento poznatek o absentérství probandů se mi potvrdil už u jiné cílové skupiny, ačkoliv ta první není zas tak rozdílná a často se prolínají, a jsou jimi propuštění vězni. Obě tyto populace jsou náročné na výzkumníkův čas a frustrační toleranci, vzhledem k opakovanému absolvování bezvýsledných schůzek. Zajímavý, a pro mě potěšující, byl také fakt, že se několikrát účastníci omluvili telefonicky, ačkoliv někdy až po čase schůzky, ale pracovníci kontaktního centra to vnímají jako velký krok, jelikož jim se to obvykle nestává (a to i při domluvení se na poradenství, testování apod.).

Další oblastí, které bych se rád v diskuzi dotknul, je právě cílová populace, která je specifická sama o sobě, a já ji v tomto výzkumu ještě více zmenšil tím, že jsem se zaměřil pouze na jedno místo. Jak jsem se již dříve zmínil, toto zmenšení bylo praktické hned z několika důvodů. Jedním je zjednodušení celého designu studie a vyvarování se tak dalších, zbytečných chyb plynoucích z nedostatečného počtu probandů, špatného pokrytí populace, zároveň se tímto naskytla možnost jakéhosi aplikovaného výzkumu s určitým dopadem právě pro CAS Příbram. Místní způsoby chování klientů jsou podle výpovědí pracovníků specifické. Oproti

jiným kontaktním centřům, se kterými mají zkušenost, jsou jejich klienti mnohem klidnější, nemají potíže s fyzickou agresí vůči pracovníkům a obvykle ani vůči sobě navzájem v prostorách CAS. Zároveň výběr probandů pro výzkum omezil velké množství klientů na velmi malé množství. Zobecňování výsledků tedy není na místě a jedná se spíše o návrhy a zkušenosti těch několika účastníků, které mohou sloužit jako inspirace, nebo metaforický vztyčený prst pro pracovníce, pokud se budou snažit pracovat s klienty právě na této části jejich života. Klienti, kteří participovali v tomto výzkumu, jsou specifičtí také v tom, že většina z nich se na sobě snaží nějakým způsobem pracovat. Chodí pravidelně na kontaktní místnost, využívají širší spektrum služeb, které jim CAS Příbram nabízí, berou na vědomí to, o čem se s pracovníci baví. Důležitou podmínkou pro aplikaci poznatků z této práce je tak motivovanost klientů (stejně jako v poradenství a terapii). Specifické je také genderové rozložení v mém výzkumu. Ze 7 původních účastníků bylo 5 žen a 2 muži. Nakonec to jsou tedy 3 ženy a 2 muži, což není stejné rozložení jako je v reálu rozložení klientely CAS (159 mužů a 74 žen). A to ani u stálých klientů, kteří využívají větší množství služeb v CAS.

V takovémto typu výzkumu by určitě mohl být přidán například osobnostní dotazník. Přemýšlel jsem nad použitím PSSI, ale nakonec jsem od tohoto záměru upustil. Důvodem byla přílišná komplikovanost práce s klientem. S takto malým počtem probandů by navíc takovýto dotazník neměl valného smyslu. Mimo to, pokud se snažím z této práce udělat nějakým způsobem aplikovaný výzkum, možnost testování osobnosti pracovníce CAS nemají. Tudíž by přicházeli o jeden, pro výzkum a výsledky důležitý, rozměr, který by musely pouze odhadovat v rámci své vlastní praxe. To proto, že když bych spojoval určité behaviorální strategie s určitou osobnostní strukturou, neměly by možnost tato zjištění ve své práci nijak podkládat a tím pádem by pro ně byly výsledky poněkud bezzubé. Ačkoliv já používám osobnostní rys „impulzivitu“, kterou jsem nezjišťoval jinak než subjektivní výpovědí probandů a pozorováním. Stejně tak jí mohou posuzovat i samotné pracovníce.

Na svém výzkumu, kdybych ho měl dělat znovu, bych změnil časový plán, kdy bych si dal více času na samotný sběr i vyhodnocování dat. V tomto jsem dojisty nebyl tak důsledný, jak jsem mohl být. I přesto jsem se snažil, aby to výslednou práci ovlivnilo co nejméně. Podepsalo se to určitě na počtu probandů

ve výzkumu, který mohl být vyšší (i když asi ne o moc). Zároveň bych určitě několik účastníků využil jako pilotní studii a podle nich si udělal podrobnější checklist k rozhovorům, který by mi mohl pomoci s lepší výtěžností dat. Takto jsem až při přepisování rozhovorů sledoval, na co jsem se ještě mohl doptat, že některé doplňující otázky, které mi přišli relevantní, jsem nepoložil každému apod.

Další fenomén, který bych měl prodiskutovat, je možnost probandů nepodávat pravdivé informace. Toto právo má samozřejmě každý účastník každého výzkumu, kde musí odpovídat na otázky, či tvrzení. I já jsem přemýšlel, jak moc je problematické zkreslování odpovědí účastníky, snaha zalíbit se a zlepšovat svůj sebeobraz, nebo naopak snaha snižovat se přede mnou. Jak moc mi vadí, že mi účastníci v takovémto výzkumu neříkají pravdu? Pokud se na to dívám tak, že zkoumám subjektivní realitu probanda a s tou pracuji, nemusí mi skutečnost nevědomého zkreslování reality vadit, protože to je právě to, co mohu později interpretovat a analyzovat. Problém je, pokud zkreslují realitu záměrně a snaží se ukázat a vykreslit se tak, jací by chtěli být. Pak dostávám realitu chtěnou a ne pročitovanou ani objektivní. Pokud například proband tvrdí, že vše řeší při kontaktu se službami v klidu, dosáhne svého bez excesů a nikdy něco takového nezažil, ale ví, že by to tak mohlo nebo mělo být, dostávám jen jakýsi společenský normativ, který mi ve výsledku mnoho neříká. S tímto je spojené také definování žádoucího cíle a průběhu kontaktu. Účastníci totiž mohou chápat průběh jako hladký, zdvořilý, ale, ať už jedinec je nebo není intoxikovaný, pracovník služeb může vidět jeho chování naprosto odlišně. Přeci jen, populace závislých je často odloučená ze společnosti a normy v této kultuře mají často jinou tvář. Žádoucí cíl je snadno definovatelný výsledkem. Pokud je výsledek takový, pro který klient přišel, a nepřekročil žádné hranice, aby ho dosáhl, můžeme výsledek považovat za požadovaný. Pokud by ho dosáhl například výhružkami, je vynucený. Tuto dimenzi jsem však záměrně nevyhledával a při rozhovorech se ani nevyskytla.

Pokud bych měl posoudit subjektivně upřímnost probandů při rozhovorech, řekl bych, že byli poměrně upřímní. Přeci jen fakt, že jsou aktivní uživatelé návykových látek je už sám o sobě dost odhalující a tak bych hádal, že data nebudou příliš zkreslená. Nicméně na druhou stranu chápu, že může hrát roli jakási hrdost klientů, že i přes svou drogovou kariéru, dokážou fungovat správně

v mezilidském kontaktu a dokážou dodržovat některé normy běžné, většinové společnosti. Obecně si myslím, že u některých dlouhodobých uživatelů hraje hrdost velkou roli. Třeba už v tom, že užívají drogu dlouhou dobu a jsou hrdí na to, jak všechno i přes to zvládají. Že zvládají život na ulici, s minimem peněz, v nevraživé společnosti apod.

Rád bych si udělal můstek k další kapitole tím, že bych zde přidal některé mé představy a interpretace ke kazuistikám, které jsem popsal výš. Obecně si myslím, že závislí klienti, tak jak jsem je měl možnost poznávat já (ať už během výzkumu, nebo stáže), mají často poměrně nezralý až naivní pohled na věc. Často připisují událostem vnější příčiny, ačkoliv by se dalo přemýšlet o jejich (i když třeba jen nepřímém) zásahu do běhu událostí. Také vztahy, které udržují, jsou často velmi hraniční (zejména ty partnerské, kde se obvykle střídá agrese s usmířením) a orientované jednostranně na vlastní potřeby. Dalo by se říci, že tato „přátelství“ či „partnerství“ jsou jen jakýmsi žitím vedle sebe (čímž se naplňují sociální potřeby), než spolu. Dokonce by se dalo říct, že kontakt se službami, kde se neočekává oboustranný vztah, ale jde právě o cílené využití druhého (v tomto případě služby), by měl probandům být velmi blízký a měli by v tomto druhu komunikace být sběhlí. Problém je samozřejmě v kontextu, kdy se službou nemusí manipulovat, aby dosáhli toho, co chtějí, ale zároveň služba nabízí omezené možnosti toho, co jim může dát.

Začnu Annou. Ta není typickým prototypem závislého jedince, už jen tím, že začala s užíváním drog velmi pozdě (v 31 letech). Zároveň je ale jediná z mého vzorku, která nastoupila výkon trestu, a to hned několikrát. Na Anně je vidět její odklon od normy, kdy na „káčko“ chodí i se svou dcerou, která je také závislá a drogovou kariéru berou jako životní styl. Anna možná měla (a má) vytvořené funkční vzorce chování, které využívá, ale určitě budou částečně deformované právě pobytem ve vězení. Což se může projevovat v nepřehledných situacích (protože ve věznicích je režim poměrně stálý), kdy je Anna pasivnější a spíše dochází k excesu v podobě afektivního výbuchu. Co u Anny funguje po takovémto jednání, je svědomí, které podle mého funguje tak jak Anna říká a není to jen formulace nějakého obecně platného pravidla, které by jí říkalo, že takto se má cítit, ale že se tak opravdu cítí. Neznám život, který měla Anna před tím, než začala s návykovými látkami, ale její schopnost řešit konfliktní situace, kterou

popisuje, příkládám právě životu před 31. rokem života, tedy než začala s drogami, kdy měla možnost vyvíjet se v nedrogové společnosti a přijímat vzorce chování většinové společnosti. Otázkou tak zůstává, jak je možné, že je jediná z mých probandů, která skončila ve vězení.

Další byla kazuistika Carla. Ten zase jako jediný z mých probandů žije v současné době na ulici, spolu s ním i jeho pes Gordon. Carl je poměrně introvertně zaměřený, působí rozvážně, smířeně a klidně, stejně tak i jeho pes. Největší autoritou je pro něj příroda a nejen díky tomu působí tak trochu spirituálně. Myslím, že to je ten důvod, že se snaží řešit veškerý kontakt klidně. Protože vlastně sám nechce patřit do většinové společnosti, a tak se snaží kontakt se službami vést co nejsnazší a nepříjemnější cestou, co umí. Působí tolerantně, což také pomáhá hladkému kontaktu. Také Carl v podstatě denně užívá marihuanu a i to může mít vliv na jeho „klid“. Zajímavé by bylo zjišťovat, jestli trvá i při abstinenci od marihuany. Zatím zkoušel sám abstinovat pouze od pervitinu. Musím přiznat, že mi byl sympatický od prvních kontaktů, které jsme spolu měli, a působí velmi tolerantně (což také může mít za následek dobrý průběh kontaktů se službami). A doufám, že jsem tímto faktem nijak neovlivnil výsledky.

Karen na mě působila jako ideální kandidátka na terapii. Působilo na mě, že spousta jejích potíží by se nemuselo opakovat, kdyby vyřešila problém se sebedůvěrou a sebepojetím. Řekl bych, že její manipulativní způsob komunikace, kdy se záměrně staví do role oběti, a prezentuje se negativně, je do jisté míry funkční a působí jako obrana před přiznáním svých vlastních selhání. Protože když by sama sobě přiznala nějaké schopnosti a dokázala se ocenit, znamenalo by to nejspíš pro ni, že má kompetence dělat něco se svými potížemi. Zároveň Karen popisuje mnohé fyzické potíže, které bych se nebál označit za somatizaci. Karen je jediným účastníkem, který nežil na ulici.

Gustav je jedním z nejdéle užívajících klientů příbramského CAS. A pokud jsem mluvil o hrdosti na to, že klienti zvládají život na ulici i s drogami, tak právě Gustav je typickým příkladem tohoto přístupu. U něj mi také přišlo, že se snaží stavět se do lepšího světla, protože z jeho chování v kontaktní místnosti, byl poměrně často (ne vždy) vidět impulzivnější přístup k lidem. Nejde daleko pro verbální agresi, a to občas i vůči pracovním CAS. Sám sice říká, že je ovlivňován

settingem před kontaktem a že tyto nálady pak schytávají ti blízcí, ale otázkou je, jak dokáže tuto impulzivitu kontrolovat při kontaktu s cizími, neblízkými, lidmi.

Poslední zpracovanou kazuistikou byla Margaret. Margaret je nejmladší a řekl bych, že její vnímání je také nejméně zralé. Často vidí důvody, proč je v nějaké situaci, v cizím zavinění. Také má problém přijímat zodpovědnost. V rozhovoru jsme se hodně točili v kruhu a často jsem ji musel otázkami navádět dál. První polovinu, rozhovoru jsme se stále vraceli k tématu jejího dítěte, které má v péči její otec s nevlastní matkou. Překvapilo mě, jak málo emocí projevuje, když o dítěti mluví. Emoce k dítěti mi chyběly prakticky zcela, jediná emoce, co provázela toto povídání, byla naštvanost na nevlastní matku. Margaret také nosí paruku, kvůli tomu, že má vytrhané vlasy od partnerů. Takže její snaha nebýt vidět, nebýt výrazná při styku se službami, nejspíš nebude příliš úspěšná, protože paruky, které nosí, nejsou zrovna nevýrazné.

Výsledky mohly být zkreslené samozřejmě i jevy, které popisují sami účastníci, jako je na příklad setting, tedy rozpoložení, v kterém přicházejí k rozhovoru. Ten může ovlivnit jak vnímání mě, jakožto výzkumníka, a mohou tak odpovídat zkresleně určitým směrem (ať už kvůli sympatiím nebo antipatiím vůči mé osobě). Zároveň může jejich vyprávění ovlivnit poslední zkušenost, kterou zažili, a ovlivňovat tak vnímání služeb jako takových, nehledě na dlouhodobé zkušenosti. Druhé jmenované riziko jsem se snažil částečně odstranit časovým rozmezím mezi dotazníkem a rozhovorem. To mohlo mít za následek zklidnění emocí a pohled na věc s větším nadhledem.

Samotný dotazník jistě také stojí za zmínku v diskuzi, protože až na jednu výjimku byly dotazníky velmi chudé a v podstatě bez výpovědní hodnoty. Pro probandy, podle rozhovorů, nebyly otázky složitě položené, jen se účastníkům pravděpodobně nechtělo psát, a tak jejich vyplňování nedávali tolik pečlivosti, kolik bych si představoval. Dotazníky tak sloužily spíše jako osa k rozhovoru s naznačenými konkrétními příběhy, kterých jsme se poté v rozhovoru dotýkali. Stejně tak byly dotazníky použity jako nástroj navázání kontaktu.

Tento výzkum by mohl přinést zajímavé výsledky, pokud by se pokračovalo nějakým způsobem v následné péči, kde by se využívaly poznatky, které zde vzešly. Moje představa je taková, že by se vedly jakési poradenské deníky

s dalšími klienty, kam by se buď doplňovala, přidávala, nebo se tam vyvracela tato data. Poté by mohly následovat určité formy intervize nebo ohniskových skupin, na kterých by se porovnávaly náhledy a širší poznatky. Samozřejmě nezbytné by bylo znát výsledky použití nově naučených behaviorálních strategií a způsob jejich využívání. Ještě zajímavější by bylo porovnávat tato zjištění s kontaktními centry v jiných městech s jinou typologií klientů. A to jak s tím, s jakými potížemi se klienti setkávají, tak i jakým způsobem je řeší, jak široký mají repertoár strategií, ke kterým se uchylují. Také by možná stálo za to, udělat obdobný průzkum z druhé strany, tedy jak se chovají pracovníci služeb k závislým, což by bylo ideální dělat jakousi slepou studii a přirozeným pozorováním, kdy by výzkumník musel vědět, zda je nebo není současný klient závislý a sledoval pak, jak se vůči němu pracovník chová. Samozřejmě by mohlo docházet ke stejným zkreslením jako při tomto výzkumu, a tím myslím snahu, ukázat svou lepší stránku před výzkumníkem.

Zároveň by mě potěšilo, kdyby tato práce mohla být využita k určitému rozšíření povědomí o problematice závislosti u širší veřejnosti. Protože veřejnost má možnost zlepšovat (nebo zhoršovat) šance na změnu životního stylu u závislých tím, jak se k nim chová, jakou jim dává zpětnou vazbu a jakým způsobem jim ji dává. Většinová společnost může tak svým působením přispět ke snahám pracovníků adiktologických služeb. Zároveň by se jednalo o destigmatizaci těchto pracovníků, kdy bych rád ukázal, že se opravdu nejedná o lidi, kteří jsou spoluviníky, kteří drží své klienty v udržovacích způsobech závislostního chování, ba právě naopak.

8 Závěr

Musím říci, že jelikož jsem tvořil design tohoto výzkumu sám, těžko se mi hledaly podobné výzkumy, se kterými by se dala porovnávat má zjištění. Vybírám proto pouze ty, které se aspoň nějakým způsobem dotýkají mého tématu a snažit se je nějakým způsobem věcně zahrnout do této práce. A jelikož se tato práce týká kontaktu s veřejnými službami, určitě stojí za zmínku téma, o kterém píše McLellan a tím je zodpovědnost veřejnosti za léčbu závislosti. Jak jsem se již sám zmiňoval v diskuzi, veřejnost svým postojem a přístupem může pomoci anebo znesnadnit změnu životního stylu závislých, který souvisí s léčbou závislosti (McLellan, 2009). S tímto souvisí stigmatizace, nálepka, kterou závislí jedinci dostávají. Stigmatizace souvisí s negativními pocity u veřejnosti (jako je strach, nebo hněv) a s tím i větší potřebou restrikcí, které by měly podle společnosti následovat (Boekel, Brouwers, Weeghel, Garretsen, 2013). Zároveň, pokud se někdo cítí být diskriminován na základě užívání drog, podporuje to jeho další rizikové užívání návykových látek (Crawford, Borrell, ..., Fuller, 2012).

Samozřejmě bych se na tomto místě měl vyjádřit k výzkumným otázkám, respektive na ně odpovědět. První otázka zněla: „*Jaké behaviorální strategie využívají klienti CAS Příbram při kontaktu s veřejnými službami?*“. Strategie, které jsem zachytil při rozhovorech, se tedy pokusím rozčlenit do určitých kategorií (které korelují s těmi v kapitole o behaviorálních strategiích). Někteří z mých probandů využívají **zdvořilost** jako svou behaviorální strategii při kontaktu s veřejnými službami, jak jen to jde. Tento osvojený způsob jednání je dozajista správnou volbou, otázkou tak zůstává, jak umě ho využívají a jestli si pod „slušným chováním“ představují to samé, jako ostatní lidé ve společnosti. Z pohledu probandů tato strategie zahrnuje pokoru, ne vulgární mluvu, vykání, úvod kontaktu slušným pozdravením a ukončení poděkováním. Někteří se snaží tuto strategii udržet, i když pracovník služeb zdvořilý vůči nim není. Na to nasedá další využívaná strategie, což je **asertivita**, kdy se někteří z probandů nebojí dovolávat svého práva na slušné zacházení a opětování jejich přístupu. Snaží se vymezit proti subjektivně nepříjemnému chování od pracovníka a jasně mu toto své vnímání jeho chování, sdělit. Pokud asertivní chování nesplní svůj účel, může se stát, že nechají průchod emocím, které pak nazývám pro tento výzkum jako

impulzivita. Tato strategie je obvykle provázena zvýšením hlasu až křikem, zdvořilost už z kontaktu vymizela. Ještě stále ale nemusí jít o vulgární způsob komunikace, pokud přejde až k němu, pojmenovávám tuto strategii **agresivita.** Agresivní strategii vnímám jako verbální útoky, spojené právě s nadávkami a vulgaritou, eskalací emocí až k afektu. Po takovémto kontaktu může docházet k, podle mého, pozitivnímu způsobu vypořádání se se špatným svědomím, a to je **snaha o nápravu,** buď omluvou, nebo jiným vhodným způsobem. Druhou stranou této mince může být přechod do pasivního jednání, a to je **snaha vyhnout se** opětovnému kontaktu s touto osobou či službou. Snaha vyhnout se může však být i znakem asertivního jednání, a to v případě, že se jedinec snažil konflikt vyřešit a i přes zachování svého postoje se mu to nedařilo. Jedním se znaků asertivity může být i to, že může odejít ze situace, v které nechce být. **Pasivita** může fungovat jako samostatná strategie, kdy se jedinec nechává „táhnout“ pracovníkem kontaktem a pokud narazí na někoho s nízkou mírou tolerance vůči závislým lidem, a pozná, že jedinec je závislý, může to způsobovat velmi nepříjemný kontakt a následné psychické šrámy. Několikrát zmiňovanou **nespolehlivost,** týkající se **plnění termínů** (například schůzek), bych také zahrnul do pasivních strategií. Pokud probandi **nepřijímají zodpovědnost** za své činy a hledají, kdo jiný nebo co za ně může, obvykle to nepomáhá při kontaktu dosáhnout cíle, ba naopak. **Přijímání zodpovědnosti** za své činy na druhou stranu dodává jedinci sebedůvěru a pomáhá mu tak řešit krizové situace v kontaktu. Zároveň bych zde chtěl uvést behaviorální strategie, které mohou, ale také nemusí souviset s kontaktem se službami a to jsou copingové strategie. Někteří jedinci **užívají drogu** před kontaktem, aby byl pro ně kontakt příjemnější, rychlejší a necítili se tak nervózně. U většiny probandů však užití drogy vůbec nesouvisí s kontaktem se službami, ale pouze s příležitostí užít drogu. U některých probandů existují služby nebo situace, kdy si však záměrně drogu neaplikují. Jiným copingem může být **zástupná činnost,** jako například uklízení, která odvádí pozornost od aktuálních problémů (zejména odvádí pozornost od myšlení na ně).

Nyní se dostávám k další otázce a tou je: „*Které z těchto strategií jsou funkční a vedou k žádoucímu cíli kontaktu?*“ Asertivita, zdvořilost a snaha o nápravu se jeví jako funkční strategie, které pomáhají dosáhnout cíle kontaktu. Problémem se jeví udržet je a používat je správně. Přijímání zodpovědnosti za své

chování účastníkům spíše pomáhá v situacích, a proto ho zařazuji také do této kategorie funkčních strategií. Zajímavé je zamyslet se nad možností užití drogy jako funkční behaviorální strategie, protože se dá říci, že pomáhá probandům v kontaktu se službami (alespoň subjektivně). Zde by bylo třeba hlubšího a objektivnějšího poznání, jak to doopravdy je. A i kdyby to bylo nápomocné, přichází morální dilema, kdy užívání drogy není typ chování, který bychom měli podporovat.

Poslední otázkou je: “ *Které z těchto strategií nejsou funkční a způsobují, nebo prohlubují konflikt?*“ a zde je potřeba zdůraznit, že se jedná o kontakt s veřejnými službami, neboť je možné, že v jiném kontextu mohou být tyto strategie funkční. Dozajista sem patří impulzivita a agresivita, které obvykle kontakt ztěžují, a bývá ukončen s jiným výsledkem, než by klient požadoval. Pasivita sice může vést k žádoucímu cíli, co se týká samotné služby, ale může přivést určité negativní dopady na psychiku klienta. Proto bych jí zařadil spíše do nefunkčních strategií. Nepřijímání zodpovědnosti je také negativní strategií a nepomáhá k dosažení kýženého cíle. Neschopnost přijít včas, nebo vůbec dorazit, také vnímám jako nefunkční strategii a i mně přišel tento způsob chování při výzkumu poměrně iritující, a tak myslím, že by mohl podobně působit i na pracovníky veřejných služeb.

9 Souhrn

V teoretické části se zabývám 4 okruhy a to jsou závislosti a jejich mechanismy, tolerance a normy, behaviorální strategie a nakonec systém adiktologických služeb v České republice. V kapitole o závislostech jsem se zabýval jak působením drogy na různé části mozku, tak i chemickým působením drog a účinky jednotlivých skupin návykových látek. Tato kapitola by měla čtenáři dát poměrně ucelený pohled na komplexitu a obtížnost závislosti a také na to, jak může ona závislost ovlivňovat chování a vnímání, což je pro tento výzkum velmi podstatné.

Kapitola o normách a toleranci je zařazena proto, že je tato práce zaměřena na styk s veřejností a tyto jevy souvisí právě s těmito situacemi. Zabývám se zde tím, co to je tolerance a normy, k čemu slouží a jakým způsobem je lze překračovat. Pochopení této problematiky je podstatné, protože se týká účastníků tohoto výzkumu, kteří žijí v podstatě vyloučení ze společnosti, mimo normu. Snažím se zde dát náhled i na rozdílné vnímání norem v různých společnostech a ukázat tím na variabilitu vnímání norem a jejich odchylek. Také jsou projevy tolerance důležité při snahách o léčbu závislosti, či změně životního stylu závislých.

Kapitola nazvaná „Behaviorální strategie“ sloužila zejména k definici tohoto pojmu, kterou jsem si následně upravil pro potřeby této práce a usnadnil tak čtenáři pochopení této problematiky v následném výzkumu, kde s pojmem behaviorálních strategií operuji. Podkapitoly pak působí zároveň jako kategorie, které jsem použil ve výzkumné části při narativní analýze. V této kapitole popisuji, jaké druhy behaviorálních strategií můžeme potkat při práci se závislými, jak mohou ovlivňovat kontakt s ostatními a jaké mohou mít další dopady. Dotýkám se zde jak společensky přijímaných, tak zatracovaných strategií. Zároveň zmiňuji i jevy, které se později neukázaly jako podstatné na mém vzorku (pověřivost).

Poslední teoretická kapitola se zabývá systémem adiktologických služeb. Ukazuje způsob práce v těchto službách a jejich členění. Také zde krátce představuji organizaci, v které je výzkum konán. Teoretickou částí jsem se snažil

obsáhnout všechny podstatné fenomény související s tématem a snad se to i podařilo.

V praktické části nejprve popisují narativní výzkum a způsob narativní analýzy, kterým jsem zpracovával data, popisují zde populaci, na které byl výzkum prováděn a způsob výběru vzorku. Dále popisují, jak jsem nakládal s posbíranými daty. Dotýkám se samozřejmě také etiky výzkumu. Také zde postuluji výzkumné otázky a definuji v nich použité termíny.

Výsledky nejprve prezentují kazuisticky, kde se rozepisují o každém jednom probandovi, a to jak z hlediska výpovědi k otázkám, tak podávám i širší popis, který nabízí čtenáři zevrubnější pohled na účastníka, což mi v takovémto typu výzkumu přijde důležité. Na konci každé kazuistiky se krátce zamýšlím nad nevyřčenými možnostmi, které by mohly probanda ovlivňovat. Následně obecně shrnuji poznatky.

V diskuzi se snažím reflektovat různé nedostatky práce a možnosti zkreslení dat. Zároveň jsem se pokoušel o interpretace k jednotlivým kazuistikám, které jsou však založeny spíše na mých dojmech, a proto jsem je nezahrnoval do závěrů jako takových. Také nabízím možnosti, jak s daty a designem výzkumu pracovat dále, a přemýšlím nad možnostmi, které takovýto způsob práce nabízí.

Následují závěry, kde odpovídám na výzkumné otázky a popisují behaviorální strategie tak, jak jsem je rozpoznal a rozřadil na základě rozhovorů. Výzkumné otázky byly následující:

- *Jaké behaviorální strategie využívají klienti CAS Příbram při kontaktu s veřejnými službami?*
- *Které z těchto strategií jsou funkční a vedou k žádoucímu cíli kontaktu?*
- *Které z těchto strategií nejsou funkční a způsobují, nebo prohlubují konflikt?*

Zároveň připisují krátké důsledky a poznatky, které vzešly z kontaktu s účastníky výzkumu. Celá praktická část je psaná více uvolněným stylem, což souvisí už se samotným narativním laděním výzkumu.

Zdroje

- Allentuck, S., Bowman, K. (1942). Psychiatric aspects of marihuana intoxication. *American Journal of Psychiatry*.
- Crawford, N., Borrell, L., Galea, S., Ford, Ch., Latkin, C., Fuller, C. (2012). The Influence of Neighborhood Characteristics on the Relationship Between Discrimination and Increased Drug-Using Social Ties Among Illicit Drug Users. *J Community Health*. Vol. 38, 328-337.
- Csémy, L. (2004). Drogy v české společnosti. *Zpravodaj drogového informačního centra*. Vol. 42.
- Čermák, I., Hřebíčková, M., Macek, P. (2003). *Agrese, identita, osobnost*. Brno: Psychologický ústav AV ČR, sdružení SCAN.
- Čihák, R. (2004). *Anatomie 3*. Praha: Grada Publishing.
- De Leon, G. (2000). *The therapeutic community: theory, model and method*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
- Disney, E., Elkins, I., McGue, M., Iacono, W. (1999). Effects of ADHD, Conducts disorder, and gender on substance use and abuse in adolescence. *The American Journal of Psychiatry*. Vol. 156, No. 10, 1515-1521.
- Endler, N. (1997). Stress, anxiety, and coping: multidimensional interaction model. *Canadian psychology*. Vol. 38, No. 3, 136.
- Endler, N. Parker, J., Summerfeldt, L (1993). Coping with health problems: conceptual and metodological issues. *Canadian Journal of Behavioral Sciences*. Vol. 25, No. 3, 384-399.
- Fromm, E. (2007). *Anatomie lidské destruktivity*. Praha: Aurora.
- Galambos, C. (2009). Political tolerance, social work values, social work education. *Journal of social work education*. Vol. 45, No. 3., 343.
- Gorwood, P., Le Strat, Y., Ramoz, N., Dubertret, C., Moalic, J., Simonneau, M. (2012). Genetics of dopamine receptors and drug addiction. *Hum Genet*. Vol. 131, 803-822.

- Hájek, M., Havlík, M., Nekvapil, J. (2012). Narativní analýza v sociologickém výzkumu: přístupy a jednotící rámec. *Sociologický časopis*. Vol. 02, 199-223.
- Harsa, P., Kertészová, D., Macák, M., Voldřichová, I., Žukov, I. (2012). Současné projevy agrese. *Psychiatrická prax*. Vol. 13., No. 4., 151-154.
- Hartl, P., Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Hirschová, M. (2010). Nezdvořilost jako pragmalingvistický fenomén. *Linguistica Brunensia*. Vol. 58, No. 1-2, 273-287.
- Hoschschild, A. (1979). Emotion work, feeling rules, and social structure. *American Journal of Sociology*. Vol. 85, No. 3, 551-575.
- Janata, J. (1999). *Agrese tolerance a intolerance*. Praha: Grada Publishing
- Janata, J. (1999). *Agrese tolerance a intolerance*. Praha: Grada Publishing
- Kalina, K. a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup – 1. díl*. Úřad vlády České republiky.
- Kalina, K. a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup – 2. díl*. Úřad vlády České republiky.
- Kalina, K., a kol. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing
- Kreek, M. J., Nielsen, D., Butelman, E., LaForge, S. (2005). Genetic influences on impulsivity, risk taking, stress responsivity and vulnerability to drug abuse and addiction. *Nature neuroscience*. Vol. 8, 1450-1457.
- Kulas, H. (1996). Locus of control in adolescence: longitudinal study. *Adolescence*. Vol. 31, No. 123, 721-728.
- Lovaš, L. (2003). Normy, identita a agresívne správanie. In Čermák, I., Hřebíčková, M., Macek, P. (2003). *Agrese, identita, osobnost*. Brno: Psychologický ústav AV ČR, sdružení SCAN, 57-72.
- McLellan, T. (2009). Public accountability in addiction treatment. *The Lancet*. Vol. 374, 1220-1221.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- Mole, T., Irvine, M., Worbe, Y., Collins, P., Michell, S., Bolton, S., Harrison, N., Robbins, T., Voon, V. (2015). Impulsivity in disorders of food and drug misuse. *Psychological medicine*. Vol. 45, 771-782.

- Nešpor, K. (2007). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál.
- Novák, T. (2013). *Jednej asertivně! Asertivně na duševní hygienu*. Praha: Grada Publishing.
- Pajerek, J. (2007). Intoxikace opiáty. *Pediatric pro praxi*. Vol. 2, 110-111.
- Poněšický, J. (2010). *Agrese, násilí a psychologie moci*. Praha: Triton.
- Rotter, J. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*. Vol. 80, No.1, 1-28.
- Smolík, P. (1996). *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf
- Stark, H., Rothe, T., Wagner, T., Scheich H. Learning a new behavioral strategy in the shuttle-box increases prefrontal dopamine. *Neuroscience*. Vol. 126, 21-29.
- Sutherland, O., Breen, A., Lewis, S. (2013). Discursive narrative analysis: A study of autobiographical accounts of self-injury. *The Quantitative Report*. Vol. 95, 1-17.
- Šedý, O. Patologické hráčství. *Psychiatrie pro praxi*. Vol. 4, 161-164.
- Šucha, M., Charvát, M., Řehan, V. (2009). *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci
- Taylor, D., Louis, W. (1999). From passive acceptance to social disruption: towards an understanding of behavioral responses to discrimination. *Canadian Journal of Behavioral Science*. Vol. 31, No. 1., 19-28.
- Urban, L., Dubský, J., Bajura, J. (2012). *Sociální deviace*. Plzeň: Aleš Čeněk.
- Váchová, P., Racková, S., Janů, L. (2009). Neuromechanismy účinků návykových látek, systém odměn. *Česká a slovenská psychiatrie*. 105, No. 6-8, 263-268.
- Van Boekel, L., Brouwers, E., Van Weehgel, J., Garretsen, H. (2013). Public opinion on imposing restrictions to people with an alcohol- or drug addiction: a cross-sectional survey. *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. Vol. 48, 2007-2016.
- Výroční zpráva 2013 – Magdaléna, o.p.s. (2014). Broumov: Tiskárna Centrum Služeb Broumov.

- Výroční zpráva 2013 – Magdaléna, o.p.s. (2015). Broumov: Tiskárna Centrum Služeb Broumov. – *V TISKU*
- Wang, J., Volkow, N., Fowler, J., Cervany, P., Hitzemann, R., Pappas, N., Wong, Ch., Felder, Ch. (1998). Regional brain metabolit activation during carving elicited by recall of previous drug experiences. *Life sciences*. Vol. 64, No. 9, 775-784.
- Winger, G., Woods, J., Galuska, Ch., Wade-Galuska, T. (2005). Behavioral perspectives on the neuroscience of drug addiction. *Journal of the experimental analysis of behavior*. Vol. 84, No. 3, 667-381.
- Zaťková, V., Ritomský, A. (2012). Sme poverčiví? *Socialné a politické analýzy*. Vol. 6, No. 1, 48-89.
- Zehentbauer, J. (2005). *Drogy lidského těla bez vedlejších účinků*. Praha: Portál.
- Zimmerman, M. (2010). *Examination of locus of control, health locus of control and their key predictors in urban vs. rural populations*. The Univerzity of Memphis.

E-zdroje

- *Centrum adiktologických služeb ADVAITA – dolečovací program* (březen, 2015). Získáno z: <http://advaitaliberec.cz/programy/centrum-ambulantnich-sluzeb/dolecovaci-program/>
- Hartney, E. (prosinec, 2014). *DSM 5 Criteria for Substance Use Disorder*. Získáno z: <http://addictions.about.com/od/aboutaddiction/a/Dsm-5-Criteria-For-Substance-Use-Disorders.htm>
- <http://www.magdalena-ops.eu/>
- Katecholaminy (únor, 2015). Získáno z: <http://www.wikiskripta.eu/index.php/Katecholaminy>
- *Metoda léčby v terapeutické komunitě* (březen, 2015). Získáno z: <http://www.magdalena-ops.eu/index.php/jak-l%C3%A9%C4%8Dba-v-tk-funguje.html>

- Nevoralová, M. (srpen, 2011). *Co je prevence*. Získáno z:
<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/377/3071/Co-je-prevence>
- *Principles of Harm Reduciton* (březen, 2015). Získáno z:
<http://harmreduction.org/about-us/principles-of-harm-reduction/>

Abstrakt diplomové práce

Název práce: Behaviorální strategie klientů CAS Příbram při kontaktu s veřejnými službami

Autor práce: Martin Kalous

Vedoucí práce: PhDr. Veronika Anna Polišenská, PhD., MSc.

Počet stran a znaků: 66 stran, 116 178 znaků

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 58

Tato práce se zabývá problematikou kontaktu aktuálních uživatelů návykových látek s veřejnými službami a tím, jaké strategie chování volí při tomto kontaktu. Většinová společnost může mít vliv na rizikové chování uživatelů, respektive na změnu jejich životního stylu, právě svými projevy vůči nim. Výzkum využívá narativního přístupu a těží tak z vyprávění na výše zmíněné téma, což je pro uživatele návykových látek patrně nejsnazší formou, jak aktivně předat informace výzkumníkovi. Výsledky jsou podávány kazuistickou formou, neboť se výzkumu účastnilo pouze 5 probandů. Ti nejprve vyplňovali dotazník a poté, s časovou odmlkou několika dní, s nimi byl proveden rozhovor. Zadáání tohoto výzkumu bylo domluvené s vedoucí CAS Příbram, kdy právě kontakt s veřejnými službami je tématem, které by jim mohlo pomoci při následné práci s klienty nejvíce.

Klíčová slova: závislost, narativní analýza, adiktologické služby, behaviorální strategie

Abstract of Thesis

Title: Behavioral strategies of clients of CAS Příbram at contact with public services

Author: Martin Kalous

Supervisor: PhDr. Veronika Anna Polišenská, PhD., MSc.

Number of pages and characters: 66 pages, 116 178 characters

Number of appendices: 4

Number of references: 58

Abstract:

This thesis deals with contact of active users of illicit drugs with public services and also with behavioral strategies which the users choose during this contact. The society can have an impact on risky drug related behavior or on the lifestyle changes of drug users by manifestation of their own behavior. This research uses narrative analysis and exploits the stories of users about the above mentioned topic. This type of research represents the easiest mean of actively providing information to a researcher. The findings are submitted as casuistries, because only 5 probands participated in this research. The participants were at first asked to fill in a questionnaire and then, after a few days, they were being interviewed. The topic was chosen by superintendent of CAS Příbram, because the results of the research on contact with public services can eventually be most helpful in work with their clients.

Key words: addiction, narrative analysis, addictological services, behavioral strategies

Seznam příloh

- Příloha 1.:Zadání diplomové práce
- Příloha 2.: Průvodní dopis pro účastníky výzkumu
- Příloha 3.: Dotazník pro účastníky
- Příloha 4.: Přepisy rozhovorů s účastníky

Příloha 1.: Zadání diplomové práce

Univerzita Palackého v Olomouci

Studijní program: Psychologie

Filozofická fakulta

Forma: Prezenční

Akademický rok: 2013/2014

Obor/komb.: Psychologie (PS)

Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:

ADRESA:

OSOBNÍ ČÍSLO:

KALOUS Martin

Petra Bezručů 170,
Příbram

F100016

TÉMA ČESKY:

Behaviorální strategie klientů CAS Příbram při kontaktu s veřejnými službami

NÁZEV ANGLICKY:

Behavioral strategies of clients of CAS Příbram at contact with public services

VEDOUCÍ PRÁCE:

PhDr. Veronika A. Polišenská, M.Sc., Ph.D. - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

Teoretická část

- a) Závislost a návykové látky
- b) O toleranci a normách
- c) Behaviorální strategie
- d) Adiktologické služby

Praktická část

Výzkumné otázky

Jaké behaviorální strategie využívají klienti CAS Příbram při kontaktu s veřejnými službami? Které z těchto strategií jsou funkční a vedou k žádoucímu cíli kontaktu?

Které z těchto strategií nejsou funkční a způsobují, nebo prohlubují konflikt?

Zkoumaná populace: Klienti CAS Příbram

Metody:

Narativní interview, pozorování

Vyhodnocení dat:

kvalitativní analýza

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

Smolík, P. (1996). Duševní a behaviorální poruchy. Praha: Maxdorf

Nešpor, K. (2007). Návykové chování a závislost. Praha: Portál.

Janata, J. (1999). Agrese tolerance a intolerance. Praha: Grada Publishing

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

Kalina, K. a kol. (2003). Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1. díl. Úřad vlády České republiky. Kalina, K. a kol. (2003). Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2. díl. Úřad vlády České republiky.

Gorwood, P., Le Strat, Y., Ramoz, N., Dubertret, C., Moalic, J., Simonneau, M. (2012). Genetics of dopamine receptors and drug addiction. Hum Genet. Vol. 131, 803-822.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013. Urban, L., Dubský, J., Bajura, J. (2012). Sociální deviace. Plzeň: Aleš Čeněk.

Hájek, M., Havlík, M., Nekvapil, J. (2012). Narativní analýza v sociologickém výzkumu: přístupy a jednotící rámeček. Sociologický časopis. Vol. 02, 199-223.

Podpis studenta: **Datum:**

Podpis vedoucího práce: **Datum:**

Příloha 2.: Průvodní dopis pro účastníky výzkumu

Vážený, pane/Vážená, paní,

rád bych Vás oslovil s prosbou o účast v mém výzkumu k diplomové práci, která je zároveň prací, jež může pomoci pracovníkům kontaktního centra v jejich snaze zkvalitnit život lidem v podobné životní situaci jako je ta Vaše, anebo dokonce přímo Vám. Musím Vás však upozornit, že ve výzkumu se Vás budu ptát na otázky z Vašeho osobního života, nicméně Vás také můžu ubezpečit, že, podobně jako zde v CAS Magdaléna, budete veden/a anonymně a výsledky budou použity výhradně pro diplomovou práci a výstupy s ní spojené.

Výzkum je zaměřen na prozkoumání Vašich zkušeností, když jste přišel/la do kontaktu s pracovníky různých služeb (úřady, doktoři, obchody a jiné – NE však služby zaměřené přímo na práci s lidmi se závislostí, jako je např. CAS Magdaléna). Cílem Vaší a mé společné snahy bude lepší porozumění konkrétním problematickým jevům a jejich motivům. Naše spolupráce bude probíhat ve 2 částech. Nejprve bude potřeba Vaší samostatné práce, kdy napíšete příběh z Vaší osobní zkušenosti, a ve druhé části se setkáme osobně a já se budu doptávat, abych přesně porozuměl Vašemu příběhu. Je také nutné sdělit, že já, ani nikdo jiný, Vás v rámci tohoto výzkumu nehodnotí, nejsou správné ani špatné odpovědi, protože pouze Vy jste expertem na vlastní život a ten mě zajímá. Na závěr musím podotknout, že však nejsem zproštěn oznamovací povinnosti, tudíž při psaní příběhu na to berte ohled.

Tento list slouží zároveň jako informovaný souhlas s Vaší účastí ve výzkumu, tedy až se setkáme osobně, budete se na jakékoli nejasnosti moci doptat.

Děkuji za Vaši pomoc,

Martin Kalous

Univerzita Palackého – Filozofická Fakulta – Katedra psychologie



Příloha 3.: Dotazník pro účastníky

Pokuste se odpovědět na následující otázky co nejdětailněji. U některých otázek Vás nejspíše bude napadat, že mají více možných odpovědí. Můžete vybrat jednu, anebo jich popsat více.

V otázkách budu používat slovo „služba“ pro označení veřejných prací, které přichází do přímého kontaktu s veřejností – úřady, obchody, lékaři a další. – NE však pracovníci služeb, zaměřených na práci se závislými

1) Jak vypadá Váš obvyklý den?

2) Jaké služby využíváte? (úřady, obchody, lékaři a další)

3) Myslíte, že využíváte stejné služby (a stejně často) jako ostatní lidé se závislostí?
(úřady, obchody, lékaři a další)

4) Myslíte, že využíváte stejné služby (a stejně často) jako ostatní lidé bez závislosti?
(úřady, obchody, lékaři a další)

5) Popište jakýkoliv Váš kontakt (nebo i více) v rámci využívání služeb, na který si vzpomenete a dokážete ho popsat (o jakou službu se jednalo; důvod, proč jste tam šel/šla; způsob jednání z Vaší i druhé strany apod.). (úřady, obchody, lékaři a další)



- 6) **Jak se obvykle cítíte, pokud víte, že máte přijít do kontaktu se službou (to znamená před kontaktem)? Máte z nějaké služby strach/stres? A jak se s ním potom vyrovnáváte? (úřady, obchody, lékaři a další)**
- 7) **Stalo se Vám někdy, že jste čekal až do poslední chvíle, než jste vyhledal určitou službu? (úřady, obchody, lékaři a další)**
- 8) **Jak se obvykle cítíte při probíhajícím kontaktu se službou (to znamená přímo při kontaktu)? (úřady, obchody, lékaři a další)**
- 9) **Jak vnímáte pracovníky služeb? (úřady, obchody, lékaři a další)**



10) Jak si myslíte, že Vás vnímají pracovníci služeb? (úřady, obchody, lékaři a další)

11) Aplikujete si drogu před kontaktem se službami? (úřady, obchody, lékaři a další)

12) Je nějaký zásadní rozdíl mezi chováním pracovníků služeb a CAS Magdaléna Příbram? Pokud ano, jaký?

Příloha 4.: Přepisy rozhovorů s účastníky

Přepisy rozhovorů jsou k nahlédnutí na přiloženém CD.