

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie

ID studijního oboru: B405639 kombinovaná forma



Miloslava Černotová DiS.

Analýza mýtů o adiktologických službách – případová studie

Analysis of stories about addictology servis – case study

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Petr Matoušek

Praha, 2016

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla všechny a citovala všechny využití prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze

Miloslava Černotová

Podpis

Identifikační údaje:

ČERNOTOVÁ, Miloslava. *Analýza mýtů o adiktologických službách – případová studie (Analysis of stories about addictology servis – case study)* Praha, 2016, 45 stran. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze 1. lékařská fakulta, Studijní program: Specializace ve zdravotnictví, Studijní obor: Adiktologie/ Ústav 1. LF UK 2016. Vedoucí závěrečné práce Mgr. Petr Matoušek.

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucímu své bakalářské práce Mgr. Petrovi Matouškovi za odborné vedení, za jeho podporu, pomoc a cenné připomínky.

Dále všem osobám, které se účastnily mého výzkumu.

Mé velké poděkování patří i rodině a přátelům, za jejich podporu a pomoc po celého mého studia.

Abstrakt

Mýty přijímáme během celého života. Mýty o drogách, závislých lidí na návykových látkách a samotné léčbě závislosti jsou velmi časté a rozšířené, mnozí z nás mají tendenci informacím, které se k nim donesly slepě věřit.

Teoretická část vysvětluje vznik a význam mýtu v historii a současnosti, zabývá se pojmem stigma a závislosti jako nemoci. Hlavní výzkum popisuje vznik mýtu o adiktologických službách a jak tyto mýty ovlivňují postoj závislého člověka k těmto službám.

Klíčová slova: Mýtus, stigma, drogová závislost, adiktologické služby

Abstract

Myths we accept throughout life. Myths about drugs, addicted people to addictive substances and about treatment are very common and widespread. Many of us tend to believe these informations.

The theoretical section explains the beginning and meaning of this myth in history and present, it deals with the concept of stigma and addiction as a disease. The main research describes the beginning of the myth about addictology services and how these myth affect the attitude of the addicted person to these services.

Key words: myth, stigma, drug, addiction, addictology services

Osnova:

1. Úvod.....	1
2. Teoretická část.....	2
2.1. Charakteristika mýtu.....	2
2.1.1. Historie mýtu.....	2
2.1.2. Mýtus dnes podle Rolanda Barthes.....	4
2.1.3. Mýtus v adiktologii	5
2.2. Stigma.....	9
2.3. Drogová závislost jako nemoc.....	10
3. Praktická část.....	12
3.1. Metoda výzkumu.....	12
3.2. Cíl výzkumu.....	12
3.3. Materiál a metodika výzkumu.....	12
3.4. Výzkumný soubor.....	12
3.5. Metoda získaných dat.....	13
3.6. Metoda zpracovaných dat.....	13
3.7. Příběhy.....	14
3.7.1. Jana.....	14
3.7.2. Helena.....	16
3.7.3. Věra.....	18
3.7.4. Iveta.....	20
3.8. Stanovení mýtů.....	22
3.9. Zpracování dat.....	22
3.9.1. Nabízenou službu nepotřebuji.....	22
3.9.2. Psycholog mi nepomůže.....	23
3.9.3. Podstoupit léčbu znamená mít nálepku navždy alkoholik\feták.....	24
3.9.4. V léčbě se naučím pít/užívat pervitin kontrolovaně.....	27

3.9.5. Léčba se nedá zvládnout.....	29
3.9.6. Ponižování patří k léčbě.....	31
4. Závěr.....	34
5. Seznam zdrojů.....	37

1. ÚVOD

Psychiatrická onemocnění bývají opředena řadou mýtu, které mohou znesnadnit léčbu nemocného a znejistit jeho okolí. Výjimkou není ani závislost na drogách či alkoholu. V široké veřejnosti závislost není vnímána jako nemoc. Spíše je vnímána jako za slabost, za kterou si člověk může sám a může ji překonat vůlí. Něco co by mělo zůstat za zavřenými dveřmi, veřejnost sice souhlasí s vytváření služeb pro drogově závislé, ale odmítají je zřizovat ve svém okolí. Z vlastní zkušenosti vím, že někteří lékaři mimo obor psychiatrie mají problém ošetřit závislého člověka, bezprostředně po akutním ošetření je směřují zpět na psychiatrii. V české společnosti je poměrně silná tendence drogově závislé odsoudit a stigmatizovat. Toto celospolečenské odsouzení a nálepka „fetáka“ vede, ale narkomany spíše ke ztotožnění se s drogovou subkulturou a zařazení se do ní už proto, že jinde je člověk na drogách odmítán a je nepřijatelný. A pokud se jedná o závislost u žen, je postoj veřejnosti mnohem kritičtější než k mužům. Tento postoj veřejnosti vede k tomu, že problémy s užíváním návykových látek si často nepřipouští ženy samy a pomoc a zahájení léčby oddalují (Kalina. 2015. str. 560). Jelikož pracuji v pozici zdravotní sestry na detoxifikačním oddělení, toto téma mne oslovilo a pokusím se analyzovat v případových studiích mýty, které ovlivnily ženy závislé na drogách vyhledat včasnou pomoc.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí: teoretické a praktické. Teoretická část začíná obecnou charakteristikou mýtu, stigma a závislosti jako nemoci. V praktické části se věnuji stanovení mýtů o adiktologických službách u vybraných případových studií. Cílem mé práce je analyzovat mýty u konkrétních případů žen, které si prošly drogovou závislostí a její léčbou.

2. Teoretická část

Mýtus neboli báje jsou vlastně po generace ústní tradiční převyprávěné příběhy, které vysvětlují aktuální svět. V minulosti pomoci mýtu a bájí si lidé vysvětlovali stvoření světa, kde často vystupovali bohové, víly a mnoho jiných stvoření. V dnešní době se výraz mýtus používá pro nepravdu, fámu, pověru, kterou není často snadné vysvětlit, vyvrátit.

2.1. Charakteristika mýtu

Pojem mýtus pochází z řečtiny a znamená „slovo“ nebo „řeč“. Mýtus je obtížně uchopitelné téma a je těžké jej definovat. Mýtus v běžné společnosti zastupuje určitou rozšířenost, ale nepravdivou představu (Budil, 1995). Někteří vědci se na mýty dívají jako na pohádky či pověry, které pro lidstvo nemají velký přínos, jiní v nich vidí naopak jeden z nehlubších výkonů lidského ducha, reprezentují hluboké kosmické vnitřní nazírání (Kramer, 1977, s. 25).

Mýty jsou posvátná vyprávění, která chtějí předvést a zachytit záhadu světa a života v něm, původ věcí, vztahy mezi nimi, vztah člověka ke světu, jeho osudovou určenost. Mýtus je náhled do hloubi světa. Mýtus je projev určitého porozumění sobě a světu, které je intuitivní, celkové. Nerozebírá a neporovnává, nýbrž vžívá se a chápe vcelku na základě blízkosti a podobnosti. Je symbolické, tj. nesdělují pomocí pojmů, nýbrž pomocí obrazů, typických situací a zejména postav, osob. Z našeho hlediska je poněkud snové: neplatí v něm žádné racionální principy, identita, příčinnost, vyloučení třetího ad. Říká, co říká, a nepřipouští žádné otázky, natož pochybnosti nebo kritéria. Zato nabízí pocit jistoty a bezpečí. Je nesmírně působivý, umělecky vyzrálý dlouhým používáním a vyprávěním, takže má blízko tomu, co později C. G. Jung nazve archetypy. Je významně kolektivní: mýtus nemůže být vlastnictvím jednotlivce, nýbrž vždycky váže a spojuje celý kmen bez výjimky (Sokol, 1998).

2.1.1. Historie mýtu

Co jsou mýty? Jak vznikly? A proč vůbec? Mají pro nás nějaký význam? Máme k nim vztah nebo jsme ho již ztratily?

Dějiny mýtu jsou vlastně historií lidstva. Jsou záznamem jeho nadějí a usilování, jeho pátrání po řadu věcí. Mýty pomáhají porozumět vesmíru a našemu místu v něm. Mýty a jejich trvalé proměny nám pomáhají pochopit ty, kdo tyto příběhy vyprávěli a vytvářeli je (Armstrongová, 2006, s. 4).

Člověk vždy vytvářel mýty. Již neandrtálci ukládali do hrobu svých zesnulých zbraně, nástroje a obětní zvířata. To nasvědčuje, že tehdy věřily v nějaký budoucí svět, představovali si, že viditelný, hmotný svět není jedinou skutečností.

Neandrtálci si možná vyprávěli příběhy o životě, který si užívá jejich mrtvý duch. Neandrtálské hroby nám o mýtu říkají pět důležitých věcí.

Za první, mýtus je skoro vždy zakotven ve zkušenosti smrti a strachu ze zániku.

Za druhé, zvířecí kosti nasvědčují, že pohřeb byl spojen s obětí. Mytologie bývá neoddělitelná od rituálu.

Za třetí, neandrtálský mýtus se nějak připomínal u hrobu, při hranici lidského života. Největší mýty se týkají krajnosti, nutí nás jít za hranice zkušenosti. Mýtus pojednává o neznámém. Jde o okamžiky, kdy se musíme vydat na místo, které jsme nikdy neviděli. A dělat něco, co jsme nikdy nedělali.

Za čtvrté, mýtus není příběh vyprávěný jen tak. Ukazuje nám, jak bychom se měli chovat. Kosty v neandrtálských hrobech někdy zaujímaly pozici lidského plodu, jako by očekávaly znovu zrození. Mytologie nás staví do správné duchovní či duševní pozice pro řádné jednání, ať v tomto světě, nebo v tom příštím (Armstrongová, 2006, str. 5 - 8).

V poslední řadě veškerá mytologie hovoří o jiné rovině, která existuje vedle našeho světa a která jej v jistém smyslu podpírá. Víra v neviditelno, ale plnější skutečnost, někdy nazývanou svět bohů, je základním tématem mýtu. Mýty daly přesnou podobu a tvar skutečnosti, kterou lidé vnímali intuitivně. Sdělovaly jim, jak se chovají bohové nikoli proto, aby ukojily jejich zvědavost nebo je pobavily, ale aby lidé mohli bohy napodobovat a sami božství prožívat (Armstrongová, 2006 s. 8).

Mytologie vznikla proto, aby nám pomohla vyrovnat se s mezními lidskými situacemi. Lidé chtějí vědět, odkud pocházejí, nejranější počátky jsou však ztraceny v mlžné prehistorii. A tak si vytvořili mýty o předcích, které nejsou historické, ale objasňují současné postoje k okolí a zvykům. Také chtějí vědět, kam jdou, a proto si vytvořili příběhy o posmrtném životě, ačkoli jen málo mýtu předpovídá lidskou nesmrtelnost. Rovněž si chtějí vysvětlit mimořádné chvíle, kdy se přenesli přes své všední starosti. Věčná filozofie vyjadřuje náš vnitřní pocit, že člověk i hmotný svět jsou víc než to, co vidí lidské oko.

Mytologie není raným pokusem o historii a netvrdí, že její příběhy předkládají objektivní fakta. Jako je román, opera nebo balet, i mýtus je fikce. Jde o hru, která přetváří náš útržkový, tragický svět a pomáhá nám zahlédnout nové možnosti pomocí otázky „co kdyby“? Otázky, která také podnítila některé z největších objevů ve filozofii, vědě a technice (Armstrongová, 2006, s. 13 -14).

Dospělý člověk si ale stále rád hraje s různými možnostmi a stejně jako dítě si dál vytváří imaginární světy. V umění, osvobozeném od zábran rozumu a logiky, vymýšlí a spojuje nové formy, které obohacují jeho život a věří, že říkají cosi podstatného a hluboce „pravdivého“. Také v mytologii si utvoří hypotézu, ožíví ji v obřadech, jedná podle ní, zvažuje její důsledky pro život. Mýtus je tedy pravdivý,

protože působí – ne protože by poskytoval praktické informace. Pokud ovšem nedává, nově nahlédnout na hlubší smysl života, zklamal. Mytologie ho promění jedině tehdy, pokud sleduje její pokyny. Pokud „funguje“, to je, že ho nutí měnit city a smýšlení, dodává novou naději a vede ho k plnějšímu životu, je to živý mýtus. Jestliže ji neaplikuje na svou vlastní situaci a nestane se skutečností v jeho vlastním životě, zůstane nepochopitelná a vzdálená jako pravidla stolní hry, která mohou působit zmateně a nudně, dokud nezačneme hrát (Armstrongová, 2006, s. 15).

Moderní odcizení se od mýtu je něco nebývalého. V premoderním světě byla mytologie nepostradatelná. Nejenže člověku pomáhala, aby mu život dával smysl, ale také odhalovala oblasti lidského ducha, jež by jinak zůstaly nepřístupné. Představovala ranou formu psychologie. Příběhy o bozích a hrdinech sestupujících do podsvětí, bloudící labyrintem a bojujících s příšerami, osvětlovaly záhadné duševní pochody a ukazovaly, jak se má člověk vyrovnat s vnitřními krizemi. Když Freud a Jung započali moderní pátrání po duši, instinktivně své náhledy vysvětlovali na základě klasické mytologie a dali starým mýtům nový výklad (Armstrongová, 2006, s. 18).

Nikdy neexistuje jedna jediná, ortodoxní verze mýtu. Jak se mění životní podmínky, potřebujeme příběhy vykládat jinak. Aby vyšla najevo jejich nadčasová pravda.

2.1.2. Mýtus dnes podle Rolanda Barthesa.

Čím je mýtus dnes, popisuje ve své knize „Mytologie“ francouzský literární teoretik, filozof, lingvista, kritik a semiotik Roland Barthes.

Mýtus je určitá promluva. Přirozeně nejde o ledajakou promluvu: aby se řeč stala mýtem, musí splňovat specifické podmínky. Je třeba si uvědomit, že mýtus je systém komunikace, že je určité sdělení. Mýtus nemůže být nějakým předmětem, pojmem či ideou. Je to jistý modus signifikace, určitá forma. Mýtus podléhá pravomoci diskursu. Nedefinuje se předmětem svého sdělení, ale způsobem sdělení. Každý předmět na světě může přejít z uzavřené, němé existence do orálního stavu, otevřeného připojení ze strany společnosti (Barthes, 2004, s. 107).

Může být i tvořena písmenem či zobrazením (psaný text, fotografie, film, sport, divadlo, reklama), to vše může posloužit jako základ pro mytickou promluvu. Mýtus spadá do oblasti obecné vědy, přesahující lingvistiku. Věda zabývající se mýtem je sémiologie (Barthes, 2004, s. 108).

„Mýtus jako sémiologický systém: Mytologie jako studium určitého typu promluvy je ve skutečnosti pouze zlomek oné široké vědy o znacích, pro kterou Saussure zhruba před čtyřiceti lety navrhl název sémiologie“ (Barthes, 2004, s. 109). Sémiologie je vědou o formách, studuje signifikace nezávisle na obsahu.

Sémiologie postuluje určitý vztah mezi dvěma členy: označujícím a označovaným. Je třeba si uvědomit, že na rozdíl běžné řeči, jež jednoduše říká, že označující vyjadřuje označované, v sémiologickém systému se zabývá nikoli dvěma, ale se třemi členy. Neboť rozhodně není jeden člen následující za druhým, ale korelace, jež je spojuje: je zde označující, označované a znak, který sdružuje oba první členy. Označující může znamenat v mýtu buď, výsledný člen jazykového systému, nebo výchozí člen systému mytického. Na rovině jazyka je označován smyslem. Na rovině mýtu je označován jako forma. Pro označovaný se používá výraz koncept. Třetí člen je označován signifikací (Barthes, 2004, s. 113).

Forma a koncept - Označující jako smysl postuluje určitou četbu, tvoří součást nějakého příběhu, je zde již vybudována určitá signifikace, která by si mohla vystačit sama o sobě, kdyby se jí mýtus nezmocnil a neučinil prázdnou formu. Když se smysl stane formou, odsouvá svou nahodilost, příběh se vytrácí, zůstává jen litera. Koncept je pohnutkou, díky níž je mýtus vyřknut. Koncept ustavuje řetězec příčin a následků, pohnutek a intencí (Barthes, 2004, s. 115).

2.1.3. Mýtus v adiktologii.

„Adiktologie je multidisciplinární vědní obor, který se zaměřuje na prevenci, léčbu a výzkum užívání návykových látek a jiných forem závislostního chování. Neomezuje se jen na tradiční oblasti zneužívání alkoholu a nezákonných drog, ale zahrnuje i tabák a nelátkové závislosti, například gambling nebo internetové závislostní poruchy“ (Kalina, 2015, s. 27).

Významnou osobností v dějinách české adiktologie byl Jaroslav Skála, psychiatr, který se jako první u nás věnoval problému alkoholismu. Založil svépomocný klub pro pacienty na odvykací léčbě. Byl jedním z propagátorů psychoterapie a komunitní terapie. V roce 1951 byla u nás jeho zásluhou zřízena první protialkoholová záchytná stanice na světě. S postupem času se adiktologie kromě problematiky alkoholu čím dál více soustředila na nelegální návykové látky. V České republice se problémy ve velkém objevily až po roce 1989 po otevření hranic. Nějakou dobu trvalo, než se drogová kariéra lidí původně experimentujících s drogami „rozjela“ a než bylo nutné tento problém řešit (Radimecký, 2007).

V průběhu desítek let jak v oboru adiktologie tak i v jiných vědeckých oborech a u laické veřejnosti vznikla řada mýtu, některé pocházejí od uživatelů drog nebo jejich rodin. Mnohé často působí problémy všem, jichž se užívání návykových látek nějakým způsobem dotýká. Tedy nejenom uživatelům návykových látek a jejich nejbližším, ale i oborníkům, kteří se snaží možným problémům spojeným s jejich užíváním předcházet nebo je řešit, ale i nám ostatním tím, že nám někdo – byť v dobré víře, ale často úmyslně – neříká pravdu. Příkladem jsou často děti uživatelů, kdy rodič problém se závislosti skrývá za jiné zdravotní obtíže.

Mýty a stereotypy jsou produktem nevědomé nebo záměrné manipulace veřejnosti s cílem, aby přijala hlášené názory a na jejich základě podporovala přijetí zdánlivě, i když prokazatelně neúčinných „ideologických“ spíše než výzkumem podložených kroků.

K těm nejznámějším omylům ve vztahu k užívání návykových látek patří zejména dva:

1. tzv. „válka proti drogám“, jež prokazatelně produkuje více škod jednotlivcům i společnosti než jakýkoliv jiný přístup.
2. akce typu „sportem proti drogám“, které pod líbivým sloganem tahají z veřejných sponzorů peníze na bohubilé aktivity, jež však s prevencí užívání drog mají jen málo společného. Řada drogově závislých v dětství aktivně sportovala, někteří dokonce vrcholově. Sport by byl pravděpodobně nedílnou součástí života lidí i v případě, kdybychom o užívání drog a problémech s ním spojených nic netušili a neměli tudíž ani potřebu pokusit se mu předcházet.

Mýty o „drogách“ jsou velmi časté a rozšířené, mnozí mají tendenci informacím, které se jim donesly, slepě věřit. Bohužel často získáváme obrázek o problematice týkající se drog z médií. Reportáže a články jimi prezentované jsou většinou zkreslené a přizpůsobeny myšlení většinové společnosti.

K nejčastějším mýtům patří ten o závislosti jako o nevyléčitelné chronické nemoci, který komplikuje život uživatelům drog, tak i jejich rodinám a odborníkům, kteří se jim snaží pomoci. To vede k mylnému přesvědčení, že financování programů léčby uživatelů drog je vyhazováním peněz. Mýtus o nevyléčitelnosti závislosti hlášený dokonce i některými představiteli lékařské obce, využívá část uživatelů drog někdy i jako výmluvu, proč se nesnaží svoji situaci změnit.

Ale zkušenosti dokazují, že závislosti se lze zbavit, jen to nelze bez aktivního zapojení uživatele drog. Nemusí se pak celý život v souladu se zavedeným stereotypem sebestyčsky degradovat na méněcenného člověka – „jednou feťak/alkoholik = navždy feťak/alkoholik“ (Radimecký, 2007).

Další mýtus o závislosti vznikl na základě představy společnosti, že závislý je pouze ten, kdo si drogy obstarává nelegálně, pohybuje se na kraji společnosti a „píchá si tvrdé drogy“. Skutečnost je ale poněkud jiná. Návykové látky jsou zneužívány lidmi všech společenských vrstev a soudit jen podle vzhledu může být zavádějící. Závislým na návykových látkách se může snadno stát i člověk, kterému jsou předepisovány lékařem nebo jsou volně prodejné v lékárnách. Obecně jde o závislost na lécích ze skupiny analgetik, hypnotik, sedativ a anxiolytik. Pacient mnohdy ani sám neví, že je na těchto látkách závislý, nepokládá jejich užívání za problém, když mu je píšou lékaři, dost často samotní psychiatři.

Běžná populace i somatičtí lékaři tento problém, díky postoji k lékům ve společnosti, nepovažují za vážný a určitě ne za problém spojený s morálním selháním nebo s výraznou odlišností od jiných (Hartl, 2010).

V české společnosti je poměrně silná tendence drogově závislé odsoudit a stigmatizovat. Toto společenské odsouzení a nálepka „feťáka“ vede drogově závislého spíše ke ztotožnění se s drogovou subkulturou a zařazení se do ní už proto, že jinde je odmítán a je nepřijatelný. Ztrácí tím motivaci ke změně svého životního stylu. A do léčby nastupuje v těžkém stupni závislosti, kdy má výrazné zdravotní, sociální problémy a nejsou výjimkou ani problémy se zákony.

Mýty o léčebnách a komunitách u většiny zájemců ovlivňuje v rozhodnutí, kterou léčebnu si osloví a zda využije jejich službu. Původcem těchto mýtů jsou přenášené informace od klientů, kteří již absolvovali úspěšně či neúspěšně léčbu v některém zařízení tohoto typu nebo od rodiny závislého jedince, ale i členové jiných vědeckých oborů. Své zkušenosti prezentují na internetových stránkách, či při opakovaných pobytech na detoxech. Šíří je v komunitách závislých, často záměrně, aby odradili ostatní od vstupu do léčby. Zastírají tím svůj neúspěch či neschopnost setrvat a dokončit ústavní léčbu. Často se setkávám s odmítáním léčby v PN Bohnice, kolují o ní mýty typu: nemůže se tam kouřit, nedostanu substituci při odvykání, seberou mi řidičák, sestry se chovají povýšeně a libují si v ponižování.

Mýtus o zákazu kouření – Na detoxu u pacientů s trvalým dohledem je kouření zcela zakázáno, ale je možné používat Nicoretové žvýkačky nebo náplasti. Na režimovém oddělení je kouření dovoleno na určených místech a v určitý čas (plbohnice, 2016).

Mýtus o odebrání řidičského průkazu se týká nejen PN Bohnice, ale většiny nemocnic zabývajících se léčbou závislosti na drogách – *zde podle novely §89a zákona č. 361/200 Sb. o provozu na pozemních komunikacích a vyhlášky č. 277/2004 silniční zákon, v platném znění, má lékař, který zjistí, že aktuální zdravotní stav pacienta může omezovat či vylučovat způsobilost řídit motorové vozidlo, oznamovací povinnost vůči příslušnému obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností, tedy tomu, který řidičské oprávnění vydal* (Bezplatná právní poradna, 2015). Jelikož lékař není povinen tuto skutečnost zjišťovat, zapisuje informace ohledně vlastnictví řidičského průkazu dle sdělení pacienta. *„Pokud je lékaři známo, že pacient je držitelem řidičského oprávnění, sděluje úřadu pouze skutečnost, že zdravotní stav pacienta vylučuje nebo omezuje jeho schopnost řídit motorové vozidlo“* (Bezplatná právní poradna, 2015).

V PN Kosmonosy, pokud se pacient informuje o nástupu na léčbu, je mu doporučeno vzít si sebou k nástupu pouze občanský průkaz a průkaz pojištěnce a ostatní dokumenty, dle vlastního uvážení, ať si ponechá doma.

Mýtus: zdravotníci se chovají povýšeně a libují si v ponižování – tento mýtus většinou vznikl na základě vyprávění mezi lidmi, které již podstoupil pobyt v PN Bohnice. Dalším zdrojem jsou internetové stránky zaměřené na léčbu závislosti na drogách. Např.: *„Prakticky lze říci, že se mne nejvstřícněji ujali v Bohnicích, tedy nabídli mne možnost Detoxu a následné péče po dobu tří měsíců. Ovšem dost jsem toho za dnešních téměř šest hodin načetl, především musím napsat, že jsem velmi znejistěl. Především o Bohnickém detoxu a léčbě. Nechci úplně panikařit, protože jsem rozhodnut nastoupit, ale přeci se mnou jímá pocit, že to může být rizikové. Pokud pominu informace o tom, jak se tam k jedné dámě chovali, tedy dle toho, co zde psala, pak je pro mne zarážející fakt, že by mi měly odebrat řidičský průkaz, pokud člověk léčbu nedokončí s tím, že se s ním „táhne“ jakýsi posudek“*(Alkoholik, 2016).

„Slyšela jsem, že zde byly případy, kdy pan primář vyhrožoval zbavením svéprávnosti a byl obratem schopen získat předběžné opatření od soudu. Já toho svědkem nebyla, čeho jsem byla, bylo chování personálu, zvláště pak středního a nižšího, k pacientům“ (Alkoholik, 2019).

Jednání a chování zdravotníků v této léčebně nemohu osobně zhodnotit, ale některé odpovědi lze částečně získat v závěrečné zprávě z projektu Kvalita očima pacientů v otázce respektu, ohledu a úcty zdravotníků pacientovi jsou nejvíce spokojeni pacienti psychiatrické léčebny Štemberk, nejméně spokojeni pacienti PL v Bohnicích. S komunikací a s informacemi jsou nejvíce spokojeni pacienti psychiatrické léčebny Červený Dvůr, nejméně jsou spokojeni opět pacienti PL v Bohnicích (Raiter, 2010).

Mýtus nepodání substituce při vysazování opiátů. Na oddělení detoxu v PN Kosmonosy kde pracuji, se velmi často objednávají uživatelé opiátů z důvodů postupného vysazování opiátů pomocí substituce. Pokud zde není volné místo, odkazujeme je na jiný detox, mimo jiné i na detox v PL Bohnice, většinou odmítají, jelikož z různých zdrojů získali informaci o nepodávání substituce k zmírnění obtíží při vysazení opiátů. Při vzdělávací akci Hlavalam v PN Kosmonosy mne tuto informaci nepotvrdily, ale vyvrátily zdravotní sestry, které pracují v PL Bohnice na oddělení detoxu. Substituci při odvykání od opiátů podávají, dávky jsou posuzovány individuálně. Podávání substitučních preparátů při léčbě závislosti je důvodem vzniku mýtu: v léčebnách je povoleno fetovat zadarmo.

Přesvědčení o bezplatném pobytu v terapeutické komunitě pro drogově závislé je vlastní mnoha lidem. Nepřístupnost do prostor komunit pro veřejnost a také nedostatečná informovanost bývá příčinou vzniku všech tohoto mýtu.

Klienti, kteří po dokončení pobytu v léčebnách nebo terapeutických komunitách se ucházejí o zaměstnání, jsou často odmítáni, pokud se zaměstnavatel dozví o drogové minulosti uchazeče. Nálepka čili stigma fetišák znamená nepřijetí jedince a vyloučení ze společnosti. Ten se často po opakovaném odmítnutí s tímto označením identifikuje a vrací se k původnímu stylu života.

2.2. Stigma

Stigma znehodnocující přívlastek, který může být příčinou diskriminace svého nositele. Termín stigma bývá překládáno jako stopa, znak, která nese svědectví. Pochází z antického Řecka a poukazuje na něco neobvyklého, nedostatečného nebo z morálního hlediska špatného. Vztahuje se k tetování či vypálenému znamení – cejch vypalovaný otrokům (Praško, 2015).

V době raného křesťanství byla známa stigmata Kristova, což byly rány v místech, kde byl přibit ke kříži. Další konotace stigmat poukazuje na tělesné znaky, které vypovídají o nemoci nositele, např. lepra. Tato konotace směřuje k izolaci nakaženého jedince od ostatních (Praško, 2015).

V pozdější době se pojem stigma dostal do kulturního slovníku v dalších souvislostech – fyzické odchylky zločinců, neodstranitelné skvrny na kůži po bodnutí ostrým předmětem. Vždy šlo o označení někoho, koho je třeba oddělit od ostatní společnosti nebo je potřeba se mu vyhnout (Praško, 2015. str. 38).

Hartl a Hartlová ve svém slovníku definují stigmatizaci jako „*společenský předpoklad vůči někomu, jemuž jsou přisuzovány záporné vlastnosti, předem dané záporné hodnocení, které je okolím přisuzováno jedinci, skupině nebo organizaci*“ (Hartl, 2010). Jednou z nejvíce stigmatizovaných jsou lidé závislé na drogách.

Společnost se na drogově závislé dívá s odstupem, strachem a podezřívavostí. Stigmatizace se liší podle užívané látky. Méně stigmatizováni jsou uživatelé marihuany, alkoholu a tabáku. Podstatně více stigmatizováni jsou lidé závislé na nelegálních drogách. Chování spojené se zneužíváním či závislostí na návykových látkách bývá spojeno s dalšími stigmatizovanými zdravotními problémy, jako je HIV, virová žloutenka typu C, nebezpečné chování a sociální problémy.

Poruchy spojené s užíváním návykových látek jsou často považovány spíše za morální a kriminální problémy než za zdravotní problém. Kriminalita spojená s neužíváním drog zvyšuje stigmatizaci, vede k vylučovacím procesům, jež prohlubují marginalizaci lidí, kteří jsou drogově závislí. Závislý člověk je častěji vnímán jako člověk, který má mít větší kontrolu nad sebou a pokud ji nemají, tak je to jeho odpovědnost a vina (Hartl, 2016).

„Škodlivé účinky stigmatu na lidi, kteří mají problémy s užíváním návykových látek, jsou citelné a dalekosáhlé“ (Hartl, 2015).

Stigmatizace těchto osob zhoršuje sociální odcizení, nepříznivě ovlivňuje ostatní oblasti života - zaměstnanost, bydlení, sociální vztahy. Sebestigmatizace má za následek vyhýbání se léčbě, nedokončení léčby, recidivy, zvýšené rizikové chování, překážka k vyhledávání zdravotní i sociální pomoci. (Hartl, 2015).

Někteří profesionálové, kteří poskytují odbornou péči, často věří, že drogově závislí jedinci zneužívají zdravotnické prostředky, využívají společnost a přitom pomoc nedodrží. To může vést k nespravedlivému a špatnému poskytování péče. Využití léčby i její efektivita mohou být sníženy, pokud se závislí domnívají, že budou stigmatizováni, jakmile jejich porucha vyjde najevo. Stigmatizováni nejsou jen závislí jedinci, ale i jejich rodiny, jsou zraňováni okolím. Dochází k obviňování rodin, že oni mohou za vznik závislosti u jejich člena rodiny.

Jeden z případů, který je prezentován na internetových stránkách: *„Nedávno jen byla na vyšetření odborné lékařky, sama jsem ji řekla, že jsem alkoholička 11 let abstinující, chtěla znát mé nemoci, ona na mě začala řvát, že požadují po ní drahou léčbu a ničím se chlastem, 2x jsem opakovala, že 11 let nepiju, nějak ji to nezajímá.“* (Alkoholik, 2016). S podobnými názory se setkávám ve své praxi. Doprovázela jsem pacientku hospitalizovanou na detoxu na vyšetření do oblastní nemocnice pro její zhoršující zdravotní stav na základě diagnózy cirhózy jater. Lékař jí závěrem řekl, že za svůj zdravotní stav si může sama: *„Co byste chtěla, kdybyste nechlastala, nebylo by vám zle“*. Myslím si, že se zde vytratila lékařská i lidská etika a úcta k člověku. Není také neobvyklé, že závislého člověka na drogách a k tomu pozitivního na HCV nebo HIV odmítají ošetřit na „přehazují si ho jako horký brambor“. Pak závislý jedinec raději pomoc raději nevyhledává a svůj problém skrývá, nevěří, že s nimi bude zacházeno lidsky a důstojně.

2.3. Drogová závislost jako nemoc

Závislost je to, co odpovídá definici závislosti podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10).

„Syndrom závislosti (statistický kód F1X.2, na místo x před desetinou tečku se doplňuje látka): Je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil“ (Nešpor, 2011, s. 8).

Drogová závislost je multifaktoriální onemocnění, na její rozvoj má vliv více faktorů – genetické, vliv prostředí, vývojové a sociální faktory. U alkoholismu se uvádí 50 – 60% dědičnost – predispozice. U nelegálních drog bývá uváděná od 20 – 50% (Kalina, 2015). Důležitý je vliv rodiny a vrstevníků. Patogenní prostředí v rodině se uplatňuje prostřednictvím sociálního učení. Pokud jde o vztahy k vrstevníkům, motivem experimentování s drogou je u mladého člověka získání osobitého postavení mezi vrstevníky. Většinová společnost zastává názor, že příčinou je špatný kamarád, ale jedinec s dobrého rodinného prostředí se dokáže vyhnout negativnímu vlivu okolí a zlovykům.

Pro diagnózu závislosti by měl jedinec vykazovat alespoň tři nebo více z následujících znaků následků (Hosák, 2015, str. 335).

- ✓ silná touha nebo pocit puzení užít návykovou látku
- ✓ potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky
- ✓ tělesný odvykací stav: Látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tuto látku. K mírnění odvykacího stavu se také někdy používá příbuzná látka s podobnými účinky.
- ✓ průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování větší dávky látky, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami
- ✓ postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmu ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku
- ✓ pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých: poškození jater, deprese, demence, psychózy

Léčba závislosti:

Efektivní systém péče o uživatele návykových látek (sít' léčebné péče) by měl splňovat řadu kritérií, a to jak v oblasti kvalitní (struktura a provázanost sítě), tak v oblasti kvantitativní (rozsah a dostupnost péče).

Uživatelé návykových látek mohou využívat širokou nabídku léčebných zařízení a programu, od terénních programů, ambulantní psychoterapeutické či farmakoterapeutické péče, střednědobá léčba až po dlouhodobou rezidenční léčbu v terapeutické komunitě či doléčovací program. Léčebná péče by měla být místně i časově dostupná. Systém péče by měl pomáhat klientovi, jeho rodině i odborníkům (Kalina. 2003). Mezi další faktory účinné léčby patří – včasný začátek léčby, práce s motivací, podpora zapojení klienta do léčby, prevence relapsu, zužitkování nedobrovolného léčení, léčebná provázanost (Kalina, 2015, s. 611).

3. Praktická část

3.1. Metoda

Výzkumná část

V této části své bakalářské práce se budu zabývat analýzou mýtů o adiktologických službách metodou sběru dat nestrukturovaný rozhovor žen, které absolvovaly léčbu závislosti, a v době výzkumu několik let abstinovala. Jedna žena byla v době sběru dat hospitalizovaná na detoxifikační jednotce. Sběr dat proběhl v období června až srpna 2016. Na tomto detoxifikačním oddělení pracuji v pozici zdravotní sestry.

3.2. Cíl výzkumu

- ✓ zmapovat mýty o adiktologických službách v případových studiích
- ✓ příčiny vzniku mýtu o adiktologických službách
- ✓ zda tyto mýty byly potvrzeny nebo překonány

3.3. Materiál a metodika výzkumu

Prohlašuji, že jsem ve své bakalářské práci pozměnila skutečná jména a všechny osobní údaje respondentů, z kterých by byla možná identifikace. Respondenti byli seznámeni, že údaje od nich získané budou určeny ke studijním účelům. Každý z nich mohl kdykoliv z tohoto výzkumu odstoupit.

3.4. Výzkumný soubor

Výzkumný soubor jsem získala pomocí samovýběru. Tři respondenty jsem vybrala se svého blízkého okolí. Jednalo se o mé dvě kolegyně. Jednu ženu jsem oslovila na oddělení detoxu, kde pracuji v pozici zdravotní sestry. Kritériem výběru bylo pohlaví a věk. Jednalo se o ženy věku mezi 40 – 55 let, které z důvodů své závislosti na drogách využily adiktologické služby.

3.5. Metody získání dat

Jako metodu sběru dat jsem si zvolila nestrukturovaný rozhovor. Respondentky jsem nechala volně hovořit a pro upřesnění tématu jsem pokládala doplňující otázky.

Tato technika vznikla v antropologii a sociologii jako metoda, která zkoumá sociální realitu. Termín nestrukturovaný rozhovor se v literatuře často označuje jako rozhovor neformální, volný, hloubkový, nestandardizovaný a etnografický. Dotazy tohoto typu je charakteristické velkou mírou volnosti, která je dána také tím, že tazatel do rozhovoru nevstupuje s předem připravenými otázkami a hypotézami. Otázky jsou naopak přirozeně vytvářeny až na základě vyprávění respondenta. Povaha celého rozhovoru zajišťuje určitou míru výpovědi respondenta, které přinášejí hlubinné údaje o něm samém a dobře odrážejí jeho osobnost (Hendl, 2005, s. 175).

Respondentky jsem předem seznámila s použitím získaných dat a také s anonymizací. Jména všech respondentů jsem změnila. V průběhu rozhovoru jsem byla přítomna pouze já a dotazovaný. Během rozhovoru jsem se snažila o nedirektivní přístup. Nedirektivní přístup je v zásadě účinnější, ale časově náročnější. Klient má prostor, aby přišel na vlastní řešení (Kopřiva, 2006, s. 51).

3.6. Metody zpracování dat

Rozhovory jsem se souhlasem respondentek zaznamenala na digitální záznamník, které jsem k urychlení analýzy později převedla do elektronické formy ve Wordu. Po prostudování získaných dat jsem dvěma ženám doplňující otázky zaslala emailem. V té době jsem již s nimi nebyla v přímém kontaktu. U jedné jsem kladla doplňující otázky během rozhovoru. Získané data jsem si roztřídila dle určitých znaků k následné analýze. Stanovila jsem si šest mýtů, které porovnávala u jednotlivých případů.

3.7. Příběhy

3.7.1. Jany

Janě je čtyřicet let. Léčila se závislosti na alkoholu. Nyní sedm let abstínuje.

Jana odsuzovala a nenáviděla matku za to, že pije, byla jí odporná. Pohrdala i s ostatními, kteří byli opilí.

Počátky svého pití datuje kolem dvaceti let. Zapíjela starosti, dodávala si odvahu být společně s matkou a babičkou, čelit jejich pohrdáním, výtkám, pomluvám, urážkám. Překonávala obavy setkávat se a komunikovat s lidmi.

V té době již pila, ale snažila se, aby to ostatní nevěděli. Alkohol jí pomáhal zapomenout a poskytoval úlevu. Když jí bylo třicet, zemřela jí matka. Od té doby žila sama. Stálého partnera neměla, nevěřila, že by ji někdo chtěl, připadala si zbytečná. Začala pít ještě víc, nemusela se kontrolovat. Párkrát přišla do práce opilá. Uvědomovala si, že má problém a je závislá, ale sváděla to na matčinu smrt. Měla zábrany požádat o pomoc odborníka. Přebrala názor matky, že psychologové jsou vydřiduši, kteří chtějí jenom peníze. Nejprve navštívila odvodního lékaře, poté si našla psycholožku, chtěla řešit svůj psychický stav z důvodu matčiny smrti.

Psycholožka zjistila, že Jana pije, a tím pádem odmítla s ní spolupracovat. Jana se bála přiznat, že má problém s alkoholem, bála se, že bude mít záznam a někdo se to dozví. Nechtěla mít nálepku alkoholika.

Trvalo delší dobu, než Jana vyhledala další pomoc. Opět to řešila „obklikou“, jelikož měla problémy navazovat vztahy, problémy s komunikací a trpěla sociální fobií, našla si komunikační kurz. Začala chodit jednou týdně na individuální terapii, zabývaly se smyslem života Jany. Co vlastně chce, co by ji uspokojovalo, bavilo. Až po půl roce se psychoterapeutce svěřila, že pije. Ta ji neodmítla a postupně s tímto problémem začaly pracovat.

Po nějaké době Jana vydržela nepít několik dnů za sebou, ale jakmile nastal nějaký problém, řešila jej opět alkoholem. Na terapii chodila čtyři roky. I přesto, že pila dále, Jana zaznamenala velkou změnu, přijetí sebe samou, dostala se do kontaktu se svým tělem.

V zaměstnání začala mít problémy, chodila opilá, práci nezvládala. Nechtěla jít do ústavní léčby, to bylo pro ni velké ponížení, nálepka alkoholika. Bála se, že přijde o zaměstnání, to byl důvod jejího nástupu do léčby závislosti na alkoholu.

Rozhodně si nepředstavovala, že by se nikdy nenapila. Chtěla mít otevřena „zadní vrátka“, pokud by nastal nějaký problém, vyřeší to alkoholem. Z léčby měla strach, obavy z režimu, obavy z ponižování a buzerace. Její představy silně ovlivnil film „Dobří holuby se vracejí“.

Její představa byla, že ji postačí tři týdny léčby a půjde domů. Začátek na detoxu byl pro ni velmi těžký, prožívala velké abstinenní příznaky, neustále myslela na to, že se to někdo dozví, že se léčí na psychiatrii a odsoudí ji. Jako ona sama odsuzovala matku za to, že pije, nenáviděla ji. Vadili jí ostatní pacienti, ti lidé z ulice. Měla velké obavy z přestupu na režimové oddělení léčby závislosti, informace o režimu získala od pacientů, kteří byli v léčbě opakovaně. Bála se, že režim oddělení nebude zvládat.

Zařazení do režimu bylo pro Janu opravdu velmi těžké, měla problém s dochvilností, nešlo ji soustředit se na požadované úkoly. Opakovaně získávala minusové body, důsledkem byl zákaz chůze ven. Po čase režim zvykla a zvládala ho. Během léčby si uvědomila, že tři týdny léčby jsou nedostačující. Často dostávala chuť napít se, zvláště při sledování TV, kde někdo pil alkohol. Chtěla zažít znovu pocit, kdy jí alkohol teče hrdlem. Takovou situaci by venku pravděpodobně neustála.

K terapeutům Jana přistupovala v počátku léčby s důvěrou. Myslela si, že vědí, jak jí pomoci. Během pobytu v léčebně vnímala odlišný přístup terapeutů k jednotlivým pacientům, zlehčování problému o kterých psala do deníků. Bylo to pro ni zklamání, připadalo jí, že ji nerespektují, že se sama nemůže rozhodnout, zda bude užívat léky nebo ne. Vycítila, že někteří pacienti, obzvláště ti, kteří tu byli opakovaně, byli více podporováni terapeuti. Věděli již, co se od nich očekává, tak se podle toho chovali. Např. – chutě na alkohol přiznávali mimo terapii, při terapeutických skupinách chutě popírali, tvrdili, že již si nikdy nic nedají. Janě vadila jejich neupřímnost.

Přes veškeré výhrady Jana léčbu ukončila. S odstupem času si uvědomila nutnost proběhlé léčby, sama by přestat pít nedokázala. Velkým přínosem pro běžný život byly situace, které během pobytu v léčbě vznikaly, řešení konfliktů mezi ostatními pacienty i personálem učila se zvládat bez alkoholu. Velkou motivací k životu abstinenta bylo poznání, že se již nechce vrátit do ústavní léčby. Odstrašujícím příkladem jí byli lidé, kteří již několikrát recidivovali, ti kteří spadli až na pomyslné dno. Návrat do léčby by pro ni znamenal velké zklamání.

Po ukončení pobytu byla Janě nabídnutá skupinová terapie. Podmínkou bylo užívání Antabusu. Jana neviděla důvod, proč by ho měla užívat, tak ho zprvu odmítala. Po přijetí této podmínky mohla docházet do skupiny. Opětovně zažívala pocit nerespektování a ponižování. Také docházela do AT ambulance, neviděla v tom smysl, připadala si, že nikoho nezajímá, že si tam pouze chodí pro recept na antidepresiva. Současně pokračovala v individuální terapii, u psychologičky, ke které chodila již před ústavní léčbou, kam dochází dosud a vidí v tom smysl.

Jana abstínuje sedm let. Klasickou recidivu neměla. Ale asi první dva roky abstinence, si užívala určitých rituálů, které měla spojené s pitím alkoholu. Alkohol nahrazovala nealkoholovým pivem, vypila jich průměrně šest během jedné příležitosti.

Nyní Jana chodí do práce, která ji uspokojuje. Studuje při zaměstnání vysokou školu. Mluvit o své závislosti již nemá problém. Po absolvování léčby už nepřemýšlí o tom, co o ní ostatní myslí. Lituje sedmi let, která věnovala alkoholu. Myslí si, že široká veřejnost má málo informací o závislosti a její léčbě. To je také důvod, který může ovlivnit včasný nástup do léčby.

3.7.2. Helena

Heleně je padesát let, Léčila se závislosti na pervitinu. Nyní sedm let abstínuje.

Helena své první zkušenosti získala na střední škole, kterou studovala v Praze. V té době se spíše jednalo o zvědavost a experimentování s alkoholem, THC. V té době poznala svého budoucího manžela, vdala se a školu nedokončila. Užívat pervitin začala až kolem třiceti roků. Manžel si našel přítelkyni a od Heleny odešel. Helena žal nejprve zapíjela alkoholem, později přešla na pervitin. Manžel této skutečnosti využil a zažádal do péče jejich společné děti. Helena přišla o děti, domov, o to víc zaháněla své útrapy užíváním pervitinu. Postupem času ho začala vařit a prodávat. Za což byla odsouzena, dostala nepodmíněný trest. Po propuštění pokračovala s užíváním pervitinu.

Neměla nikoho, kdo by o ni stál. Matka již zemřela, otec onemocněl demencí. Děti vídala jen výjimečně. Později je přestala navštěvovat, nechtěla, aby viděly, jak vypadá. Byla kriminálník. Strašně se za sebe styděla. Myslela si, že ani o ní nechtějí nic vědět a domnívala jsem, že ji musejí odsuzovat za její styl života. Až později zjistila, že by se s ní rády setkávaly.

Stal se z ní bezdomovec, cestovala po celé republice. Jehly si chodila vyměňovat do káčka. Jednou ji zaměstnankyně káčka řekla, že je závislá. A zda s tím nechce něco dělat. Helenu to urazilo. Ona se necítila závislá, bere jenom, aby zapomněla a nemusela myslet na děti. Když bude chtít, přestane brát sama.

Asi po roce od této události si uvědomila, že je závislá. O pomoc si neuměla říci, styděla se za sebe. Zkoušela přestat sama, vydržela tak týden. Bylo ji špatně, všechno ji bolelo, nemohla vstát pokud, si nedala. Uvažovala o tom, že skočí pod vlak.

Bylo jí třicet devět let, neměla nikoho, neměla kde bydlet. O možnosti léčby Helena moc informací neměla. Pomohli jí v K - centru. Objednala si detox v PN Brno a následně střednědobou léčbu v PN Opava.

Průběh léčby si představovala podle filmu „Dobří holuby se vracejí“. Vzpomněla si na p. Hrušínského a jeho léčebně moresy, buzeraci, ponižování od sester a ošetřovatelů. Nevěřila si, že by léčbu zvládla, ale neměla, kde bydlet.

Nastoupila na detox. Byla to pro ni hrůza. Přišla z ulice, kde žila několik let. Dělal jí problém dodržovat režim, nestihala plnit požadované úkoly. Reakce vrchní sestry byla ponižující až vysmívající: „Kdybyste nefetovala, tak byste si to pamatovala, dobře vám tak“. Podobných názorů měla více. Helena na detoxu vydržela deset dní.

Měla pokračovat v léčbě v nemocnici v Opavě, kterou si předem zajistila. Ale tam ji oznámili, že není podle trvalého bydliště spádová, tak ji nemohou přijmout. Helena si obvolávala jiné nemocnice, kde by ji mohli přijmout.

Nastoupila by kamkoliv, jen nechtěla do Štemberka, kam nakonec šla, jinde volné místo neměli. Štemberk se totiž nachází v přímé blízkosti původního bydliště Heleny. Měla strach z odhalení, že potká někoho známého. Osobně se setkala se situací, kdy bývalému uživateli drog jiní dávali najevo jeho minulost.

Když nastoupila do léčby, byly na oddělení samé alkoholičky. Ty se jí zpočátku bály, pohrdaly s ní, štítily se jí, protože ona byla feťáčka. Postupně se do jejich kolektivu začlenila, našly společné téma – rodina, děti. Většina z nich také postupně ztrácela díky své závislosti na alkoholu zájem o ně ze strany své rodiny. Helena vnímala i ze strany zdravotních sester odlišný přístup k ní jako feťáče, než k alkoholičkám. Hlavně jim vadil účes – dlouhý dred a zbytek hlavy vyholený. Také měly připomínky ke šperkům, které nosila. Byla pro ně někdo, kdo na toto oddělení nepatří. Lékaři a psycholog se chovali lépe. I když v terapeutických skupinách se ponejvíc zabývali závislosti na alkoholu, Helena si uvědomovala, že již nechce zpátky do basy, že nechce žít tak dosud. Asi nejvíce ohrožující byly pro ni návštěvy, kdy za ní jezdili její známí – uživatelé drog, stahovali ji zpět k varům a fetům. Dělal se jí z nich zle, už s nimi nechtěla nic mít. S čistou hlavou vnímala, že už nechce takhle dopadnout.

Pobyt v léčebně zvládla až do konce. Naučila se vstávat, plnit zadané úkoly. Vyhovovalo jí, že nikdo nerozebíral její osobu, její minulost. Ani ona sama nechtěla otvírat téma dětí. Naplňovala ji pracovní terapie – dílna, zahrada.

Již během pobytu si našla bydlení v podobě nájmu jedné místnosti ve městě, které bylo daleko od místa, kde Helena dříve bydlela s rodinou. Našla si práci uklízečky v místním K – centru.

Jakmile začala pracovat, ozývali se věřitelé, exekutoři. Helena sama ani nevěděla, kde všude dluží. Požádala o pomoc a radu ředitelku K – centra. Společně řešily tyto situace a další problémy Heleny.

Helena využila nabídky, kterou jí navrhla ředitelka K – centra, a začala docházet do škol a vyprávěla svůj životní příběh, a jak probíhala léčba. Současně pracovala na část úvazku v terénu, to ji naplňovalo, byla ráda, že ona to má za sebou. Bylo pro ni zvláštní, že když se v terénu potkávala se závislými lidmi, nedostávala chutě. Ale bažení se u ní objevilo až později, když v televizi viděla, jak byl zatčen nějaký dealer. Asi půl roku po léčbě měla dvakrát relaps. Helena ho plánovala. Neuměla si představit život v plné abstinenci od drog, a proto si ponechala svou varnu. Očekávala návrat toho, co znala, příjemný stav po perníku. Dostavily se výčitky, šílené deprese. Udělalo se jí fyzicky a psychicky špatně. Helena to vnímala jako záchranu. Tehdy rozbila a zakopala svou varnu, tím skončila s perníkem. Nevyhledává ho, má z něj respekt. Ale nemůže říci, že ho nenávidí. Zahání myšlenku, že by si někdy mohla ještě dát. Vypořádat se se svou minulostí jí pomohl SUR. Po tři roky po léčbě jezdila Helena na opakovačky. Byla tam opět jako v léčbě jediná feťáčka. Zdravotní sestry se k ní začaly chovat s úctou a ona se cítila velmi dobře. Dokázala těm, co se vysmívali a pohrdali, že na to má i přesto, že je feťáčka. Helena si postupně dodělala střední sociální školu a následně vysokou školu, začala pracovat s drogově závislými v psychiatrické nemocnici jako terapeutka. O své drogové minulosti řekla svým kolegům v práci a ve škole. Všichni to vzali v pohodě. Helena si myslí, že to bylo, protože všichni k tomu mají určitý vztah, jelikož s touto skupinou se setkávají ve své profesi. Helena se s přítelem odstěhovala na venkov, o své závislosti na pervitinu zde nikomu neřekla. Myslí si, že by ji nepochopili a určitě by ji odsoudili. Bydlí v oblasti, kde skoro každý má svou palírnu. Pro lidi s vesnice byla spíše přijata jako alkoholička než jako feťáčka.

3.7.3. Věra

Věře je padesát čtyři let, léčí se ze závislosti na lécích. Během mého výzkumu přešla na režimovém oddělení léčby závislosti v PN.

Před dvaceti lety jí začaly bolet záda, prošla si mnoha vyšetřeními, příčinu bolesti nikde neobjasnili. Na neurologii jí napsali Lexaurin, ten zabíral jen částečně. Přidalo se pálení celého těla. Věře bylo doporučeno vyšetření na psychiatrii, to radikálně odmítla. Ona přece není blázen, bolí ji přece záda. Našla si nového lékaře, podstoupila další odborné vyšetření se stejným závěrem, po RHB pociťovala zhoršení. Analgetika ji nepomáhaly. Na doporučení kamarádky se objednala asi za půl roku k psychiatrovi do vedlejšího města. Měla strach, aby nepotkala někoho známého, hned by si oni mysleli, že je blázen. K tomuto lékaři chodila asi sedm let. Během této doby se Věra dostala od Lexaurinu, Xanax až

k Rivotrilu, který jí nejvíce pomáhal. Z počátku ho užívala v dávkách předepsanými lékařem.

Manželovi řekla o návštěvě až po třech měsících, obávala se, jak budou reagovat. Manžel její obtíže nechápal, říkal jí, že je hypochondr. V roce 2008 ji onemocněl manžel, byl v podstatě nechodící, závislý na její péči. Odmítal, aby mu chodila pomáhat pečovatelská služba. Věru zmáhala péče o nemohoucího manžela, záda ji začaly více bolet, byla unavená, špatně spala. Začala Rivotril nadužívat, nakopnul ji a ona mohla více pracovat. Dávky, které ji předepisoval její psychiatr, přestaly stačit. Došla ji k praktické lékařce, už ani neví, co jí řekla, ale hlavně že měla další tabletky, denní dávky pozvolna navyšovala. Takto to fungovalo sedm let, než jí lékařka doporučila podstoupit odvykací léčbu na detoxu.

Věra v podstatě nevěděla, co to znamená. Po vysvětlení lékařky, že se tam léčí drogové závislí lidé, okamžitě toto řešení odmítla: „Já nejsem ten špinavý, agresivní feťák. Ten co hází jehly do písku, kde si hrají děti. Všude o tom píší, ve zprávách to ukazují“. „Ona bere léky, které jí píše lékař, tak je zase bude brát, tak jak je má brát a bude vše v pořádku“. Prostě si řekla, že to utne. Po snížení dávky bylo Věře špatně, začaly jí pálit záda, zvracela, prodělala epileptický záchvat. Začala se bát o svůj život. Za pomoci svého psychiatra se objednala na detox, Na detoxu se zpočátku neztotožňovala s ostatními pacienty, ona si přece „nepíchá“ ani nekouří trávu, ona má domov a rodinu. Při skupinách spíše pasivně naslouchala vyprávěním druhých a sama se nesvěřovala. Po absolvování chtěla chodit do ambulantní individuální léčby, skupinovou terapii odmítla. Nechtěla se bavit o svém problému před cizími lidmi, styděla se. Ale zároveň měla strach z odhalení, to by pak každý věděl, že se léčila v blázinci. Věra v podstatě nevěděla nic o léčbě. Prvotní informace o režimu v léčebně získala od lidí, kteří si léčbu již prošli. Většinou si z toho vybrala to pro horší. Bála se režimu, bodovacího systému, neuměla si představit, že bude muset vyprávět o sobě a rodině. Styděla se i za svůj věk.

U Věry během postupného vysazování došlo k zásadnímu zhoršení zdravotního stavu. Docházelo u ní k výpadkům paměti, častým kolapsům, malátnosti. Bylo nutné napojení na monitor, nasadit infuzní terapii. Po odeznění tohoto stavu se ji snažil ošetřující tým motivovat k léčbě formou ústavní. Věra byla nejdříve negativistická, v opozici, léčbu odmítala. Hledala důvody, proč nemůže jít do ústavní léčby. Přesvědčovala sebe i ostatní, že musí jít přece domů a starat se o manžela a těhotnou dceru. Dcera ji opakovaně ujišťovala, že doma vše zvládají a bude ráda, když maminka bude pokračovat. Věra se rozhodla pokračovat v léčbě na režimovém oddělení závislosti spíše pod nátlakem rodiny.

.3.7.4. Iveta

Ivetě padesát tři let, léčila se ze závislosti na alkoholu. Abstinuje pět let.

Iveta první zkušenosti s alkoholem datuje v období patnácti let. V té době začala zpívat s beatovou kapelou. Mezi hudebníky se snadno přijde k alkoholu. Po maturitě na zdravotní škole začala pracovat na „úrazovce“. Byla to pro Ivetu tvrdá škola života, setkávala se tam s velmi vážnými případy, často se tu setkávala se smrtí. Ty hrůzy, které tam viděla, taky potřebovala zapít alkoholem. Alkohol Ivetu provázel v dalších etapách života. Ve dvaceti čtyřech letech se vdala za sochaře, narodil se jí syn. V nemocnici skončila a odstěhovala se na Vysočinu za manželem, kde se starala o rodinu a hospodářství. Brzy si přestali s manželem rozumět, alkohol vždy pomohl. Následoval rozvod a další manželství. Iluze štěstí se rozplynula, z manžela se vyklubal násilník, Ivetu bil. Bála se, že když bude sama, finančně neutáhne náklady na byt a syna. Pili oba dva, přešlo dobrých deset let, než se manžel odstěhoval. Sice Ivetu kompletně vykradl, ale jí se ulevilo. Viděla se jako pořádně nešťastná ženská, na kterou se celý život lepila smůla. Alkohol jí pomáhal, aby vše vydržela, aby se mohla usmívat na syna.

Iveta pila tajně doma, aby ji nikdo neviděl. Iveta vlastně pila skoro celý dosavadní život, ale s vědomím že má vše pod kontrolou. Posledních pět let manželství si Iveta uvědomovala, že má asi problém s alkoholem. Před tím jí to nenapadlo. Představa, že by šla na psychiatrii a všichni by to věděli, byla pro ni nereálná. Pracovala jako geriatrická sestra, chodila po starších lidech a teprve potom následoval obvyklý scénář. Vybavuje si, jak se vždycky ploužila podél zdi a v tašce ukrývala lahev tvrdého, aby nikoho nic nenapadlo. Zpětně si Iveta vybavuje, že z ní byla troska, která ke konci už nevyšla ani schody. Syn byl již dospělý, měl partnerku, která se Ivetě nelíbila. Přestala si s ním rozumět, asi taky proto, že ji vyčítal její pití. Zůstala v podstatě sama, došla k závěru, že ji nikdo nemá rád. Porvé se pousila o sebevraždu. V době hospitalizace se provalilo, že pije. Dostala výpověď v práci. V nemocnici jí nabízeli ji pomoc, dali jí kontakt na psychiatra. Iveta to cítila jako křivdu.

Vždyť ostatní taky pijí a nikdo je neposílá na psychiatrii. Propustili ji domů a ona pokus o sebevraždu zopakovala. Vyměnila zámek u dveří, vypla telefon, napsala dopisy na rozloučenou, věděla, že syn je v zahraničí. Opět to nevyšlo. Kamarádky zavola pomoc, když se k ní nemohla dovolat. V nemocnici se dostavily silné abstinenční obtíže, myslela si, že umře. Pohled do zrcadla ji vyděsil.

Iveta není věřící, ale od té doby věří na vyšší moc. Přebrala si to jako výzvu a nastoupila na tři měsíce na léčbu. Měla strach, že to nevydrží. Vybavily se jí scény s “holubů”. Leštění bot, nástupy v pozoru u postele. Krutého ošetřovatele, který rozdává trestné body za sebemenší projevy nelibosti či revolty. Iveta zvládla léčbu na první pokus. Její důvěru si získala primárka oddělení, poznala ženy, které na to byly stejně. Pomáhalo, že nemusí nic tajit, že jí nikdo nic nevyčítá, nežije ve strachu, že ji někdo odhalí. Naučila se mluvit o sobě, přijímat negativní reakce.

Nebyla to pro Ivetu procházka růžovým sadem. Dnes pomáhá jiným ženám, které mají problém se závislostí.

3.8. Stanovení mýtů

1. nabízenou službu nepotřebuji
2. Psycholog mi nepomůže
3. Podstoupit léčbu znamená mít nálepku navždy alkoholik\ navždy feťák.
4. V léčbě se naučím pít/užívat pervitin kontrolovaně.
5. Léčba se nedá zvládnout.
6. Ponižování patří k léčbě.

3.9. Zpracování dat

3.9.1. nabízenou službu nepotřebuji

Helena

Helena si do káčka chodila měnit jehly: *„Jedna pracovnice mi řekla, že jsem závislá, jestli s tím nechci něco dělat. Tím mne strašně urazila, já jsem se necítila závislá, myslela jsem si, že mám všechno pod kontrolou a že беру jenom, abych zapoměla“.*

Asi po roce od této události Helena vyhledala pomoc u K centra, rozhodla se jít do ústavní léčby, jak sama říká: *„Důvod mé léčby, že jsem neměla, kde hlavu složit“.*

Během léčby si svoji závislost přiznala, zpětně se jí vybavovaly roky, které věnovala pervitinu, který její život řídil. Po ukončení léčby se spojila s K – centrem a požádala o pomoc při zmapování a řešení dluhů.

Věra

Věra nadužívala léky, které ji předepisoval její ambulantní psychiatr. Ten ji doporučil podstoupit odvykací léčbu na detoxu. *„Já беру léky, které mi píše lékař“.* *„Já nejsem ten špinavý, agresivní feťák. Ten co hází jehly do písku, kde si hrají děti. Všude o tom píší, ve zprávách to ukazují“.*

Trvalo dva roky, kdy svůj názor změnila. K odvykací léčbě se rozhodla nastoupit za dva, kdy prodělala epileptický záchvat. Ten ji postihl, když se sama snažila snižovat dávky léků. Věra se bála o svůj život, její dcera byla těhotná a ona chtěla vidět a starat se o své vnouče. Než odešla do následné léčby: *„Nechtěla jsem sem, bála jsem se feťáků. No a vy jste normální lidi“.*

Iveta

Deset let trvalo, než nastoupila na detox. Syn jí její nadměrné nekontrolované pití vyčítal. Psycholog z nemocnice jí nabízel pomoc. Iveta odmítla: „*Vždyť ostatní taky pijí. Nikdo je neposílá do blázince. Když budu chtít přestat, tak přestanu sama, nepotřebuji žádného psychiatra*“. Po nedokonaném pokusu o sebevraždu se objednala na odvykací léčbu.

„*V tradičním modelu léčby drogové závislosti vládlo přesvědčení, že motivace je výhradně věcí klienta a že optimální motivaci k léčbě zajišťuje situace debaklu, v níž se klient ocitne a z níž nenachází jiného východiska, než je nástup do léčby*“ (Kalina. 2015. str. 608). Dnes se nazírá na motivaci dle koncepce cyklických stadií motivace, známý jako kolo změny: 1. prekontemplace, 2. Kontemplace, 3. Rozhodnutí, 4. Aktivní změna, 5. Relaps, 6. Udržení změny (Kalina, 2015, s. 609).

Heleně, Věře i Ivetě byla nabízena pomoc z řad odborníků, ony ji odmítaly, v té době ještě nedospěly samy k rozhodnutí nabízenou pomoc využít, necítily potřebu něco změnit v případě užívání drog. Do počátečních fází kola změny není vhodné klienta tlačit do léčby, klienta to spíše odradí a z kola změny vystoupí. Tři mnou oslovené ženy, dospěly k rozhodnutí vstoupit do procesu změny po určité době a s rozdílnou motivací, u žádné s nich se nejednalo přesvědčení o jejich závislosti.

Všechny přivedly do léčby okolnosti: Jana – strach ze ztráty zaměstnání, Helena – nechtěla již žít na ulici, Věra - zhoršení zdravotního stavu, Iveta - psychické zdravotní problémy. Během léčby získaly postupně náhled na svoji závislost. Jana, Helena a Iveta byly v době mého výzkumu dle kola změny ve stádiu udržování, abstinovaly již několik let. Věra byla e stadiu aktivní změny

3.9.2. Psycholog mi nepomůže

Existuje řada povolání, jejíž hlavní náplní je pomáhat lidem, mezi ně patří i psycholog. Na rozdíl od jiných povolání hraje v těchto profesích podstatnou roli vztah, vztah mezi pomáhající profesí a jeho klientem.

Jana

Jana převzala názor matky: „*Třeba moje máma měla jako názor na to, že psychologové jsou prostě nějakí vydřiduši, kteří tahají z lidí peníze a tak. I tohle bylo takový, přestože já takový názor neměla, samozřejmě bylo těžký, s tím, že jsem byla celou dobu zvyklá brát její názor za svatý*“.

Jana se odhodlala k návštěvě psychologa asi tak za 2-3 roky, od doby kdy si uvědomila problém s alkoholem, jako důvod uvedla: „*Já jsem tam měla nějaké sociální fobie, vůbec jsem si připadala tak sama sobě odporný člověk, sama sobě jsem nerozuměla, možná tak, že má existence tady nemá žádný smysl, a že to jak žiju je pro mne spíš utrpení než jako, že bych mohla nějak dál žít*“. Spolupráce

trvala jen do té chvíle, než psychologka odhalila, že Jana má problém s alkoholem: „*Zakázka byla odmítnutá a mne se zavřely dveře*“.

Po roce jí zemřela matka, Jana už nevydržela bez alkoholu ani den. Vyhledal jinou psychologku opět pod jinou záminkou, ta s Janou pracovala i po odhalení závislosti na alkoholu. Zde vznikl terapeutický vztah, který trvá do dnes: „*Nejvíce mi pomohla terapie, kterou jsem měla před léčbou, kdy se mnou terapeutka pracovala i přesto, že jsem pila – tohle mi připadá důležité*“.

Jana si uvědomovala asi dva roky, že má problém s alkoholem, že svoje pití nemá pod kontrolou, ale vzdát se alkoholu nechtěla, zapíjela svoje splíny a problémy. Po této době dospěla k rozhodnutí vyhledat pomoc. Názory matky pokládala za „sváté“ – psychologové jsou vydřiduši, stejně ti nepomohou – převzala je za své a ze stádia rozhodnutí se vrátila do předchozího stádia. Tento obdobný proces návratu ze stádia akční změny a návratu do prvního stádia kola změny se stal, když Janě byla odmítnuta pomoc ze strany odborníka-psychologa z důvodu její závislosti. Než se Jana již po třetí rozhodla pro změnu, uběhly další roky. S druhou oslovenou psychologkou navázala plnohodnotný terapeutický vztah, který ji dovedl do léčby, kterou úspěšně absolvovala, a jejich spolupráce pokračovala i po ukončení léčby závislosti. V době mého výzkumu byla Jana ve stádiu udržování dle kola změny.

Součástí práce terapeuta je umět a navázat vztah, udržet a ukončit terapeutický vztah. Jestliže toho není schopen, může terapii stagnovat, terapie ztrácí na své účinnosti, může poškodit klienta (Kalina, 2013, s. 57) Klient potřebuje věřit a cítit zájem o jeho osobu.

3.9.3. Podstoupit léčbu znamená mít nálepku navždy alkoholik\ navždy feťák.

Většina z nás již v dětství slýchá úsloví jako „Neblázni!“ „Já se z toho zblázním!“ nebo „Nejsi na hlavu?“ Dochází tak k označení někoho, kdo je méně hodnotný a zaslouží odsouzení. Toto přesvědčení je posilováno zaručeně pravdivými příběhy mezi lidmi, mediálními zprávami, vtipy o bláznech. Psychicky nemocný člověk je v běžném nazýván jako „magor“, „maniak“, „hysterka“, „násoska“, „smažka“ nebo „feťák“ (Praško, 2015, s. 11).

Není divu, že se lidé takovému označení brání a pokud možno se léčbě brání a snaží se jí vyhnout nebo se snaží odstranit či zmírnit následky značkovacího procesu. Rozhodnutí podstoupit léčbu a její efektivita mohou být sníženy, pokud se závislí domnívají, že budou stigmatizováni, jakmile jejich porucha vyjde najevo.

Společenské klima vyvíjí tlak bránící ženě vystoupit s anonymity. Hrozí jí totiž stigmatizace. Žena - uživatelka je společnosti vnímána jako dvojí deviant. Žena – uživatelka je problematická pro své užívání a zároveň Zklamala ve své roli

manželky a matky. Ženy, které přicházejí do drogových služeb, často maskují skutečné důvody tím, že poukazují na různé medicínské nebo somatické obtíže. (Kalina, 2003, s. 238).

Jana

Věděla, že potřebuje odbornou pomoc, ale styděla se: „V té době jsem hlavně chtěla, aby to bylo anonymní, kde se budu z toho zpovídat z toho a neměla z toho někde záznam, protože s tím že já jsem na to nahlížela, tak že je to něco prostě stigmatizujícího a odporného a tak tím pádem se ani nechtěla tomu vystavovat, takže to nějakou dobu trvalo“. „Ale nechtěla jsem to, stále jsem to odmítala, protože jsem nechtěla, aby se to o mně vědělo.“ „Pro mne jít do ústavní léčby to by znamenalo konec života, to jsem si říkala, to radši zemřu, než tam jít“. Chodila opilá do práce: „Nejdříve jsem šla k obvodnímu a řekla jsem mu to, a ten mi napsal, všechno se dalo stočit na tu matčinu smrt tak, že jsem z toho špatná a tak dále, tak jsem toho tak trochu zneužívala“.

Její rozhodnutí jít do léčby: „Že teda půjdu do té léčby, že mi to jako v práci už neprojde, šla jsem v podstatě na tu léčbu, kvůli tomu abych si udržela práci, abych nespadla na to dno“.

Nálepky „alkoholička“ dnes už neřeší: „Změnilo se hodně, myslím, že jsem něco prolomila, obrovskou jako fobii, že jsem prostě šla do té léčby, tak to jsem vlastně prolomila, že mi odpadl ten stres z toho, že si to někdo bude myslet. Nemá problém o tom mluvit, nějak čím dál jsem od té, léčby tím míň se identifikuj, jako že jsem alkoholička, ale pořád to vedu v patrnosti, ale neaktivuju to“.

Helena

Jen nechtěla do Štemberka: „Štember byl ten, kam já jsem nechtěla. Protože jsem byla z Uničova a ten je deset kilometrů od něho. Bála jsem se, že tam poznám někoho známého“.

Jelikož jinde neměli volné místo, nastoupila do této léčebny: „Nicméně šla jsem tam, nic jiného mi nezbylo. Měla jsem to tak nastavený, že když jsem nastoupila do toho vlaku léčby, že mne nestačí detox.“

Nyní bydlí na malé vesnici: „O své drogové závislosti jsem tu nikomu neřekla, určitě by mne odsoudili, asi by to nepochopili, jsou tu převážně starší lidé. Ve vesnici jsou tři hospody, pomalu tu každý pálí, myslím si, že kdybych řekla, že jsem se léčila z alkoholu, tak to pochopí“. V kolektivu svých kolegů ze zaměstnání a kolegů ze školy o své minulosti nemá problém mluvit: „Ve škole po čase jsem řekla o své závislosti, vzali to v pohodě. Nikdo mne neodsuzoval v tomto kolektivu. Ti lidé byli všichni ze sociálních služeb, asi k tomu měli určitý vztah“.

Věra

Věře bylo doporučeno vyšetření na psychiatrii: „Vzpomněla jsem si na ty klece a mne bolely záda, to jsem radikálně odmítla“. „Klecové“ lůžka viděla o tom reportáž v televizi.

Když se obtíže stupňovaly a přetrvávaly po celý den, Věra se objednala k psychiatrovi do vedlejšího města: *„Strašně jsem se bála, abych nikoho nepotkala. Měla jsem připravenou výmluvu. Jako že jdu pro léky manželovi“*.

V blízké rodině o její závislosti vědí, se známými se o tom nebaví, i když si myslí, že to vědí.

Iveta

„Dokud jsem pila doma, tak to nikdo neviděl. Ale jak bych se rozhodla jít do léčby, každý by to věděl. Nálepka „alkoholička“ bylo pro mne něco hrozného, špinavého“

Rozhodnutí jít se léčit Iveta ovlivnil druhý nedokonaný pokus o sebevraždu. O tom co si o ní budou myslet lidé, už nepřemýšlela: *„Brala jsem to jako výzvu“*. Dnes aktivně pomáhá „těm, které démon alkohol ještě nepustil ze spárů“.

Rozhodnutí přiznat sobě, rodině i okolí, že je závislá a potřebuje odbornou péči, bylo pro všechny ženy nejprve nepřijatelné. Strach z nálepky „feťák, alkoholik“ všem bránilo vyhledat adekvátní pomoc, z psychiatrické diagnózy vniká sociální stigma. Ivetu a Věru ovlivnily vyhledat tuto pomoc média, kde závislý člověk je prezentován jako ten, který je zodpovědný za většinu „tragédií“, kriminální činy, nefunkčnost rodiny atd. Další negativní postoj k léčbě na psychiatrii získala Iveta z reportáže o ochranných lůžkách. Z reakce veřejnosti se bály všechny.

Své obtíže ze závislosti na drogách popíraly a snažily se najít somatické vysvětlení a vyhledaly somatické odborníky. Pro většinovou společnost je somatické vyjádření lépe tolerováno, vyvolává soucit a potřebu nemocného chránit než odmítnout (Praško, 2012).

Vyhledat pomoc odborníků zabývající se léčbu závislosti a tím překonat strach ze stigmatizace ovlivnily jiné životní události. U Jany to byl strach ze ztráty zaměstnání. Helena nechtěla již žít na ulici a přála se stýkat se svými dětmi. Iveta našla víru v život po druhém nezdařeném pokusu o sebevraždu, kdy ji vlastně zachránila vždy náhoda. U Věry byl důvodem strach o zdraví.

V současné době Jana a Iveta nemá problém mluvit o své závislosti mluvit. Věra se obává reakce okolí, tak se těmto hovorům podvědomě vyhýbá. Helena pracuje jako psychoterapeutka na oddělení léčby závislosti, zde nemá předsudky mluvit o své drogové minulosti. Ale v místě svého bydliště podvědomě tuší, že by ji většina odsoudila za užívání pervitinu, spíše by ji tolerovali jako alkoholičku.

Ve své praxi se setkávám s předsudky a odsuzování závislých lidí na drogách ze strany laické veřejnosti. Na oddělení, kde pracuji, přicházejí v době tzv. „Dny otevřených dveří“ skupiny studentů středních škol se svými pedagogy. Není ojedinělý názor studentů i pedagogů na závislého člověka, jako na někoho koho je třeba mít zavřeného a pod trvalým dohledem. Někdo, kdo je nebezpečný, agresivní, od koho se můžeme nakazit infekčními chorobami jenom „pohledem“. Překvapuje mne jak málo informována je tato skupina lidí. Nedostatečná informovanost pomáhá udržovat nepříznivý stigmatizující stereotyp závislého člověka na drogách s celou řadou předsudků o jeho chování a léčbě.

Ani odborníci ve zdravotnictví se nevyhýbají stigmatizaci u drogově závislých lidí. Z vyprávění pacientů, kteří se léčí na oddělení, kde pracuji, získávám informace, že neochota a nelibost ošetřit lidé závislé na drogách není ze strany zdravotníků ojedinělá. Dochází pak k předčasnému propuštění a ukončení léčby. Tak odmítnutý člověk pak častou přichází do léčby až v pokročilém stavu nemoci nebo ji nevyhledá a končí smrtí.

3.9.4. V léčbě se naučím pít/užívat pervitin kontrolovaně.

Do 60. let 20. století odborné studie tvrdily, že léčba závislosti je „léčba vedoucí k abstinenci“ či „léčba orientována k abstinenci“. *„Toto tvrzení bylo podporováno studií, které zjistily, že opakované užívání alkoholu může vést v mozkové tkáni k tzv. neuronální senzitivaci na alkoholu, díky které člověk, který byl v minulosti závislý na alkoholu, není schopný kontrolovaně užívat alkohol právě v důsledku těchto fyziologických změn v mozku způsobeným dlouhodobým užíváním alkoholu (Vondráčková. 2012). O deset let později se začalo diskutovat o možnosti kontrolovaného pití. Proběhly studie na této téma. Závěr byl, že kontrolované pití může být pro některé uživatele alkoholu možným cílem léčby (Vondráčková, 2012).*

Jana

Život bez alkoholu si neuměla představit: *„No, ale rozhodně to nebylo, že bych tam šla dobrovolně, že bych se šla léčit, protože tím pádem jsem věděla, že si zavírám zadní vrátka k tomu k tomu pití, a já jsem je v té době chtěla strašně mít, moje představa prostě v té době, byla taková, že pít nebudu, ale když bude nějaký problém, který nebudu moci zvládnout, takže si prostě vyleju hlavu“.*

„Nechtěla jsem se úplně vzdát možnosti, v té době jsem na to byla velmi upnutá“. Také v televizi, když lidi pili, prostě jsem chtěla jako strašně stejný pocit, když jsem viděla, že někdo pije víno, chtěla jsem zažít tu chvíli jak mi, to teče tím hrdlem a tak“.

V průběhu léčby: *„ To bylo pro mne hodně přínosný a potom pro mne byly neodstrašující ti lidé, kteří recidivovali. I jak na tom byli psychicky, no prostě to selhání, mi přišlo, že jsou na tom ještě hůř psychicky, a že bylo pro ně hodně*

těžký, zvednout se zpátky, já jsem to nechtěla zažít znova. Nechtěla jsem zažít tohle selhání, to byl ten důvod toho, proč abstinuji, teď to není hlavní důvod, ale první čtyři roky to bylo, abych nebyla v takovém stavu jako ti recidivující, to byl pro mne odstrašující příklad“.

Helena

Helena byla bezdomovec. Věděla, že je závislá. Ale ve skutečnosti si nedovedla představit život v úplné abstinenci od drog. Asi rok po léčbě měla dvakrát relaps. Helena ho plánovala, pro tu příležitost měla schovanou varnu.

Očekávaný stav po užití drogy se nedostavil: „Stalo se mi na štěstí, že jsem z toho měla takové psychické stavy, dostavily se takový výčitky, to mne asi zachránilo, že jsem se nerozjela. Nemohla jsem se podívat do zrcadla. Udělalo se mi fyzicky a psychicky špatně. Vnímala jsem to jako záchranu“.

Tak ukončila svou drogovou kariéru: *„Respekt mám ze stimulantů, nevyhledávám je, nemůžu říct, že je nenávím, ani že je miluji. Vím, že tady jsou a respektuji je. Už to ani nemám tak, že si jednou dám“.*

Věra

Věra se nevěřila, že by mohla žít, bez toho aniž by si vzala svou pilulku: *„To jako si už nemůžu nic vzít, byla hrozná představa. Co budu dělat, když mi bude špatně a já ji budu potřebovat, abych vše zvládla, manžel byl závislý na mé pomoci“? Přesvědčovala sebe i doktorku, že je bude brát, tak jak mi to předepisoval doktor“.*

Zhoršení zdravotního stavu byl jeden z důvodů, proč Věra postupně zvládla vysazení léků, na kterých byla závislá. Dalším důvodem byla rodina, očekávání vnoučete. Velký význam vidí i v reakcích na její problém u ostatních pacientů.

Celoživotní abstinenci bez drog si neuměla ani nechtěla představit žádná mnou oslovených žen. Jana si představovala, že pomoci alkoholu najde při řešení pro ni těžko řešitelných situací. Během pobytu v léčebně si Jana uvědomila, že představa kontrolovaného pití u ní fungovat nebude. Situace, filmy, reklamy a hovory, kde byla zmínka o alkoholu, ji vyvolávaly chutě, které by nezvládla a opět by se rozpila a mohla by spadnout na dno. Takové jaké viděla u některých pacientů, „trosky“, které nikdo nechtěl, nic neměli a pobyt v léčebně pro ně znamenal – pravidelná strava, čistá postel. V době výzkumu abstinovala sedm let.

Helena se nechtěla vzdát příjemných pocitů na pervitinu. Po plánovaném relapsu, po skoro roční abstinenci, se očekávaný příjemný stav nedostavil, objevily se výčitky a strach k nekontrolovanému užívání. V době výzkumu abstinovala sedm let.

Podobně to měla postavený Věra, ta své „pilulky“ chtěla použít jen v případě vyčerpání. Představovala si, že pokud úplně vysadí, nezvládne abstinenci příznaky. Během pobytu na detoxu jí pomáhala skupinová terapie, edukace a

přístup terapeutického týmu. V době mého výzkumu odešla na oddělení léčby závislosti, proto nelze hodnotit další vývoj abstinence.

Představu o kontrolovaném pití či kontrolovaném užívání jiných návykových látek má většina pacientů, kteří přicházejí k detoxifikaci na oddělení, kde pracuji v pozici zdravotní sestry. Zpětné vazby, zda tato představa se stala skutečností, nemám. Setkávám se pouze s pacienty, kteří se pokoušeli o kontrolované pití nebo užívání jiných návykových látek a nepovedlo se jim to. Je pravda, že u těchto pacientů jde o letitou závislost ve vysokém stupni závislosti a opakovaně se vracejí do léčby. Představa kontrolovaného pití či užívání jiných drog může, ale přivést do léčby i ty uživatele, kteří nechtějí zcela přestat s užíváním návykové látky, během léčby své rozhodnutí o kontrolovaném užívání změnit a rozhodnou se pro úplnou abstinenci.

V současné době je odborníky možnost kontrolovaného pití vnímána jako jeden z cílů léčby alkoholu a to především pro osoby s abúzem alkoholu nebo mírným stupněm závislosti. Osoby, které si vyberou kontrolované užívání alkoholu, jsou mladší v porovnání s těmi, co chtějí abstinovat, užívají menší dávky alkoholu a mají méně závažnou historii užívání, méně pocházejí z „alkoholových“ rodin a více odmítají označení alkoholik. Na tento trend zareagovaly svépomocné organizace, protože ve filozofii AA je za jediný cíl považována abstinence, a vzniklo hnutí Moderation Management, kde je cílem právě kontrolované užívání alkoholu (Vondráčková, 2012).

3.9.5. Léčba se nedá zvládnout

Jak jsem již zmínila v přešlé kapitole, drogové závislosti jsou posuzovány jako onemocnění, která se dají diagnostikovat, je třeba je léčit a je možno mu předcházet. *„Závislost je léčitelná, léčba závislosti je možná a nutná. Závislost může vést k životnímu debaklu, ke zhroucení způsobilosti zastávat osobní a sociální role, na závislost lze i zemřít“* (Kalina, 2015, s. 102).

Aby mohla být léčba úspěšná, musí být založena na důvěře a tato důvěra nesmí být odborníkem poskytující léčbu zrazena. Výzkumy potvrzují, že léčba uživatelů drog je účinná. Zhruba 40% uživatelů drog po absolvování léčby abstinguje od návykové látky (Radimecký, 2006).

Někteří terapeuti jsou toho názoru, že chce-li se žena vyléčit ze své závislosti, potřebuje navázat kontakt s jinými ženami, které mají podobné zkušenosti (Millerová, 2011, s. 317)

Jana

V podstatě moc informací o tom jak probíhá taková léčba, moc neměla. První pokusy o léčbu v psychologických ambulancích nefungovaly, protože Jana závislost schovávala za jiné zdravotní problémy, Odradilo ji odmítnutí psycholožky. Bála se režimu, přístupů terapeutů, vybavovaly se jí situace z filmu (přepíjení antabusu a následná reakce, buzerace, přísnosti): *„Protože jsem si představovala, že je to takový režim podobný, jako v tom filmu Dobří holuby se vracejí a podobně. Tak jsem s toho měla taky strach, že jak to jako zvládnou“.*

Během pobytu v léčbě Jana zažívala situace, kdy by nejraději odešla – nepochopení, ztráta důvěry k některým terapeutům, konflikty se spolu pacienty, uvědomovala si, že je vlastně neumí „v běžném životě“ jinak řešit než alkoholem.

„Ty zatěžující situace, které byly i v té léčbě jsou těžké tak, že jsem na ten alkohol dostávala chuť nebo jsme se dívali na televizi, také v televizi, když lidi pili. Prostě jsem chtěla strašně stejný pocit, jako předtím, když jsem viděla, že někdo pije víno, chtěla jsem zažít tu chvíli jak mi, to teče tím hrdlem a tak“.

„Že tu léčbu potřebuju, že to bez ní nezvládnou, že to jako v podstatě nutný“

Helena

„Já jsem si léčbu představovala jako „dobří holuby se vracejí“. Představovala jsem si, že to bude něco, jako pro alkoholiky“. „V Dobrých holubech pro mě byly odstrašující okamžiky, jaké falešné móresy tam zaváděl vrchní ošetřovatel Hrušínský“

Setkala s arogantním a mocenským jednáním zdravotních sester. Hnacím motorem pro Helenu byly její děti, už nechtěla, aby měly matku feťáčku. Styděla se za sebe a děti ji chtěly zpátky, dcera jí posílala dopisy. Soudružnost a spojení se spolu pacientkami jí pomáhaly zvládnout léčbu.

Věra

Z informací od spolu pacientů si vytvořila představu: *„Budu jim určitě k smíchu, budou tam sami mladí, nebudu jim stačit“. „Přece nejsem ve škole, aby mne někdo známkoval“.*

Pro ústavní léčbu se rozhodla spíše na nátlak rodiny. V současné době by měla být Věra již měsíc na režimovém oddělení léčby závislosti. Jak zvládá požadavky na léčbu, nejsem informována.

Iveta

Měla strach, že léčbu nevydrží. Vybavily se jí scény s „holubů“. Leštění bot, nástupy v pozoru u postele. Krutého ošetřovatele, který rozdává trestné body za sebemenší projevy nelibosti či revolty.

Když se jí nepovedl druhý pokus o sebevraždu: „*Brala jsem to jako výzvu, začít znova a možná lépe*“. Ale představy z „holubů“ se nekonal.

Nedostatek informací o režimu, řádů, terapeutických postupů, o prostředí oddělení léčby závislosti měly všechny ženy minimální, v podstatě jediné informace před nástupem do léčebny získaly po zhlédnutí filmu „Dobří holuby se vracejí“. Motivaci podstoupit léčbu nebyla jejich závislost na drogách, ale jednalo se spíše o okolnosti, které vyplynuly z jejich závislostí – strach ze ztráty zaměstnání, strach o zdraví, narušené až přetřhané vztahy s rodinou. Jana s Helenou zažívaly situace, kdy chtěly odejít, jednalo se o ztrátu důvěry k terapeutům, ponižování a nerespektování ze strany terapeutů i spolu pacientů, chutě na drogy, počáteční neochota přijímat pravidla a řád oddělení, neschopnost přijmout kritiku ostatních. Postupem času si uvědomily, že by při předčasném odchodu nezvládly abstinovat. Přes veškeré výhrady léčbu dokončily, Hodnotí ji jako potřebnou ke změně svého životního stylu. Ivetin počáteční strach z režimu a pravidel se nenaplnil. Od počátku léčby navázala zdravý terapeutický vztah s ošetřující lékařkou, který jí pomohl uskutečnit změny v osobním i profesním životě.

Věra v době výzkumu byla na začátku své léčby, zda ji úspěšně dokončila, nejsem informována.

Kdo a za jakých podmínek má přínos z léčby zvýšit? Charakteristika „úspěšných“ a „neúspěšných“ klientů vede k závěru, že z léčby mají menší prospěch, ti kteří jsou problémovější a více léčbu potřebují. Neúspěch však nebývá výhradně jejich záležitostí. Může se na ní více faktorů. Faktory, které významně ovlivňují úspěšnost léčby, jsou: Vhodný výběr programu, integrita programu, terapeutický vztah a styl, délka programu, udržení a zapojení do programu, obsah programu, komunitní péče, realistické plánování. (Kalina, 2015, s. 616).

3.9.6. Ponižování patří k léčbě

Mezi odborníky zabývající se léčbou závislostmi patří adiktologové, lékaři, psychologové, psychiatři, zdravotní sestry a další odborníci. Od všech profesí se požaduje, aby používali svou odbornost s vážností vůči důstojnosti a sebeúctě jednotlivce, měli schopnost vcítit se do problému druhých lidí, uměli naslouchat a současně respektují práva pacientů (Kalina, 2015, s. 606).

Jana

Janu ovlivnily situace ve filmu „Dobří holuby se vracejí“: *„Jak vlastně zvládnou tam takový ty ponižující situace, protože myslím si, že v tom mém životě jsem byla tak ponižovaná dost a teď jsem se tomu nechtěla vystavovat ještě víc“.*

Zařadit se do nastaveného režimu v léčebně bylo pro Janu těžké: *„Bylo to pro mne hrozně ponižující a jako vlastně jsem nechápala, proč to tak je, proč jako abych se léčila, musím být tak ponižována nějakým způsobem. Přestože jsem nějaký věci nevnímala jako fér, tak postupem času jsem se v té léčbě naučila nějak fungovat, že jsem prostě věděla, jak se co v podstatě dá obejít a tak v podstatě bych tam zvládla být i dlouhodobě“.*

Strach z toho, že spadne až na pomyslné dno a ztráta zaměstnání byly důvodem, proč překonala strach a obavy s ponižování.

Helena

Helena si představovala výchovné metody pana Hrušínského z filmu „Dobří holuby se vracejí“. *„Myslela jsem, že to bude léčba, jako pro alkoholiky“.*

Byla bezdomovec, nechtěla zpátky na ulici. Chtěla se zase vídat s dětmi a v tom stavu se styděla za nimi jít.

Na detoxu: *„Vrchní sestra na mě byla nepříjemná – kdybyste nefetovala, tak si budete pamatovat, dobře vám tak“.* Helena byla rozhodnuta dokončit detox a pokračovat na režimovém oddělení.

Léčebna: *„Zažila jsem i takové sestry, které s námi zacházely hrozně. Třeba jsem tam spolu pacientu s vysokoškolským vzděláním, setra ji řekla: „Dobře vám tak, neměla jste chlastat. Bylo to pro mne takový ponižování lidí. Já jsem tam v té době byla jediná feťačka, takže na mne koukaly ještě hůř, také spolu pacientky“.* Se spolu pacientkami je sblížily podobné zkušenosti s rodinným životem a společný optimismus na lepší budoucnost: *„Holky spolu pacientky mi pak řekly, že se mě nejdříve bály a štítily, ale po pár dnech zjistily, že jsem v pohodě, tak jsme táhly za jeden provaz a pochopitelně proti „zlému“ týmu sester“.* Společné přesvědčení, že ponižování patří k léčbě, všechny oslovené ženy získaly ze scén, které se odehrávaly ve filmu „Dobří holuby se vracejí“. Ostatními zdroji mýtu bylo vyprávění pacientů, kteří s nimi byly společně na detoxu a s pobytem v léčbě závislosti měli již zkušenosti. V průběhu pobytu v léčbě se Jana a Helena s ponižováním ze strany terapeutů setkaly. Věra a Iveta neúctu a ponižování nepociťovala.

Adiktologie je interdisciplinární obor zaměřující se na bio-psycho-sociální model závislosti. Jedním z mnoha cílů je podpora údravy duševního zdraví klientů. *„Akceptování pacienta/klienta jako autonomní a jedinečné lidské bytosti a respektování jeho práv patří již řadu desetiletí k ústředním zásadám terapeutů a dalších pomáhajících profesí“* (Kalina, 2015, s. 599).

Pokud dochází k nedodržování této zásady se strany terapeutů a jiných pomáhajících profesí, klienti pak odcházejí předčasně z léčby a často se vrací k původnímu životnímu stylu užívání návykových látek. Přestanou věřit, o smyslu a schopnosti dosáhnout života bez drog. Obnovit motivaci klienta ke změně a nasměrovat ho zpět do léčby je pak daleko složitější a ne vždy se to povede.

4. Závěr

Cílem mé práce bylo analyzovat mýty o adiktologických službách v kontextu případových studií analyzovat: příčiny vzniku těchto mýtů, překonání nebo utvrzení, těchto mýtů a zda měli vliv na rozhodnutí respondentů využít adiktologické služby.

Teoretické části vysvětlují pojmy mýtus, adiktologické služby, závislost a stigma.

V praktické části jsem zaznamenala příběhy žen, které si prošly závislostí a její léčbou. Oslovila jsem čtyři ženy věku čtyřicet až padesát pět let, které se léčily ze závislosti na drogách, o závislost na alkoholu se jednalo u dvou žen, po jedné na pervitinu a lécích. Pomocí kvalitativní výzkumné strategie jsem provedla výzkum s těmito ženami. Data potřebné k výzkumu, jsem získala nestrukturovaným rozhovorem, který jsem zaznamenala na diktafon a pro usnadnění zpracování dat jsem je převedla do písemné formy. Stanovila jsem šest mýtů, jejíž analýzou se pokusím odpovědět na výzkumné otázky.

Při hledání odpovědi příčin vzniku a překonání mýtů o adiktologických službách jsem našla několik odpovědí. Odpovědi se u jednotlivých příběhů žen, které se účastnily mého výzkumu, se ve většině případů shodují. Velká většina mýtů je propojena dvojím stigmatem ženy uživatelky návykových látek. Nebylo pro mě přijatelné být takto označena, být jiná než ti ostatní, znamená pro většinu společnosti, být horší a těžko tolerovaná. Od toho se vyvíjela skutečnost, že ženy si sice svou závislost uvědomovaly, ale představa přiznání okolí a tím pádem označení jednou alkoholik/feťák na vždy alkoholik/feťák, jim bránilo vyhledat odbornou pomoc. Přesvědčovaly sebe, rodinu i odborníky, že ony nejsou závislé a až budou chtít, omezí nebo přestanou bez něčí pomoci užívat drogy.

Nabízenou adiktologickou službu nejprve odmítaly. Trvalo různě dlouhou dobu, než si přiznaly, že bez odborné pomoci se závislost na drogách nezbaví. Závislost na drogách schovávaly za jiná somatická onemocnění. Důvodem proč se rozhodly pro odbornou pomoc, byl strach o zhoršující se zdraví, strach ze ztráty zaměstnání nebo kontaktů s rodinou, problémy s bydlením. Člověk, který vyrůstá od dětství v nezdravých rodinných vztazích, kde je potlačována a podceňována je osobnost, ztrácí své sebevědomí a smysl svého života. Často tak přejímá názory svých rodičů a o svých rozhodnutích pochybuje a ztrácí je. Rozhodnutí vyhledat pomoc při závislosti na drogách negativně ovlivnil převzatý názor od matky u jedné z oslovených žen, který překonala, až když matka zemřela a vyhledala odbornou adiktologickou službu.

Neomluvitelný a pro mne těžko pochopitelný, byl postoj a reakce psychologa, který byl požádán o psychotherapeutickou pomoc. Nebyla to přímá zakázka o pomoc při závislosti na drogách, ale po její odhalení, byla zakázka odmítnutá. Právě takovýto odborník, který pracuje v pomáhajících profesích, musí umět navázat terapeutický vztah a pokud toho není schopen, terapie může stagnovat, ztratit na své účinnosti

a klienta může poškodit, jako v tomto případě. Klientka byla odmítnuta, pocítila opět nezáměr o svou osobu a problémy se závislosti na drogách přestala řešit další dva roky. Potvrdila si názor matky, čili převzatý mýtus „psychologové jsou vydřiduši a stejně jí nepomůžou“.

Jak jsem se již zmiňovala různé okolnosti, které byly důsledkem závislosti na drogách, přivedly všechny oslovené ženy do ústavní léčby závislosti. Ani jedna nebyla rozhodnuta s užíváním drog zcela přestat, představovali si, že pokud nastane v jejich životě nějaká zatěžující situace, vyřeší ji užitím své drogy, chtěly se naučit tzv. kontrolovaně užívat drogy. K vyvrácení a překonání toho mýtu postupně dospěly během léčebné terapie nebo po prvním relapsu. Kontrolované užívání drog je přáním možná všech uživatelů drog, proto věřit v tento mýtus pro ně, ale i jejich rodinu často přijatelné. Neboť pokud někdo pije kontrolovaně, není označen za feťáka/alkoholika a to znamená, že je společnosti přijatelný.

Informace, jak vlastně léčba probíhá, jaký je čeká režim, získaly hlavně přes media a od uživatelů drog, kteří podstoupili většinou neúspěšně léčbu v některé psychiatrické léčebně na oddělení léčby závislosti. Veškeré sdělovací prostředky mají velký vliv na naše jednání a myšlení od dětství ani v dospělosti tomu není jinak, jsou nám ukazovány záběry, které chceme slyšet. Rádi se ztotožňujeme se vším, co je pro náš život výhodné a přijatelné pro nás i většinovou společnost. Medializace psychiatrických léčení a také většinou zkreslené informace o závislosti na drogách a její léčbě, mají velký vliv na přijetí závislosti na drogách jako nemoci celé společnosti, ale i drogově závislých. Zde vzniká prostor pro vznik řady mýtu o adiktologických službách. Oslovené ženy si představovaly režim a řád v léčebně, který byl prezentován ve filmu „Dobří holuby se vracejí“. Scénky s filmu, kde se vyskytuje ponižování, nerespektování člověka, pohrdání člověkem, bodovací systém, využívání moci terapeutů i spolu pacientů, byly příčinou vzniku mýtu, že léčba závislosti na drogách se nedá zvládnout.

Z jednotlivých příběhů jsem analyzovala, že mýtus o možnosti nezvládnutí léčby, byl všemi oslovenými ženami překonán a léčbu zdárně ukončily. Ne vždy se jednalo o jednoznačné překonání. Aby byla léčba úspěšná, musí splňovat určité faktory, které zmiňuji v kapitole 3.9.5. Některé z těchto faktorů, nebyla vždy dostatečně splněna. Převážně se to týkalo nenavázání zdravého terapeutického vztahu, kdy byla ohrožena klientka. Ta pak uvažovala o předčasném ukončení léčby, i přesto v léčbě zůstala, ale přínos s této terapie byl minimální. Z praxe vím, že mnoho klientů neúspěšných v léčbě závislosti, utvrzují ostatní v mýtu o nezvládnutí léčby a to hlavně pokud se jedná o léčebnu, kde oni sami neuspěli. Takto převyprávěný mýtus bývá příčinou nevyužit nabízené adiktologické služby.

Otázky význam mýtu a důležitosti mýtu o adiktologii jsem částečně zodpověděla v předchozích řádcích. Mýty všeobecně zasahují do současného života lidské společnosti v mnoha rovinách., V dnešní době lidé stále více kladou důraz na svobodné rozhodnutí, pluralitu názorů, výkladů, vysvětlení a mýtus takové možnosti nabízí. Je třeba si uvědomit, že mýtus je systém komunikace, že je určité sdělení. Ne jinak je tomu v oboru adiktologie.

Těmito mýty je společnost i jednotlivec ovlivněn a často utvrzován že jedná správně. Při výzkumu se mi potvrdilo toto tvrzení a to pokud se jedná především o negativní vliv mýtu na jednání jedince laika i odborníka. Znat mýty, které se předávají o adiktologických službách, nám pomáhá zprostředkovat výklad o společenském vědomí o těchto službách. Toho to poznání lze využít v šíření informovanosti o závislosti jako nemoci a její léčbě ve společnosti. U jednotlivých případů jsem si potvrdila svoji zkušenost o nedostatečné či minimální znalosti této problematiky jak u závislých jedinců, v tomto případě u žen středního věku, tak i z pohledu rodiny a veřejnosti. Zarážející, ale zdaleka ne ojedinělé jsou tyto neznalosti, ale také možná neochota pracovat se závislými lidmi, u odborníků mimo oboru adiktologie a zvláště pak odborníků pracujících v adiktologii, která se odráží v jejich přístupu, pohledu a jednání k závislému jedinci. Pak, jak jsem si potvrdila zkušenosti ze své praxe na oddělení detoxu, kde pracuji v pozici zdravotní sestry, dochází k rozvoji těžké fáze závislosti na drogách a následně k negativním dopadům na osobní život jedince, ale i jeho rodiny. Včasná prevence, edukace, využití supervizí by pomohlo těmto způsobům jednání odborníků předejít ve většině případů.

Informace a závěry získané z prováděného výzkumu je třeba vztahovat pouze na sledovaný výzkumný vzorek respondentek, který byl výše popsán. Přestože výsledky mého výzkumu nelze zobecňovat, mohou sloužit jako zpětná vazba pro odborníky i laickou veřejnost, ale i jako zdroj informací rodinným příslušníkům a samotným ženám, které mají problém s užíváním návykových látek.

Dějiny mýtu jsou vlastně historií lidstva. Jsou záznamem jeho nadějí a usilování, jeho pátrání po řadu věcí. Mýty pomáhají porozumět světu a našemu místu v něm. Mýty a jejich trvalé proměny nám pomáhají pochopit ty, kdo tyto příběhy vyprávěli a vytvářeli je.

5. Seznam zdrojů

ARMSTRONGOVÁ, Karen. Krátká historie mýtu. Argo. Praha. 2006

BARTHES, Roland. Mytologie. Dokořán. Praha. 2004

BUDIL, Ivo. T. Mýtus, jazyk a kulturní antropologie. Triton. Praha 1995

HARTL, P. HARTLOVÁ, H. Velký psychologický slovník. Portál. Praha 2010

HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Praha: Portál, 2005,

HOSÁK, Ladislav. HRDLIČKA, Michal. LIBIGER, Jan. Psychiatrie a pedopsychiatrie. Karolinum. Praha. 2015

KALINA, Kamil a kolektiv. Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup. Úřad vlády České republiky. Praha. 2007

KALINA, Kamil a kolektiv. Klinická adiktologie. Grada. 2015

KALINA, Kamil. Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii. Grada.Praha. 2013

Kolektiv autorů sdružení SANANIM. Drogy – otázky a odpovědi. Portál. Praha. 2007

KOPŘIVA, Karel. Lidský vztah jako součást profese. Portál. Praha. 2006

MILLEROVÁ, Geri. Adiktologické poradenství. Galen. Praha. 2011).

NEŠPOR, Karel. Návykové chování a závislost. Portál. Praha. 2011

PRAŠKO, Ján. OCISKOVÁ, Marie. Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch. Grada. Praha. 2015

RADIMECKÝ, Josef. Jeden krok vpřed a dva kroky vzad..? Kritika konceptu závislosti jako nemoci, Adiktologie, 2007, 7/2 – Supplementum,

SOKOL, Jan. Malá filozofie člověka. Vyšehrad. Praha. 1998

- PRAŠKOJan a kolektiv. Stigmatizace a panická porucha.

<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2012/03/02.staženo 17. 10. 2016>

- RADIMECKÝ, Josef. Funguje léčba uživatelů drog.

<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/72/168/ staženo 25.10.2016>

- RAITER, Tomáš. Kvalita Očima Pacientů

http://www.hodnoceninemocnic.cz/download/KOP_MZ_09_Psych_lecebny_I.dil

Staženo 26.11.2016

- ŠVARC, Jiří. Právní problematika v psychiatrii, Oznamovací povinnosti psychiatrů.

<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/06/12.pdf> Staženo 21.11.2016

- VONDRÁČKOVÁ, Petra. Harm - reduction v léčbě užívání alkoholu.

<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/72/3681/stazeno> 18. 10. 2016

- Zdarma/ruzne/zdravotnictvi-drogy-hygiena/23087-zdravotni-nezpusobilost-pacienta-a-oznamovaci-povinnost-lekare-k-navrzeni-zabaveni-ridicskeho-prukazu-ridicaku.html

<http://www.bezplatnapravniporadna.cz/online>-Staženo 23.11.2016

<http://www.bohnice.cz/wp-content/uploads/dokumenty/domaci-rad-odd-7.pdf>