

1 Úvod

Diplomová práce se zabývá psychodynamickými aspekty adiktologické léčby v denním stacionáři. Cílem předložené práce je porozumět individuálním případům skrze vybrané psychoanalytické teorie závislostních poruch, zejména vývojová stádia E. H. Eriksona. Současně je kladen důraz na psychodynamické přístupy v běžné praxi v denním stacionáři pro léčbu závislostí, která se soustředí především na osvědčené neverbální intervence (originální technika s kameny, arteterapie, neverbální techniky) a přenosové jevy. Vybrané terapeutické intervence, které zde popisují, slouží jako nástroje, skrze které je možno nahlídnout na etiologii závislosti. Etiologie závislosti bývá popisována v bio- psycho- socio- existenciálním kontextu. Bio- psycho- socio- existenciální model je komprehenzivním modelem vysvětlujícím závislost a je spojovacím nebo integrativním výkladovým konceptem. Příčiny závislosti skrze něj vidíme komplexně a rozumíme multifaktoriálnosti, která vznik a rozvoj závislosti provází. V praxi to znamená, že se na vzniku a rozvoji závislosti podílí jako biologické, tak psychologické, sociální a spirituální vlivy a není možné závislost vysvětlit existencí pouze jedné úrovně.

Závislost je pokládána za projev, nikoli podstatu poruchy a léčba by měla cílit na celou osobu (De Leon, 2000). Psychoanalytické teorie v léčbě závislostí zdůrazňují potřebu reflektovat hlubší, především osobnostní vrstvy závislostních poruch, což je nezbytné pro dosažení trvalejší účinnosti léčby závislostí, jak dokládá mnoho českých i zahraničních výzkumů (Kooyman, 1993; Leeds et Morgenstern, 1996; Woodhams, 2001; Jeřábek, 2011; Kalina, 2013).

Teoretická východiska práce jsou zasazena do tří okruhů s ohledem na výzkumný materiál a metodiku. Tyto okruhy tvoří přehled psychoanalytických teorií s důrazem na Eriksonovu epigenetickou koncepci osmi věků člověka, dále možnosti adiktologické léčby v podmínkách denního stacionáře a možnosti změny v psychoterapii závislých vůbec.

Výzkumným jádrem práce jsou kvalitativní rozbory případových studií pěti klientů, přičemž v každé studii je ilustrováno jedno vývojové stádium E. H. Eriksona, které jsem interpretovala jako klíčové pro vznik a rozvoj závislosti. Současně každá studie je zpracována podle stanovené struktury, která plyne od samotného životního příběhu s anamnestickými daty, přes teoretický rozbor konkrétního nezvládnutého vývojového

stádia, po terapeutické intervence používané v léčbě závislostí v denním stacionáři. Za účelem dosažení výše uvedeného cíle jsem stanovila čtyři výzkumné otázky: (1) Jak je možné využít psychoanalytické teorie k porozumění etiologii a terapeutickému procesu závislých klientů denního stacionáře?, (2) Jaký význam mají tyto teorie v životech jednotlivých klientů s diagnostikovanou závislostí na alkoholu, lécích nebo patologickém hráčství?, (3) Jak se význam těchto teorií projevuje v průběhu léčby těchto klientů, resp. z čeho můžeme usuzovat jejich přítomnost? a (4) Jaké klíčové terapeutické intervence jsou v léčbě používány a reagují právě na analytické vývojové teorie o vzniku závislosti?

Samotné uvažování nad příběhem klientů a ilustrování Eriksonova konceptu spolu s uvedením nejdůležitějších terapeutických intervencí používaných v praxi denního stacionáře spolu s odpověďmi na výzkumné otázky může terapeutickému týmu daného oddělení sloužit jako zpětná vazba pro intenzivní psychoterapeutickou práci, na kterou se zde intenzivně zaměřují.

2 Teoretická východiska

Existuje mnoho psychoterapeutických směrů, které příčiny závislosti vidí rozdílně. Podle Kaliny (2013) existují v zásadě dva autonomní psychoterapeutické směry-psychoanalýza a behaviorismus. Uplatnit v léčbě závislostí obojí nabízí nesmírně širokou škálu terapeutických intervencí a z profesionálního hlediska je výhodné je využívat a kombinovat. Psychoanalytické teorie rozšiřují a doplňují o jiné pohledy u nás obvyklou tzv. abstinenci léčbu¹. Více méně se shodují v tom, že její převládající behaviorální profil neodpovídá dostatečně na vnitřní problémy pacientů, což oslabuje jeho trvalejší účinnost. Řešení spatřují v tom, že léčebné programy budou více reflektovat hlubší, především osobnostní vrstvy závislostních poruch.

Podrobnou charakteristiku všech psychoterapeutických směrů spolu s konkrétními terapeutickými intervencemi, kterými disponují, najdeme tamtéž. Právě psychoanalytické teorie závislostních poruch tvoří centrum zájmu v této diplomové práci, protože je považují za přínosné a až nezbytné v pochopení příběhů závislých jedinců. V životních příbězích klientů závislých na alkoholu, lécích nebo patologickém hraní se psychoanalytické teorie závislostí opakovaně objevují. V klinických ilustracích popíšu několik vybraných psychoanalytických teorií, přičemž stěžejní osou bude epigenetická koncepce osmi věků člověka podle E. H. Eriksona.

Společným jmenovatelem psychodynamických teorií je předpoklad, že existuje několik vrstev lidského prožívání a reagování: vědomá mysl, nevědomá mysl projevující se zejména v neverbální komunikaci a v jednání, které je na vědomé úrovni méně srozumitelné, a to jak pro jedince, tak pro jeho okolí.

Jeřábek (2004, 2011) se zamýšlí nad místem psychodynamických přístupů v adiktologické teorii a praxi a uvažuje o hluboce intrapsychoicky založené osobnostně dispoziční a převážně nevědomé struktuře, která spočívá v pentalogii: (1) nízká integrace identity (identitou se zde rozumí především emoční, kognitivní a motivační aspekt vztahu sama k sobě), (2) nízká úroveň defenzivní organizace, (3) narušená internalizace objektových vztahů, (4) nízká integrace superega, (5) nízká integrace emocí (jejich

¹ Abstinenci léčba (léčba vedoucí k abstinenci, odvykávací léčba) je základní strategií léčby závislostí na návykových látkách. Směřuje k osvojení životního stylu, ve kterém nemá užívání NL místo. Abstinence je pro takový životní styl podmínkou nutnou, ale nikoliv postačující. Podle novějších názorů je spíše prostředkem než cílem, je však současně hodnotou (Kalina, 2013).

nepřiměřenost a neadekvátnost včetně nevědomého přemístování nebo odehrávání). Popsaných pět faktorů je založeno konstitučně a vývojově. K uvedenému schématu se přidružuje (6) distorze percepčně kognitivního zpracování reality a (7) motivační inkongruence a ambivalence. Jedná se o to, že komplexní psychické funkce (percepčně kognitivně a motivačně volní) interferují se základními strukturami a procesy ega a s emočními stavy.

Ve své kapitole se autor odvolává na klasiky psychodynamického přístupu a cituje např. De Leona, který závislost na návykových látkách pokládá za projev, nikoliv podstatu poruchy, a požaduje, aby léčba cílila na celou osobu (De Leon, 2000). Dle Woodhamse (2001) by léčba měla brát v úvahu především spodní, skryté proudy pacientovy osobnosti. Jakkoliv jsou Rosenthal a Westreich (1999) skeptičtí k využití psychoanalytických metod v léčbě látkových závislostí, řada psychodynamických zásad se stala nezbytnou součástí většiny léčebných přístupů (např. respekt k nevědomí, sebepojetí, osobnostním obranám). Prochaska a Norcross (1999) hovoří o zvyšování vědomí jako o jednom ze základních procesů změny. Kalina a Miovský (2008) k tomu uvádějí, že terapeuti různého zaměření využívají zvyšování vědomí v intencích tradice založené Freudem se základním záměrem učinit nevědomé vědomým (aby bylo Ego tam, kde je Id). Sebepoznávání a sebeexplorace jsou u psychodynamických postupů dosahovány prostřednictvím interpretací, které objasňují dosud skryté souvislosti a umožňují překonávání nevědomých psychologických obran, které pacienti často používají ke zvládnání ohrožujících emocí, impulzů nebo kognitivních podnětů (Mikota, 1995; Leeds et Morgenstern, 1996; SAMSHA, 2006). Velký význam má verbalizace- překlad prožitků a chování do pojmového a syntaktického jazyka, jako umožnění pacientova kontaktu s vlastním tělem, emocemi a jednáním v rámci interpersonálních vztahů a neuvědomovaných životních scénářů, které může (po jejich zvědomění) lépe rozpoznávat, zpracovávat, zvládat a měnit. V individuální i skupinové psychoterapii se zvyšování vědomí často odehrává na základě zpětných vazeb. U behaviorálních a kognitivně-behaviorálních směrů má zvědomování podobu popisu neuvědomovaných vzorců chování a/nebo myšlenkových pochodů a pochopení toho, co a jak má být v behaviorální rovině změněno (Rotgers, 1996; Morgan, 1999; Carroll, 2004). U postupů zdůrazňujících navíc emoce a vztahové či komunikační aspekty, jejich zvědomování s sebou přináší i schopnost autentičtějšího prožívání. Autoři se navzájem liší v tom, do jaké míry se má s osobností závislého pracovat. Schuckit (1995) uvádí, že

existují přesvědčivé údaje, že specifický profil osobnosti (jiný než asociální) je důležitou příčinou drogové závislosti. Navzdory tomu se domnívá, že intenzivní úsilí o změnu osobnosti jako integrální součásti léčby daleko přesahuje finanční a personální zdroje obvyklých léčebných programů. Oproti tomu Kooyman (1993) považuje za hlavní cíle léčby v terapeutické komunitě: a) změnu negativního sebepojetí na pozitivní, b) porozumění strachu z odmítnutí, c) učení se vytvářet uspokojivé blízké vztahy, d) učení se cítit svoje pocity a emoce a vyjadřovat je, e) získání důvěry v sebe a druhé, f) poznání (uznání) limitů svých schopností. Deitch (1995) zdůrazňuje, že sebeobraz závislého se manifestuje v jeho chování a ke změně chování může dojít pouze tehdy, když mu předchází změna vnímání sebeobrazu (in Jeřábek, 2011).

Psychoanalytické (širěji psychodynamické) pojetí vychází z automedikačního modelu, který v užívání návykových látek spatřuje posílení osobnostních obran, redukci bolestivých afektů nebo tišení nezvladatelného vzteku. Automedikační hypotézu předložil již Sigmund Freud v roce 1884 (cit. vyd. 1974). Wurmser (1984) považuje látkově závislé za jedince se závažnými intrapsychickými konflikty, zvláště ve smyslu přísného superega, přičemž tyto osoby požívají alkohol nebo drogy za účelem úniku od pocitů zlosti a strachu. Krystal (1984) vychází z teorie objektních vztahů a předpokládá narušení symbiotického vztahu k matce, což vede posléze k touze po sjednocení s ideálním objektem, která však současně přináší hrůzu z možných zranění, ke kterým ostatně u závislých dochází. Dále se Krystal věnuje alexithymii, kdy si jedinec pomocí drogy zajišťuje odpojení od svých bolestivých emocí. McDougal (1989) nabízí, že všechny aditivní poruchy jsou psychosomatickými obranami proti psychickým konfliktům a bolesti. Khantzian et al. (1990) vysvětlovali užívání návykových látek jejich schopností modulovat intenzivní bolestivé afekty nebo impulzy. Rosenthal a Westreich (1999) předkládají koncept adiktivní osobnosti s následující charakteristikou: nízká frustrační tolerance, manipulativnost, neupřímnost, chatrné superego.

2.1 Psychoanalytické teorie závislostních poruch

Psychoanalytické teorie závislostních poruch poprvé podrobněji popsal Mikota (1995), který je sumarizuje do tří oblastí². Teorie dále rozšířil a obohatil o novější poznatky současných autorů Kalina (2013). Dělí je na klasické psychoanalytické teorie, teorie z ego-psychologického období a jiné teorie (samoléčení, kodependence), přičemž v tomto dělení vychází částečně z Mikotovy koncepce (Mikota, 1995).

2.1.1 Klasické psychoanalytické období

Nejstarší psychoanalytické teorie závislostí můžeme najít v **klasickém psychoanalytickém období**. Jde o fixaci v orálním stádiu a koncepty vycházející ze strukturálního modelu (srov. dělení dle Kaliny, 2013) .

Fixace v orálním stádiu je navenek patrná v různém stupni jako zvláštní povahotyp, častý mezi závislými. Vyznačuje se silnou potřebou, aby o něj bylo pečováno, aby dostával zájem a podporu bez sebemenšího úsilí, obecnou netolerancí vůči psychickému napětí, malou schopností snášet bolest, frustraci, odklad apod. Intoxikace je příležitostí k dočasnému úniku z frustrací, které tito lidé, díky infantilnímu charakteru svých potřeb a očekávání, nutně musejí prožívat. Účinek alkoholu podporuje regresivní sklony dané orálními fixacemi, jež působí ve směru nastolení ranějších forem uspokojování. Mikota také interpretuje názory autorů (Freud, 1905; Tausk, 1915; Rickman, 1925 apod.) z počátku 20. stol., kteří důvody k orální fixaci spatřovali v anomální konstelaci alkoholikovy původní rodiny. Předpokládali zhýčkanou a hýčkající matku, která pozdějšího pacienta chránila před drsným, přísným a nekonsistentním otcem. V typických případech měl být matčin postoj k synovi ambivalentní- někdy ho nadměrně uspokojovala, jindy frustrovala. S tím souvisí současné teorie z oblasti rodinných faktorů vzniku závislosti, jak je popisuje např. Hajný (2008). V anamnézách závislých se často vyskytuje role hyperprotektivní matky a krutého otce, popř. otce chybějícího (viz dále).

Osobnost fixovaná v orálním stádiu má sklony k používání velmi nezralých forem psychologické obrany, např. popření, odštěpení, projekce, inkorporace apod. Podstatný rys vystihují Prochaska a Norcross (1999): podle nich orální osobnosti „v hloubi duše touží po

² 1) Hypotézy z doby, kdy psychoanalytická teorie ještě nechtěla být obecným modelem osobnosti.;
2) Názory z období rozvoje egopsychologie.; 3) Přísliby současné doby, zejména z okruhu psychologie self.

pasivním přijímání bez dávání nebo po agresivním braní, aniž by si něco zasloužily“.

K orálnímu stádiu v klasické psychoanalytické teorii můžeme vztáhnout období, kdy se odehrává Bowlbyho psychobiologický proces attachmentu (přimknutí) a první stádium vývojového schématu E. H. Eriksona- vytváření bazální důvěry.

Jsou-li orální potřeby přiměřeně nasycené, vytváří si dítě bázi pozitivního pojetí Já i ne-Já. Eriksonova základní důvěra znamená i základní sebedůvěru. Určitá míra frustrace je nezbytná, má-li se zdravě založit proces separace/individuace (rozlišení Já a ne-Já). Ale bezbřehá péče i přílišná deprivace může zranit dítěte ztížit, takže vchází do dalších stádií s určitým vývojovým handicapem. To se může projevit při vývoji některých osobnostních rysů a celoživotního scénáře (Kalina, 2013).

Z výše uvedeného vyplývá několik podstatných fenoménů, kterých si všímají teorie závislosti, které hypotetickou fixaci v orálním stádiu berou alespoň částečně v úvahu.

1) Nízká tolerance vůči psychickému napětí, neschopnost snášet bolest, frustraci, odklad uspokojení potřeb: středoevropský psychoanalytik Rado již ve dvacátých a třicátých letech minulého století považoval za základní problematiku závislých vysokou míru tenze a malou toleranci k psychické bolesti (Mikota, 1995). K vyrovnání se s tenzí a citlivostí na psychickou bolest používají drogově závislí nezrale (primitivní) formy psychologické obrany. Podle Casriela (in Kalina, 2013) je typickou odpovědí umrtvení, opouzďení, zamrznutí negativních afektů; základním problémem osobnosti je nedostatečné nasycení vývojové potřeby psychobiologické intimity, bondingu, což je jistá paralela k Bowlbyho attachmentu. Kooyman uvádí, že před začátkem užívání lze obvykle u toxikomanů najít chování, které sloužilo jako obrana proti nevědomým a bolestivým pocitům. Užívání drog jim pomáhá dosáhnout stejného cíle.

2) Zážitek akutní intoxikace jakožto příležitost k dočasnému úniku z frustrací (viz výš) nebo k dosažení rozpuštění obran a hranic a návrat do nediferencovaného, symbiotického stavu myslí, který splňuje představu o rajské blaženosti (Kooyman, 1993; Blatt a kol., cit. In Leeds et Morgenstern, 1999). Luborsky (1995 in Kalina, 2013) pokládá přání stále užívat drogy bez nutnosti čelit škodlivým následkům za „jádrovou touhu“ závislých lidí.

3) Životní scénář závislého popisuje např. Hajný (2008) tak, že závislý člověk je (podobně jako kojeneček) odkázán v mnohém na zvenčí dodaný pocit uklidnění či excitace; v rozvinuté závislosti má (podobně jako kojeneček) velmi zúžený horizont vnímání, zaměřený jen na

svou základní potřebu a cestu k ní, jinak je pasivní a bezmocný. Podle dalších autorů (Mikota, 1995; Kooyman, 1993; Tomášková, 2010) drogově závislý potřebuje, vyhledává a vynucuje si péči, zájem a podporu bez vlastního úsilí. Není schopen žádat ostatní lidi o pomoc přímo. Kontroluje situaci prostřednictvím manipulativního chování a tím chrání sám sebe před odmítnutím. Chová se tak, že směřuje k přímému uspokojení. Nevěří budoucnosti, trpí základní nedůvěrou ve druhé, stejně jako absolutní nedůvěrou v sama sebe. Jeho scénář tak spěje k destruktivnímu zvratu. Kooyman (1993) uvádí, že toxikoman je závislý jednak na pozitivním účinku drogy, jednak na zoufalém životním stylu, přičemž nevyhnutelné zoufalství je nakonec symbolickým řešením vnitřního konfliktu.

Nutno podotknout, že znaky orálního chování se projevují až u rozvinuté závislosti, nikoli jako faktor předurčující vznik závislostního chování. Od klasického pojetí fixace v orálním stádiu jako příčiny vzniku závislosti se v dnešní době již upustilo (Hajný, 2008).

Kalina (2013) rozšiřuje teorie klasického psychoanalytického období o kategorii **konceptů vycházejících ze strukturálního modelu**, jež také patří k ranému dědictví psychoanalýzy. Strukturální model rozlišuje v lidské mysli tři instance: Superego, Ego a Id (neboli Nadjá, Já a Ono). Pozornost psychoanalytiků byla dlouho upřena především na Id, jak o tom svědčí Freudův formulovaný cíl: „aby bylo Ego tam, kde je Id“. Nejinak je to u teorií závislosti na návykových látkách. Předpokládá se souvislost pití alkoholu a užívání drog s impulzy, které mají nejčastěji orální, homosexuální, masochistickou nebo hostilní podobu. Mikota (1995) uvádí řadu názorů z první pol. 20. stol., které vyzdvihují například primární význam masochistického uspokojení nebo sebetrestání a sebedestrukce (analogie závislosti na alkoholu s pomalou sebevraždou). Podle jiných jím citovaných autorů je návykové pití prostředkem k vyjádření hostility, buď přímo ve stavu intoxikace, nebo nepřímo prostřednictvím utrpení, které pití a jeho následky způsobuje rodině a blízkým lidem.

Na roli Superega se pak více věnuje např. Wurmser (1984), který u závislých popisuje destruktivní Superego, které je ohroženo strachem a zuřivostí. Těmto afektům se závislý jedinec snaží unikát právě požitím návykových látek. Wurmser se domnívá, že toto chování je následkem skutečných psychotraumat, které se odehrály v dětství závislých (např. násilí, sexuální zneužívání, opuštění, zrada nebo odtažitost rodičů). U závislých se v důsledku těchto popřených problémů projeví rebelské chování, neposlušnost a vzdorovitost, neschopnost přijmout autoritu, ale na druhé straně trvalý konflikt s krutou

autoritou vnitřní a pochybnostmi o vlastní hodnotě. Účinek návykových látek závislému člověku dočasně uleví v tom smyslu, že se potlačí vnitřní autorita a zmírní se úzkost a pochybnosti, zároveň se ovšem vyřadí i ostatní funkce Superega, které by měly udržovat „ego-ideál“, stabilitu nálad a afektů, chápání hranic vnitřní a vnější reality, sebezpozorování a vztah k sobě. Wurmser tedy patří k autorům, kteří vykládají užívání návykových látek jako „archaický a onnipotentní způsob“, jak se vyhnout ohrožujícím pocitům a impulzům působícím bolest, stud, úzkost (Leeds et Morgenstern, 1999).

2.1.2 Ego- psychologické období

Další hypotézy vztahující se k příčinám závislosti jsou podle Mikoty (1995) **názory z ego-psychologického období**. Ego-psychologické (postfreudovské) období zahrnuje teorii objektivních vztahů, ego-psychologii a psychologii Self. Z tohoto období se nejčastěji uvádí pojetí závislosti H. Krystala, E.J. Khantziana, L. Wurmsera a J. McDougalové (Kalina, 2013). Ego-psychologie se ve formulování teorií závislosti rovněž zaměřila na patologické procesy v utváření celé osobnosti. Soustředila se pak především na ego-obranné funkce, které nechápe jen ve významu obrany Ega před Id; obranné mechanismy umožňují adaptaci člověka na změny v prostředí. Abúzus je chápán jako efektivní obrana spojená se snahou navodit v organismu homeostázu. Užívání psychoaktivních látek není považováno za touhu po hledání vzrušení a příjemných pocitů, ale za léčebnou redukci nelibých emocí, které nelze eliminovat jen vlastními silami. Ego- psychologie nechápe závislost na psychoaktivních látkách jako produkt specifické struktury osobnosti, ale užívání návykových látek je v rámci této koncepce obvykle považováno za symptom, který je reakcí na vnitřní konflikt (Váchová et al., 2009).

2.1.3 Porozumění závislosti skrze vývojová stádia E. H. Eriksona

Odkaz Erika Homburgera Eriksona (1902-1994), který patří k nejvýznamnějším představitelům psychoanalýzy 20. století, můžeme vnímat jako východisko pro porozumění závislosti v psychosociálním kontextu. E. H. Erikson obohatil Freudovu psychobiologickou teorii o neméně závažný psychosociální rozměr, zajímal se především o interakci společenských norem a biologických pudů při vytváření self (já) a identity a proslavil se epigenetickým diagramem.

E. H. Erikson, ego-psychoanalytik a žák Anny Freudové, zformuloval teorii

o vývoji osobnosti „Osm věků člověka“. Podle Eriksona je vývoj člověka od narození do smrti rozdělen do osmi fází. V každé této fázi vývojového modelu přijde specifická vývojová krize, jejímž řešením je další postup ve vývoji. Tento jeho proslavený popis osmi vývojových stádií byl založen na biologických událostech, které narušují rovnováhu mezi pudy a sociálním přizpůsobením. Pokud by člověk nezvládl vývojový úkol osvojením nových dovedností a přístupů, došlo by k zastavení vývoje osobnosti, což by ohrozilo pozdější vývojová stádia. Erikson vynikal tím, že vývojový model rozšířil na celý životní cyklus. Jeho teorie zdůraznila potřebu souvislého sebepojetí ve vstřícných společenských podmínkách (Fonagy et Target, 2005).

Hlavním tématem je utváření osobní identity související s vývojem Ega od kojeneckého období do stáří. Autor věnuje pozornost nejen ranému období jedinice, ale vysvětluje i vývojové úkoly Ega v období, které Freud označil jako stádium latence. Dále se zabývá pubertou a ranou dospělostí a pokračuje přes období „krize středního věku“ do období stárnutí a stáří. V každém stádiu se Ego musí vyrovnávat se specifickým konfliktem a vývojovými úkoly, při jejichž zvládnutí si osvojuje nové kvality a kompetence („ctnosti“³). Eriksonova koncepce je epigenetická, což znamená, že zdařilé zvládnutí jednoho stádia umožňuje (ale nezaručuje) bezpečnější průchod stádium dalším, a naopak, případné nevyřešení minulého konfliktu člověka znevýhodňuje při zacházení s pozdějšími problémy. V pojetí ego- psychologie jsou tudíž kořenem problémů a poruch duševního zdraví v pozdějším věku spíše slabé stránky a nedostatky Ega, problémy jeho integrity, identity a hranic, než konflikty mezi psychickými instancemi (Kalina, 2013).

Užívání návykových látek můžeme u mnoha závislých pochopit jako náhradní řešení konfliktu identita/chaos (droga jako prostředek dosahování falešné identity a obrany před chaosem) a intimita/izolace (droga jako obrana před intimitou, resp. jako prostředek dosahování pseudointimity). Dispozice k závislosti se prohlubuje nezvládnutím vývojových úkolů předchozích stádií. Konflikt generativita/stagnace často vede k alkoholismu. Není ale nepodstatné si uvědomit, že problémy tohoto stádia řeší rodiče mladých závislých. (Kalina, 2013).

³ Bez základních ctností, jak píše Erikson (2002), a bez toho, že by se z generace na generaci vždy znovu objevily, všechny ostatní a proměnlivější systémy lidských hodnot ztrácejí svého ducha a svůj význam. Ctnosti neboli silné stránky jsou vskutku trvalým produktem oněch „příznivých poměrů“.

2.1.4 E. H. Erikson - Osm věků člověka

1. Základní důvěra proti základní nedůvěře

Úkolem dítěte v tomto stádiu je získat základní důvěru v život a svět skrze vytvoření pevného vztahu k matce nebo pečující osobě. Stálost a účinnost péče, kterou od ní dostává, umožňuje kojenci vytvořit si v sobě pocit naděje, že život je, přes dočasné utrpení a neuspokojení, v základě dobrý. Jsou-li potřeby kojence náležitě saturovány, vzniká základní důvěra, která s sebou nese první ctnost- **naději**. Ta není chápána jako filozofický konstrukt, ale jako základní podmínka přežití.

2. Autonomie proti studu a pochybám

Ve druhém stádiu se dítě učí ovládat vyměšování, chodit a mluvit. Je-li samostatná volba dítěte potvrzována rodiči jako dobrá, upevňuje se v něm cit samostatnosti a nezávislosti, schopnosti vynakládání volního úsilí. Pokud není rodiči podporována a oceňována jeho samostatnost, dítě si spíše vytváří pocity zahanbení a pochybnosti vůči sobě ve vztahu k okolí. Ctností tohoto stádia je **síla vůle**.

3. Iniciativa proti vině

V daném stádiu dítě plánuje, experimentuje, pouští se do řady nových činností. Úkolem dítěte je osvojit si základní postoj zodpovědnosti za své činy. Svou iniciativu by mělo vnímat jako dobrou a mělo by v ní být okolím podporováno. Přílišný tlak na úspěch ze strany dospělých může vyvolávat pocity viny. Dělat chyby je součástí iniciativy. Je-li konflikt úspěšně zvládnut, dítě se naučí být iniciativní a získá další z ctností- **účelnost**.

4. Přičlivost proti inferioritě

Neboli konfliktní stádium snaživosti proti pocitu méněcennosti, kdy se přechází od hry k produktivní činnosti. Úspěšné dosahování praktických úkolů vlastní snahou v tomto období je základem rozvoje kompetence, sebedůvěry a sebeprosazení v praktické činnosti a vyvolává v jedinci radost. Neúspěchy vedou k pocitům nedostačivosti a méněcennosti. Při zvládnutí konfliktu získá dítě **kompetenci**, kterou později využije při zvládnutí budoucích úkolů.

5. Identita proti konfuzi rolí

Tento konflikt se odehrává v pubescenci. Jde o jeden z nejnáročnějších úkolů, při kterém zisk či ztráta sebe sama stojí velmi blízko. Sjednocují se všechny představy jedince

o něm samém. Vědomí identity dává dospívajícímu důvěru v to, jak jej vidí ostatní. Úspěšné zakotvení ve světě s jasným sebepojetím jedinci umožňuje vytváření jednoznačných a smysluplných vztahů k vlastní osobě i k druhým. Jedinec zná své místo ve světě a má životní perspektivu. Ctností, kterou v tomto stádiu lze získat, je **věrnost**, osobní oddanost.

6. Intimita proti izolaci

V tomto konfliktním vývojovém stádiu jde o spojení vlastní identity s identitou druhého, bez obav o ztrátu sebe sama. Konflikt je bojem o intimitu k druhému člověku, kdy se snažíme ještě výrazněji pochopit vlastní identitu při objevování identity druhého. Jedinec se nebojí otevřít druhému člověku, je ochoten se učinit zranitelným, přijímat nejistotu a riziko lásky, je ve vztazích schopen ve vyvážené míře dávat i přijímat. Zvládnutím konfliktu jedinec získá další ctnost- **lásku**.

7. Generativita proti stagnaci

Generativita proti stagnaci je předposledním konfliktem, který je třeba řešit. Lidé se zapojují do vytváření společnosti a užitečných věcí. Jedinec se cítí naplněn něčím, co ho přesahuje, žije tvůrčí a produktivní život. Boj se vede mezi aktivitou a pasivitou vůči sobě i druhým. Neúspěšný vývoj se projevuje pocitem stagnace, život nemá smysl a nikam se nevyvíjí. Ctností tohoto stádia je **pečování**, ochota přispět svou konstruktivní troškou do mlýna společnosti.

8. Ego integrita proti zoufalství

Pokud se člověk úspěšně probil všemi konflikty a nesnázemi až do tohoto stádia, má všechny zmíněné ctnosti a může se ohlédnout za svým životem s uspokojením. Jeho Ego je integrováno a on sám může žít s pocitem dobře odvedené práce. Neúspěch při zvládnutí této vývojové krize se projevuje strachem z konce života, nespokojeností s jeho prožitím a zoufalstvím z toho, že jej nelze začít znovu a lépe. Erikson k tomuto stádiu poznamenává: „Zdravé děti se nebudou bát života, pokud jejich rodiče budou mít dostatek integrity, aby se nebáli smrti.“ Ctností posledního stádia je **moudrost**.

Zdroj: podle Erikson (2002) et Kalina (2013)

Věk (přibližně)	Konfliktní vývojové stádium	Ctnost	Významný vztah	Existenciální otázka
0-1	Základní důvěra proti základní nedůvěře	Naděje	Matka (pečující osoba)	Mohu světu důvěřovat? Je pro mne bezpečným místem k životu?
1-3	Autonomie proti studu a pochybám	Síla vůle	Rodiče	Je v pořádku, jaký jsem?
3-5	Iniciativa proti vině	Účelnost	Rodina	Je v pořádku to, co dělám?
5-12	Příčinnivost proti inferioritě	Kompetence	Sousedství, škola	Mohu být přínosný světu, lidem?
12-18	Identita proti konfuzi rolí	Věrnost	Vrstevníci, vzory	Kdo jsem? Kam směřuji? Jaké jsou mé cíle?
18-40	Intimita proti izolaci	Láska	Partneři, přátelé	Mohu milovat?
40-65	Generativita proti stagnaci	Pečování	Domov, pracoviště	Jsem jsem k užitku? Mám o koho pečovat?
65+	Ego integrita proti zoufalství	Moudrost	Lidstvo, blízcí	Měl můj život smysl? Prožil jsem ho smysluplně ⁴ ?

Tabulka 1: Přehledová tabulka: osm věků člověka

⁴ Podle Eriksona vyžaduje integrita Já naše rozpoznání, že náš život, jakkoli je nepředvídatelný, je jediný, který jsme vedli a mohli vést (Mitchell et Aron, 2004).

VIII Zralost								Integrita- zoufalství
VII Dospělost							Generativita - stagnace	
VI Raná dospělost						Intimita- izolace		
V Puberta a adolescence				Identita- konfuze rolí				
IV Latence				Příčliv- ost- inferorit a				
III Lokomotorick o- genitální			Iniciativa - vina					
II Svalově- anální		Autonomie - stud, pochybnost						
I Orálně smyslové	Základní důvěra- nedůvěra							
	1	2	3	4	5	6	7	8

Tabulka 2: Epigenetická tabulka (Erikson, 2002)

Epigenetická tabulka

Pomocí epigenetické tabulky Erikson (2002) systematicky rozebírá koncepci životního cyklu. Úhlopříčka v tabulce představuje normativní sled psychosociálních zisků v každém stádiu s tím, jak v jednotlivých stádiích dodává každý další klíčový konflikt novou kvalitu ega, nové kritérium akumulující se lidské síly. Pod uhlopříčkou je místo pro předchůdce každého řešení s tím, že všechny začínají na počátku; nad diagonálou je prostor pro naznačení derivátů těchto zisků a jejich transformaci ve zrající a vyzrálé osobnosti.

Pro pochopení epigenetické tabulky je nutno si uvědomit dvě skutečnosti. První je, že lidská osobnost se v podstatě vyvíjí v souladu s kroky předem určenými připraveností vyrůstajícího jedince nechat se hnát k rozšiřujícímu se společenskému poli působnosti, uvědomovat si ho a integrovat se s ním. Druhou skutečností je fakt, že společnost má v podstatě sklon utvářet se tak, aby plnila a vyvolávala tuto řadu potencialit pro interakci

a pokusy zabezpečit a stimulovat vhodnou míru a vhodný sled jejich rozvoje. To je podle Eriksona „udržování lidského světa“.

Každá kritická jednotka psychosociální síly je systematicky propojena se všemi ostatními a všechny závisejí na správném vývoji v náležitém sledu každé jednotky. Každá jednotka existuje rovněž v jisté podobě ještě před tím, než nastane její kritický čas. Každý krok dostupuje svého vrcholu, dosahuje své krize a nachází trvalé řešení během naznačeného stádia. Ale všechny musí od začátku v jisté podobě existovat, protože každý akt vyžaduje integraci všech. Z toho plyne, že nemluvně může od počátku vykazovat cosi jako „autonomii“ zvláštním způsobem, jímž se zlostně pokouší vykrotit, je-li pevně drženo. Ovšem za normálních podmínek, začíná dítě teprve druhým rokem pocíťovat celkový kritický protiklad spočívající v tom, že je tvorem zároveň autonomním i závislým; teprve tehdy je dítě připraveno na rozhodující setkání se svým okolím, s prostředím, které se cítí povoláno k tomu, aby mu vstúpilo své pojetí autonomie a donucování, a to způsobem, který významně přispívá k vytváření charakteru a zdraví jeho osobnosti v dané kultuře.

Pokud jde o postup od jednoho stádia ke druhému, úhlopříčka naznačuje žádoucí sled. Skýtá ovšem též prostor pro variace v tempu a intenzitě vývoje. Jedinec či kultura mohou setrvávat nadměrně dlouho v období důvěry a postupovat od I 1 přes I 2 k II 2, nebo se zrychlený postup může pohybovat od I 1 přes II 1 k II 2. Avšak každé takové zrychlení příp. zpomalení má na všechna pozdější stadia modifikující účinek⁵. Znamená to, že při studiu stádií je vždy potřeba mít na paměti jejich celkovou konfiguraci.

2.1.5 Jiné teorie

Mezi jiné teorie z oblasti psychoanalýzy Kalina (2013) řadí teorii samoléčení a teorii kodependence. Zjištění, že drogy mohou být používány jako náhradní prostředek při zvládnání nepříjemných psychických stavů, které člověk z různých důvodů nepokryje vlastními kapacitami, se táhne jako červená nit prakticky všemi psychoanalytickými úvahami a teoriemi o původu závislosti od Freuda až po současnost. Podstatné je, že tato forma uspokojení a dosahování psychické rovnováhy či integrity je oproti životním neshodám relativně snadná a nevyžaduje angažování ve vztazích, dlouhodobé

⁵ Eriksonův model je tzv. inkrementální, neboť neřešené problémy jednoho stádia se projeví jako obtíže se zvládnutím stádia dalšího, případně všech dalších.

usilování a odklad uspokojení. To odpovídá neurobiologickým mechanismům rychlé odměny, které jsou základem současných biomedicínských teorií závislosti. Lze říci, že různé psychoanalytické teorie hledají vysvětlení pro to, z jakých důvodů (orální fixace, konflikt, deficit atd.) člověk tuto snadnost vyhledává, zvyká si na ni, upřednostňuje ji a propadá jí.

Teorii, resp. hypotézu samoléčení považuje Mikota za smysluplný výkladový rámec o souvislosti mezi určitým patologickým rysem osobnosti a nutkáním k opakovanému užívání návykové látky i přes jeho negativní důsledky. Autor zároveň podotýká, že hypotéza samoléčení by neměla být zneužívána závislými pro obhajobu jejich chování.

Teorie kodependence⁶ není svým původem psychoanalytická, její počátek se připisuje hnutí Anonymních alkoholiků. Nicméně její význam je v oblasti léčby závislosti nezanedbatelný a směrodatný zejména v oblasti rodinné terapie závislých. Teorie sama se soustředovala nejprve na osvětlení tzv. umožňujícího a/nebo udržovacího chování rodiny vůči členovi, který užívá drogy. Tyto strategie chování například umožňují nadměrné pití, zabraňují, aby se problém dostal do odborné péče, nebo udržují závislostní vzorce a často podněcují relaps po zdánlivě úspěšné léčbě. Praktickou podobou toho může být podle Hajného (2008) například popírání zjevných problémů spojených s užíváním, „slepota“ vůči zjevným souvislostem, neschopnost udržet určitá pravidla a hranice, obviňování místo hledání řešení, odkládání řešení, bagatelizace obtíží nebo potřeby léčby, tendence věřit iluzím apod. Vlastní teorie kodependence vysvětluje umožňující či udržovací chování tak, že užívání drogy či závislost jednoho člena rodiny naplňuje nevědomé osobnostní potřeby členů dalších, kteří se tak stávají kodependentní, „spoluzávislí“, „závislí na závislosti“ a blokují možnosti změny navzdory utrpení, které jim závislost jejich blízkého přináší, anebo právě kvůli tomuto utrpení.

Kodependence není diagnóza, ale popis fenoménu, který je možné vysvětlit z několika hledisek. Stejně tak je možné různě vyložit umožňující a/nebo udržovací chování. Jeden z možných výkladů vychází z konceptů rodinné homeostázy. Představitel strategické rodinné terapie Haley (1981), předpokládal obranu rodiny proti změnám v jejím systému, jelikož by se změnami narušila vybudovaná patologická rovnováha. Obdobně uvažoval i Skála (1987), když upozorňoval na to, že po úspěšné léčbě závislého člena rodina čelí novému fenoménu, který do rodiny přináší abstinence.

⁶ Podrobněji o kodependenci viz Whitfield (1991), Kudrle (2003), Jeřábek (2011), Kalina (2013)

2.2 Léčba závislosti v podmínkách denního stacionáře

Pod pojmem „denní stacionář“ rozumíme ambulantní zařízení s intenzivním denním strukturovaným programem. Jedná se o zařízení „na půl cesty“ mezi běžnou ambulancí a rezidenční léčbou (Kalina, 2003). Denní stacionář může poskytnout samostatnou komplexní⁷ léčbu závislostí nebo doplňovat rezidenční léčbu závislostí- buď jí předcházet nebo navazovat zejména na kratší pobyty (Kalina, 2001) jako intenzivní forma doléčování, tj. sloužit k upevnění a ustálení výsledků léčby (Hartl, 2010). Klienti docházejí do zařízení denně ve všední dny min. na 6 hodin, podobně jako do práce nebo do školy. Odpoledne, večer a o víkendech jsou klienti ve svém přirozeném prostředí. Denní stacionářem využívají mnoha prvků z terapeutických komunit (pravidelné komunity-setkání klientů a členů týmu, skupinová psychoterapie, strukturovaný program s jasnými pravidly apod.) (Těmínová, 2008).

Denní stacionáře pro lidi zneužívající návykové látky nejsou dosud příliš rozšířené. V současné chvíli je léčba závislosti pro danou cílovou skupinu⁸ ve formě denního stacionáře v ČR ojedinělá. V Praze existuje další Denní stacionář Sananim⁹, pro klienty závislé na nelegálních návykových látkách. S probíhající reformou psychiatrické péče a rozvojem komunitní očekáváme nárůst počtu těchto zařízení. Komunitní péče usiluje řešit problém klienta co nejdříve jeho původnímu sociálnímu prostředí. Usiluje o sociální integraci klienta, podporuje ho v tom, aby se do přirozeného lidského společenství v maximální možné míře začlenil a byl v něm schopen žít. Obecně ve zdravotních i sociálních službách platí, že ústavní péče by měla být využívána tehdy a jen tehdy, jestliže všechny ostatní možnosti byly vyčerpány nebo je pro závažnost stavu klienta použít nelze (Kalina, 2003).

Potřebnou pozornost je v rámci adiktologického poradenství nutno věnovat indikaci a matchingu a držet se určitých výběrových kritérií, neboť ne každý závislý je pro „denní program“ vhodný a je schopný v něm obstát. Kalina (2003) pokládá za nejdůležitější následující:

- 1) zajištěné bydlení, možnost a schopnost z místa bydliště denně dojíždět do denního

⁷ Podle individuálních charakteristik a potřeb klienta může být stejně účinná jako léčba v lůžkovém zařízení (Kalina, 2003).

⁸ Závislých na alkoholu, návykových lécích a hazardních hrách.

⁹ Založený v r. 1996 jako první zařízení tohoto typu pro drogovou klientelu v ČR.

stacionáře;

- 2) odvykací příznaky při vstupu do programu přítomné jen v nikoliv závažném stupni;
- 3) somatické a psychické komplikace jen ve stupni nevyžadujícím odbornou nemocniční péči;
- 4) elementární akceptování programu a motivace k pravidelné účasti;
- 5) nižší potenciál pro relaps, schopnost s podporou, strukturou a sledováním upustit od užívání drog;
- 6) neškodící sociální okolí a elementární opora v nedrogovém prostředí: např. u klienta, který bydlí v původní rodině, alespoň podmíněné akceptování ze strany rodiny; tolerance přátel apod.

Kritéria/ Úrovně péče	Úroveň II Intenzivní ambulantní léčba
1. Potenciál pro akutní intoxikaci nebo abstinenční příznaky	Minimální potenciál pro příznaky z odnětí drogy
2. Biomedicínské stavy nebo komplikace	Nenarušující léčbu, zvládnutelné v úrovni II
3. Emocionální a behaviorální stavy a komplikace	Mírné, potenciálně mohou narušovat léčbu
4. Akceptování nebo odpor k léčbě	Odpor k léčbě vyžaduje strukturovaný program, ale není tak velký, aby se ambulantní léčba mýjela účinkem
5. Potenciál pro relaps	Zvýšení příznaků závislosti a vysoká pravděpodobnost relapsu bez důsledného sledování a podpory
6. Vztah okolí k léčbě	Okolí nepodporuje léčbu, ale pacient je schopen ji zvládat se strukturou nebo podporou

Tabulka 3: Kritéria indikací k léčbě v denním stacionáři (zdroj: Kalina, 2003a)

Denní léčba je pro klienty velmi náročná. Její náročnost se však vyplácí, protože klient se již během léčby učí žít v přirozeném prostředí tak, aby se vyhnul rizikovým situacím, předem je rozpoznával a využíval přiměřených strategií, jak je zvládnout nebo

jak se jim vyhnout. Vyhlídky na dosažení léčebného účinku se tím zlepšují. Pro dosažení vyšší úspěšnosti po odvykací léčbě v denním stacionáři se každému absolventovi doporučuje pokračování v doléčovací skupině v intenzitě jedné skupiny týdně po dobu jednoho roku. Bezprostřední návaznost léčby na doléčování se osvědčilo a v současné době fungují celkem tři doléčovací skupiny.

Denní léčba ovšem není plnohodnotnou alternativou rezidenční léčby pro všechny typy klientů. Klienti s dlouhodobou a těžkou drogovou kariérou, klienti, kteří se potřebují dostat ze svého prostředí, z tlaku okolí a dostupnosti drog, klienti značně nezralí, nemotivovaní či výrazně problémoví z hlediska psychopatologického a psychosociálního se obvykle v denní léčbě neudrží a neobejdou se bez léčby rezidenční. U řady klientů se závažnějšími potížemi se však denní program účinně doplňuje s krátkodobou či střednědobou ústavní léčbou (viz úvodní definice).

2.3 Psychodynamické aspekty adiktologické léčby

Kromě režimových prvků a pravidel je jádrem stacionární léčby závislostí strukturovaný denní program. Mezi nejdůležitější¹⁰ patří skupinová psychoterapie, neverbální techniky (nejčastěji projektivní) a arteterapie. S ohledem na zájem vlastního výzkumu zde podrobněji nepopisují strukturovaný program v celistvé podobě, ale zaměřují se na samotné jádro léčby.

2.3.1 Význam psychodynamických přístupů v léčbě závislosti

Uplatnění psychodynamických přístupů v terapii závislých popsal již Mikota (1995). Kládl si otázku, co se má z psychoanalytického hlediska změnit v dosavadní praxi odvykací léčby. Jeho terapeutické závěry jsou filosofii denního stacionáře pro léčbu závislosti velmi blízké:

- Behaviorální postupy by měly být vedle osvědčeného „přeučování chování“ obohaceny pozorností terapeutů vůči intrapsychickému a interpersonálnímu rozměru problému závislosti a léčby;
- znamená to mimo jiné, že se bude více věnovat pozornost terapeutickému vztahu jako svého druhu učicího prostředí o možnostech a mezích vztahů s lidmi a k sobě;

¹⁰ Z hlediska výzkumu ty, během kterých je možno pozorovat nejintenzivnější psychoterapeutickou práci.

- dále je důležité, aby pacient neztratil, obnovil či objevil smysl zabývání se sebou samým (introspekce, sebeexplorace) a vnímal své prožitkové stavy jako důležitou součást celé vnímané reality;
- výsledek odvykací léčby tím bude obohacen o intrapsychickou změnu, přispívající k větší odolnosti klientů vůči relapsu a recidivě;
- takto založený proces změny může (a měl by) pokračovat z ústavní lůžkové péče do péče ambulantní.

Klíčovou roli Mikota přikládá práci s terapeutickým vztahem. Psychodynamické porozumění má usnadnit pracovníkům v odvykací léčbě, aby cíleně usnadňovali vznik terapeutických vztahů, bez nichž se neobejde žádný, ani ten nejracionálnější behaviorální zásah. S pomocí terapeutického vztahu se může obnovit kontinuita intrapsychického rozměru a usnadní se reflexe bezmyšlenkovitě osvojených vzorců zdravého chování.

2.3.2 Filosofie léčby v denním stacionáři

Filosofie léčby závislostí v denním stacionáři, kde jsem realizovala výzkumné šetření, spočívá v tom, že je se závislostí potřeba pracovat v širších kontextech než pouze skrze samotnou diagnózu závislosti, která často odkazuje pouze ke zhoršenému zdraví jedince. Důležité je klienta vést k tomu, aby opustil svou diagnózu a začal sledovat svůj příběh a vlastní systém vztahů¹¹. Se stejnými principy, tedy pochopením vztahových kontextů a usilováním o jejich změnu, pracuje rodinná terapie (Satirová, 2007; Satirová et Baldwinová, 2012).

V adiktologické literatuře se opakovaně zmiňuje terapeutická účinnost rodinné terapie u závislosti na alkoholu a/nebo jiných psychoaktivních látkách (Stanton & Shadish 1997, Miller et al. 2000, Yandoli et al. 2002, Fals-Stewart et al 2004).

Kalina (2001) rodinnou terapii definuje jako psychoterapii zaměřenou nikoliv pouze na samotného klienta, ale i na všechny vztahy, kterých je zúčastněn. Filosofie rodinné terapie vychází z předpokladu, že pokud má dojít ke změně jedince, je nezbytné změnit i kontext, ve kterém žije. V průběhu rodinné terapie dochází ke změnám v systému rodiny. Těmito změnami se myslí například komunikace, společné sdílení problémů či

¹¹ Filosofie oddělení vychází ze zkušeností terapeutů, vzdělaných v rodinné terapii a s rodinami závislých řadu let pracujících.

další specifické problémy, které se v kontextu rodiny vyskytují.

Ve zkoumání rodinných vlivů na závislost je potřeba vycházet z cirkulární kauzality (Gjuričová et Kubička, 2003). Závislost jako taková je podmíněna cirkulární kauzalitou a rodina v ní je jedním z podmiňujících jevů. Pojetí rodinné terapie vychází z kybernetiky. A hlavním zájmem kybernetiky jsou cirkulární procesy, ve kterých se početné části systému ve svém chování komplikovaným způsobem navzájem podmiňují (Simon et Stierlin, 1995). Pokud chce závislý klient udržet svou abstinenci, musí si být vědom rizikových faktorů, které ho mohou ovlivňovat, a měl by vědět, co ho k závislosti vedlo. Jelikož není možné vrátit se zpět v čase a vyvarovat se chyb, musí se na chyby zaměřit a do budoucna je už neopakovat. Významná je práce na mezilidské komunikaci, kdy se klienti i rodinní příslušníci či jiné signifikantní osoby, spolu učí rozmlouvat a pracovat na svých emocích.

Podstatné však je, že vnímání rodiny jako systému, umožňuje práci s celkem, nikoliv pouze s jednotlivcem. A právě celek a jeho vnitřní interakce hraje v adiktologii a v léčbě závislosti důležitou úlohu. Práce s rodinnými vztahy je práce se systémem rodiny a pro jeho pochopení musíme zjistit, jak se jednotliví členové ovlivňují (Simon et Sterlin, 1995).

2.3.3 Skupinová psychoterapie v denním stacionáři

Skupinová psychoterapie, která je klíčovým prvkem psychoterapeutické práce se závislými v podmínkách denního stacionáře, nabízí dobré prostředí pro změnu. Přehled účinné faktory skupinové psychoterapie nabízí Kalina¹² (2013).

Jedním z významných zisků pro klienty v rámci skupinové psychoterapie je získání korektivní emoční zkušenosti. Ta představuje silně emočně podbarvené prožití vztahu či situace, které opravuje nesprávnou generalizaci, vyvolanou minulými traumatizujícími zážitky (Kratochvíl, 2005). Základním principem léčby podle Yaloma (1999) je vystavit pacienta emočním situacím, které nedokázal zvládnout v minulosti, za vhodnějších okolností. Abychom pacientovi pomohli, musí projít korektivní emoční zkušeností, která vyléčí traumatický vliv minulých zážitků. Intelektuální náhled samotný totiž není

¹² Podle Yaloma (2007) a Kratochvíla (2005).

dostačující, musí jej doprovázet emoční prvek a také systematické testování reality, musíme něco silně prožít, ale také pomocí rozumu pochopit souvislost této emoční zkušenosti. Pro možnost prožít korektivní emoční zkušenost je zapotřebí dvou věcí: 1. členové skupiny musejí vnímat skupinu jako dostatečně bezpečnou a podporující, aby své napětí mohli otevřeně vyjádřit; 2. členové se musí ve skupině dostatečně angažovat a musí existovat otevřená zpětná vazba, která umožní účinné testování reality.

Yalom (2007) postuluje korektivní rekapitulaci primární rodiny jako samostatný terapeutický faktor. Terapeutická skupina oživuje a opravuje zkušenost z primární rodiny, rodinných vztahů a rodinného dění, přivádí do hry například sourozeneckou rivalitu (soutěžení o pozornost terapeutů/rodičů), závislost na vedoucích, kterým je připisovaná značná moc, vztah k autoritám, boj o dominanci a postavení apod. Člen se postupně odvažuje tyto vztahy a emoce s nimi spojené rozpoznávat a otevřeně vyjadřovat, což je pro něj zpočátku ohrožující. Skupina ho podporuje a pomáhá mu podstoupit toto riziko; tím napomáhá jeho růstu a zrání a poskytuje vývojové podněty, které mu v primární rodině chyběly- provádí tzv. reparenting¹³.

Skutečnost, že se člověk nachází ve speciálním rámci, který poskytuje oporu- k dispozici jsou terapeuti a je zajištěna vnější péče- umožňují pacientovi hlubší regresi do nevědomí, navíc příležitost vyrovnat se s tím spojenou labilitou já, vymanit se z fixace a obran a propracovat nová řešení vnitřních konfliktů i nová zaměření. Tím, že se klient účastí rozmanité oblasti strukturovaného programu (s psychoterapií i režimovými a volnočasovými prvky), se aktivují různá komplexová pole a současně díky pestrým vztahům vznikají různé přenosové mody ve smyslu rodičovských a sourozeneckých přenosů. Z perspektivy analytické psychologie reprezentují takové postupy jako práce s tělem a kreativní terapie různé přístupové mody, které přes odlišné orientační funkce a zaměření umožňují pacientovi přístup k nevědomí, a to často ještě dříve, než je schopen verbalizace; děje se tak prostřednictvím akcentace funkce vnímání, funkce cítění a intuice. Analytická terapie má za úkol přivést tyto obsahy do vědomí a ve vědomém procesu proměny je integrovat (Müller, 2006).

¹³ Fenoménu „skupiny jako náhradní rodiny“ a procesu „reparentingu“ je přisuzován velký význam v terapeutických komunitách (Kalina, 2013).

Metody/Formy	Léčba v denním stacionáři
1. Farmakoterapie	Pro zvládnání odvykacího syndromu a komplikací
2. Individuální terapie	Nezbytná, paralelně se skupinovým programem
3. Skupinová terapie	Klíčová složka programu
4. Rehabilitace, výchova, volno-časové aktivity	Důležitá složka programu
5. Léčebný režim	Kontrolovaný režim v době programu, monitorování času mimo program
6. Principy terapeutické komunity	Žádoucí v době programu
7. Práce s rodinou	Nezbytná, soustavná
8. Sociální práce	Nezbytná
9. Testování drog	Důležité, průběžně

Tabulka 4: Formy a metody v léčbě drogových závislostí v denním stacionáři (zdroj: Kalina, 2003a)

2.4 Možnosti změny v psychoterapii závislých- sekundární emoční vývoj

Znalost nejenom psychoanalytických teorií je pro terapeuta důležitá. O to víc je potřebná znalost oblasti týkající se změny, jejích souvislostí s individuálním vývojem a terapeutickými možnostmi, jak změny dosáhnout.

U mnoha klientů, kteří vstupují do psychoterapie, je normální vývoj narušen. Primární emoční vývoj znamenal závažné poškození v souvislosti se zneužíváním, traumatizací, zanedbáváním, deprivací a ztrátami, které negativně poznamenaly síť vztahů. Psychoterapeutické prostředí však může obnovit příznivé podmínky a usnadnit sekundární emoční vývoj. Poškozující vývojové situace mohou být znovuprožity a zpracovány během léčby. V příznivém případě bude odcházející klient silnější (ve smyslu silnějšího Já) a více se vyzná sám v sobě (Kalina, 2013).

Podle autora je pro změnu nejpodstatnější sebezpoznání, korektivní zkušenost emoční i kognitivní, náhled a přijetí odpovědnosti jako základ k osvojení adaptivnějšího chování. Pozoruhodný pohled na budování změny v psychoterapii jako na paralelu

individuálního vývoje v dětství podle autora nabízejí Camplingová a Haigh (1999). Svůj výklad i způsob uvažování autoři shrnují do tabulky (Tabulka 5). V prvním sloupci uvádějí pět esenciálních fenoménů, ve druhém sloupci představují jako vzestupná stádia individuálního vývoje a ve třetím sloupci definují jejich zdroje v terapeutickém prostředí.

Teoretický princip	Původ v individuálním vývoji	Zdroje v psychoterapeutickém prostředí
Attachment	Primární vazba, ztráty a růst	Připojování, vztah, sounáležitost, odcházení
Containment	Mateřské a otcovské „obsahování/ohraničování“	Bezpečí, podpora, pravidla, hranice
Komunikace	Hra, řeč, „druzí“ jako oddělení	Jazyk, řád, étos, otevřenost, dialog
Zapojení	Nacházení místa mezi ostatními	Souhra a protihra, konflikty, živé učení, korektivní zkušenost
Jednání	Ustavení vlastního Já jako východiska akcí	Zmocnění, jednání v řádu, „být sám sebou“, odpovědnost

Tabulka 5: Změna v psychoterapii a individuální vývoj; zdroj: Campling a Haigh (1999), Kalina (2013)

Záměr autorů je ukázat, že zjednodušené schéma normálního vývoje, tzv. primární emoční vývoj, je přítomné také v psychoterapeutickém uspořádání jako podmínky a podněty pro sekundární emoční vývoj, který může na „druhý pokus“ přinést uzdravnou, reparativní zkušenost.

2.4.1 Attachment

Teorii attachmentu¹⁴ vytvořil John Bowlby, významný představitel londýnské psychoanalytické školy. Teorie tvoří v soudobé psychodynamické psychoterapii směrodatný rámec pro chápání raných vztahů dítěte k nejbližším osobám v jeho okolí. Jejím jádrem je zjištění, že pro duševní zdraví je podstatné, aby malé dítě zažívalo vřelý,

¹⁴ Úzký vztah, silná náklonnost, přimknutí, přilnutí.

důvěrný a kontinuální vztah se svou matkou (či jinou stálou pečující osobou), ve kterém nacházejí oba uspokojení (Vavrda, 2005; Yalom et Leszcz, 2007; Kalina, 2013). Tam, kde se nezdaří tzv. bezpečný attachment, rozvíjí se jiné formy, které již mají obrannou povahu, vedou k poškození psychického vývoje a mají vliv na psychopatologii v pozdějším věku. Dítě si vytváří defektní a nefunkční „pracovní model“ attachmentu (Vavrda, 2005; Fonagy et Target, 2005; Kalina, 2013) – rozlišuje se attachment vyhýbavý, odmítavý a chaotický. Prožívání a formulování vztahů k druhým lidem v dalších obdobích života prizmatem „pracovního modelu“ bez ohledu na realitu je obrazem vážné, v osobnosti kotvící poruchy duševního zdraví.

Attachment může být získán sekundárně, když člověk v pozdějším životě zažije jiný významný vztah, který je dostatečně bezpečný a nosný. V tom spočívá význam terapeutického prostředí a potenciál terapeutického vztahu: měl by zajistit bezpečný attachment, a především se vůči klientovi nechovat vyhýbavě, odmítavě nebo chaoticky, protože tím jen posilují klientův deformovaný „pracovní model“ attachmentu a neplní terapeutické poslání.

2.4.2 Containment

Autorem teorie containmentu¹⁵ je další významná osobnost londýnské psychoanalytické školy- Wilfred Bion. Podstatou této teorie je matčina schopnost empaticky „obsáhnout“ dětské úzkosti a jiné emoce, hrát úlohu „psychického kontejneru“ a chovat se k dítěti citlivě a reálně bez pocitů vlastního ohrožení, což dítě přivádí k tomu, že se dokáže se svými stavy vyrovnávat, ohraničit je a integrovat své Já. Pokud toho matka schopná není (např. se cítí sama ohrožena a její odpověď je iracionální, neempatická, řízená úzkostí, pocity viny, hněvem, emočním stažením apod.), nevytvoří si ani dítě schopnost obsáhnout a ohraničit svoje prožívání, zpracovat je, vyznat se v něm a přiměřeně je vyjadřovat.

Co se týká možností psychoterapie v oblasti nápravy containmentu jako vývojového selhání, je emoční uvolnění jedním z účinných faktorů psychoterapie (Prochaska et Norcross, 1999; Kratochvíl, 2012; Kalina, 2013). Klient se v terapeutické situaci snaží zbavit ohrožujících psychických obsahů a zároveň také doufá, že si s nimi terapeut bude vědět rady- bude schopen je kontejnovat bez pocitů vlastního ohrožení,

¹⁵ Obsahování, ohraničování, zadržování, kontejnování.

zadržel, promyslet a navrhnout klientovi jejich únosnou, „dekontaminovanou“ verzi. Jejich zpracování (nejen slovní formou, ale prostřednictvím celkového terapeutova chování) umožňuje klientovi, aby je sám zpracoval a převedl do vědomé roviny (Kalina, 2008, 2013). Klíčovým úkolem terapie je zajistit bezpečný rámec, ve kterém klienti mohou explorovat své intrapsychické a interpersonální problémy a nalézt konstruktivnější způsoby, jak zacházet s vnitřním utrpením a nepohodou (Haigh et Campling, 1999).

2.4.3 Komunikace

Předchozí úrovně (attachment a containment) vytvářejí předpoklady pro další, navazující terapeutický princip- komunikaci, která je nezbytná pro vlastní léčebný proces, pro faktické zapojení klienta do pracovního společenství individuální nebo skupinové psychoterapie. Komunikace vzniká teprve tam, kde jsou nevědomé emoční projevy obsáhnuté a ohraničené (kontejnované) rodičovským nebo terapeutickým bezpečným rámcem a jejich nositel, dítě či klient v psychoterapii v důsledku toho získá schopnost je sám obsáhnout, ohraničit, zpracovat a sdělovat (Kalina 2008, 2013).

2.4.4 Zapojení

Mnoho klientů vstupuje do psychoterapie s problémy na této úrovni. Mohou zdárně těžit z principů konfrontace, zpětné vazby, získávají korektivní zkušenost a učí se čelit svým tendencím zkreslovat či popírat obtíže, které mají s druhými lidmi (Kalina, 2013).

2.4.5 Jednání

Pro klienta v psychoterapii znamená tato etapa přijetí odpovědnosti za změnu, zkoušení nových vzorců vztahů a chování a konečně založení adaptivní spirály, která může pokračovat v běžném životě po skončení psychoterapeutického programu (Kalina, 2013).

3 Výzkum

V následující části diplomové práce představím vlastní výzkum včetně metodologických a etických aspektů. Výsledky výzkumu podrobně prezentuji a na závěr je budu diskutovat.

3.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem diplomové práce je porozumět individuálnímu případu skrze vybrané psychoanalytické teorie (zejména. vývojová stádia E. H. Eriksona) a popsat klíčové terapeutické intervence směřující k úzdavě závislého jedince používané v podmínkách stacionární léčby závislosti.

Pro dosažení cíle formuluji následující výzkumné otázky:

- (1) Jak je možné využít psychoanalytické teorie k porozumění etiologii a terapeutickému procesu závislých klientů denního stacionáře?
- (2) Jaký význam mají tyto teorie v životech jednotlivých klientů s diagnostikovanou závislostí na alkoholu, lécích nebo patologickém hráčství?
- (3) Jak se význam těchto teorií projevuje v průběhu léčby těchto klientů, resp. z čeho můžeme usuzovat jejich přítomnost?
- (4) Jaké klíčové terapeutické intervence jsou v léčbě používány a reagují právě na analytické vývojové teorie o vzniku závislosti?

3.2 Případová studie jako metoda kvalitativního přístupu

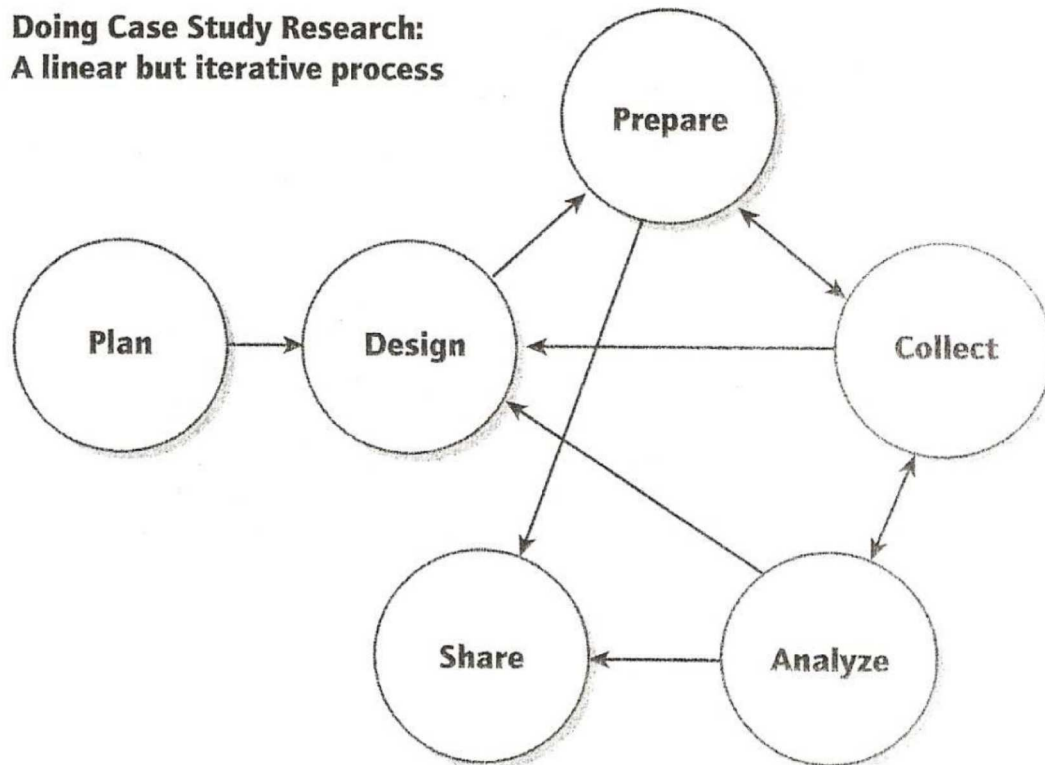
Výzkumnou část diplomové práce jsem pojala formou případové studie. Případová studie je jedním z nejrozšířenějších typů výzkumu v rámci kvalitativního přístupu. V centru pozornosti je případ. Případem rozumíme objekt našeho výzkumného zájmu (v této závěrečné práci pět případových studií resp. klinických kasuistik). Miles a Huberman (1994) definují případ jako fenomén, který se objevuje v určité vymezené hranici a v daném kontextu. Analýza jednotlivých případů nám v průběhu celého výzkumu umožňuje sledování, popisování a vysvětlování případu v jeho komplexnosti a díky tomu může dospět k přesnějším a do hloubky jdoucím výsledkům. Jejich prostřednictvím tak

máme možnost lépe porozumět jednotlivým vztahům i celkovým souvislostem (Mayring, 1988, 1990). Jednou z charakteristik případové studie je to, že ji lze chápat jako výchozí místo pro hledání, popis a vysvětlování vlivu různých faktorů a souvislostí v kontextu daného případu (Miovský, 2006). V dané práci v klinických kasuistikách (tj. jednopřípadových studiích) hledám možnosti, jak vysvětlit etiologii závislosti z hlediska vývojových stádií E. H. Eriksona a zároveň jak je možné v praxi ovlivnit rozpoznání jejich konfliktů a umožnit klientům toto identifikovat na vědomé úrovni. Jednopřípadovou studii přitom rozumíme studii jedné osoby, kdy se zaměřujeme na různé oblasti jejího života a snažíme se sestavit celkový obraz daného případu v co nejširších souvislostech (Hendl, 1999).

Závěrečná práce kasuistického typu je vlastně případovou studii, tedy specifickým druhem výzkumné práce. Jedná se o intenzivní studium jednoho případu- jedné situace, jednoho člověka, jednoho problému (Olecká a Ivanovová, 2010). Autorský přínos, který se od kasuistické práce očekává, spočívá v aplikaci teoretických poznatků na vlastní případový materiál, v demonstraci vybraného fenoménu v kontextu soudobého poznání. Obecným cílem kasuistických studií je popsat a porozumět individualitě v procesu, v souvislostech a ve skutečném prostředí.

Případová studie je metoda ve skrze kvalitativní, neboť dokáže dokonale splnit základní cíle kvalitativního výzkumu – zkoumá současné fenomény do jejich hloubky v jejich skutečném kontextu, zvláště v případě, kdy nejsou hranice mezi fenoménem a jeho kontextem zcela jasné (Yin 2009). Ponoření se do hloubky jednoho fenoménu nám umožní důsledné porozumění zkoumanému. Případová studie má však mezi metodami kvalitativního výzkumu jeden bonus navíc. Není pouze nástrojem pro rozšiřování teoretického zázemí četných disciplín, ale dokáže ideálně posloužit jako nástroj edukace praktických dovedností pro studenty i zkušené praktiky daného oboru. V obecné rovině totiž zkoumá dva typy fenoménů – buďto reprezentuje nejčastěji se vyskytující jev nebo naopak jev zcela zvláštní, výrazně se odlišující od normálu. První typ fenoménu – obvyklý – slouží zejména k edukaci studentů, kteří se na obvyklých případech učí běžným postupům ve své praxi, neboť zobecněné výsledky takového postupu slouží jako tzv. návod k použití. Druhý typ fenoménu – vzácný – pak ideálně poslouží těm, kteří v daných oborech vykonávají praxi, neboť upozorňuje na možné odchylky do standardních situací a minimalizuje tak možné chyby vzniklé z neznalosti takových odchylek.

Možnosti, které nám případová studie poskytuje, jsou skutečně hojné. Avšak aby byly výsledky našeho zkoumání platné, je třeba jako v každém jiném výzkumu dodržet určitý postup. Dle Yina (2009) je práce na případové studii procesem lineárním, ale opakujícím se, který osciluje po celou dobu mezi základními fázemi: plánem, projektem, přípravou na sběr dat, sběrem dat, analýzou a publikací výsledků (Ilustrace 1).



Ilustrace 1: Proces zpracování případové studie

3.3 Výzkumný soubor a metoda jeho výběru

Výzkumný soubor tvoří klienti denního stacionáře pro léčbu závislostí. Klienti se v denním stacionáři léčí pro závislost na alkoholu, návykových léčích, hazardní hře, popř. pro kombinovanou závislost, přičemž vždy je přítomna jedna ze tří výše uvedených. Výzkumný soubor tvoří celkem 5 klientů (3 muži, 2 ženy), kteří započali léčbu v denním stacionáři v průběhu srpna- října 2014. Celkem 4 klienti léčbu řádně dokončili, jedna klientka ukončila předčasně z důvodu lapsu. Původním záměrem byly 4 případové studie pro 4 vývojová stádia dle Eriksona významná pro etiologii závislosti (základní důvěra proti základní nedůvěře, identita proti konfuzi rolí, intimita proti izolaci a generativita proti

stagnaci). Jelikož jedna respondentka předčasně ukončila léčbu, zdálo se, že z výzkumného souboru vypadne. Nicméně klientka se za mnou vrátila se zájmem spolupráci ve výzkumu dovést do cíle. Proto ve výzkumném souboru jsou 2 klienti s klíčovým vývojovým stádiem základní důvěry proti základní nedůvěře. Další charakteristika výzkumného souboru v Tab. č. 6.

Pro daný výzkum jsem zvolila jednu z nepravděpodobnostních metod výběru výzkumného souboru a to prostý záměrný (účelový) výběr. Metoda záměrného (účelového) výběru spočívá v cíleném vyhledávání účastníků podle jejich určitých vlastností. Kritériem výběru je právě vybraná (určená) vlastnost nebo stav (Miovský, 2006). Znamená to, že na základě stanoveného kritéria cíleně vyhledáváme pouze ty jedince, kteří toto kritérium (nebo soubor kritérií) splňují a současně jsou ochotni se do výzkumu zapojit (Patton, 1990). Prostý záměrný výběr pak spočívá v tom, že bez uplatnění dalších specifických metod či strategií vybíráme mezi potenciálními účastníky výzkumu (tj. účastníky splňující určité kritérium nebo soubor kritérií) toho, který je pro účast ve výzkumu vhodný a současně s ní také souhlasí. Tento způsob výběru upřednostňuji zejména proto, že se nejedná o příliš velký potřebný soubor a osoby náležející do základního souboru jsou snadno dostupné.

Respondent	Pohlaví	Věk	Diagnóza	Vzdělání	Léčba v pořadí	Konfliktní vývojové stádium dle Eriksona
K1 Jan	muž	30	F10.2 a F63.0	VŠ	2.	Identita proti konfuzi rolí
K2 Marie	žena	45	F13.2	VŠ	1.	Generativita proti stagnaci
K3 Anežka	žena	41	F10.2	VŠ	1.	Základní důvěra proti základní nedůvěře
K4 Jakub	muž	30	F19.2 a F63.0	SOU bez maturity	4.	Základní důvěra proti základní nedůvěře
K5 Matouš	muž	30	F19.2	SOU s maturitou	1.	Intimita proti izolaci

Tabulka 6: Charakteristika výzkumného souboru

3.4 Metody získávání (tvorby) dat

Z terminologického hlediska se celý proces získávání dat označuje termínem tvorba

dat. Použití tohoto termínu není náhodné a má podtrhnout fakt, že při uplatnění metod pro získávání kvalitativních dat se výzkumník přímo podílí na tom, jak kvalitativní data získá, a ovlivňuje jejich vznik (Richardson et al., 1996). Za účelem zvýšení validity výzkumu jsem zvolila kombinaci několika metod tvorby dat, přičemž za stěžejní považuji následující metody: polostrukturované interview, metodu životní křivky a projektivní metodu. Tyto jsem doplnila o metodu zúčastněného pozorování, práci s textovými dokumenty (životopisy) a jinými netextovými dokumenty (kresba v rámci arteterapie). Uvedené metody získávání (tvorby) dat v následujících odstavcích více charakterizují. Zdroje dat tedy jsou: semistrukturovaná interview, životopisy, životní křivky, záznamy ze zúčastněného pozorování, fotografie kamenů a kresby z arteterapie.

3.4.1 Metoda polostrukturovaného interview

K případové studii se zpravidla využívá hloubkového polostrukturovaného interview (Timulák, 2005). S každým respondentem jsem provedla polostrukturované interview trvající v průměru 60 min. Toto interview jsem fixovala v podobě audiozáznamu na diktafon a následně přepsala. Na počátku každého interview jsem klienta informovala, proč ho žádám o čas, co od něj očekávám a čeho se má diplomová práce týká. Dále jsem klienty seznámila s tím, co obsahuje informovaný souhlas (v příloze) a proč ho potřebuji. Klienti souhlasili s fixací interview ve formě audiozáznamu a informovaný souhlas podepsali.

Měla jsem definované jádro interview, tj. minimum témat a otázek, které jsem jako tazatelka měla povinnost probrat. Na jádro se pak nabalovalo množství různých doplňujících témat a otázek, které se jeví jako smysluplné či vhodně rozšiřující původní zadání. Obvykle se doplňující otázky ukázaly být velmi užitečné a přinášející mnoho kontextuálně vázaných informací, které mi pomohly lépe uchopit problém, jež mě zajímal. Interview probíhalo v terapeutické místnosti, kde tazatelka ani respondent nebyli rušeni. Otázky tvořící jádro interview se týkaly jednotlivých období v životech klientů (tj. nejranější období, na které si klient pamatuje, vztah s matkou v útlém dětství, období puberty a časně dospělosti, počátky užívání návykových látek, současné mezilidské vztahy apod.) a pak také instrukce, aby nakreslili křivku svého života s označením nejdůležitějších životních období a událostí (viz 3.4.3).

3.4.2 Textové dokumenty jako zdroje kvalitativních dat

Práce s textovými dokumenty (v případě daného výzkumu jde o práci s životopisy¹⁶ respondentů) tvoří velmi specifickou oblast aplikace kvalitativního přístupu. Její specifičnost je dána tím, že tyto materiály existují nezávisle na naší výzkumné činnosti v tom smyslu, že je obvykle nevytváříme. Nejde tedy v jejich případě o metodu získávání dat v pravém slova smyslu, kdy data v průběhu výzkumu různými postupy a metodami skutečně vytváříme. Zde již data máme vytvořená, fixovaná a pouze je musíme shromáždit. To je odlišný postup od postupu vytváření dat (např. metody interview, pozorování apod.)

3.4.3 Metoda životní křivky

Metoda životní křivky je rozšířenou metodou zejména v kontextu výzkumného plánu případové studie. Jedná se o originální projektivní výzkumnou metodu využitelnou v rámci diagnostiky a terapie. Podle dostupných zdrojů vytvořil metodu Tyl v r. 1985 (Tyl, 1986; Říčan et Ženatý, 1988; Šípek, 2000; Miovský, 2006; Svoboda, 2013), nicméně ve stejné době ji používali také Chvála a Trapková v rámci úvodních interview s pacienty s psychosomatickým onemocněním (práci s časovou osou publikovali poprvé v r. 1995). Původ časové osy není zcela objasněný, pravděpodobně existovala již daleko dříve a uvedení autoři metodu jako takovou spíše rozvinuli než vytvořili.

Respondenti výzkumu byli v rámci polostrukturovaného interview vyzváni, aby se pokusili na čistý papír (A4) zachytit svůj život formou křivky a vyznačit v ní významné události svého života. Následně jsem provedla inquiry¹⁷, tj. nechala si podrobně popsat a objasnit, co přesně jaký úsek znamená, proč respondent zvolil daný tvar apod. Inquiry je nezbytné, neboť autor křivky je vždy základním zdrojem interpretačního rámce a samotné interpretace a bez jeho přispění lze s křivkou pracovat jen velmi obtížně a výsledek bez něj nemůže nikdy dosáhnout potřebné validity.

Metodu životní křivky jsem v daném výzkumu použila s předpokladem, že bude ilustrovat klíčové události v životě klientů a bude možné se snadněji orientovat v jejich příbězích. Použití metody se osvědčilo a pro kvalitativní přístup a lepší orientaci v anamnéze se jeví jako velmi přínosné.

¹⁶ Odevzdat životopis v rozsahu osmi stran je jednou z podmínek pro nástup do léčby v denním stacionáři.

¹⁷ Dotazování, vyšetřování.

3.4.4 Metoda zúčastněného pozorování

Metoda zúčastněného pozorování je formou pozorování, kdy se pozorovatel přímo pohybuje v prostoru, kde se vyskytují jevy, které pozoruje. V případě daného výzkumu jde o část v ilustraci případových studií, kdy popisují klientovo chování v léčbě. Výhodou zúčastněného pozorování je především to, že pozorovatel má bezprostřední zkušenost se situací a jevy, které pozoruje. Má možnost zapojit se do interakcí mezi účastníky a lépe pochopit a popsat co, jak a proč dělají, jaká je jejich perspektiva pohledu na zkoumaný jev atd. Výzkumník může dosáhnout většího vhledu do celé situace s množstvím kontextově vázaných informací (Miovský, 2006).

3.4.5 Projektivní metoda

Projektivní metody daný výzkum obohatily o podstatný rozměr, neboť díky nim je možné nahlédnout na psychotherapeutický proces směřující k porozumění sama sobě a ke změně. Ukazuje se, že právě rozmanitost a vhodná kombinace metod může přispívat nejen k lepší kontrole validity dat, ale současně k mnohem hlubšímu porozumění dynamice prožívání účastníků výzkumu a vhledu do jejich způsobu uvažování a zároveň může výrazně rozšířit možnosti klinickopsychologického a pedagogickopsychologického výzkumu (Mareš, 2002).

V praxi denního stacionáře pro léčbu závislostí se již řadu let¹⁸ používá osvědčená projektivní metoda. Jako taková nemá oficiální název, nicméně jde o Zobrazení vztahového pole za pomoci artefaktů (kamenů)¹⁹. Podle současného vedoucího psychologa v projektivní technice Zobrazení vztahového pole za pomoci artefaktů (kamenů) jde o zachycení systémových vazeb, skládající se z jednotlivých členů tohoto systému.

Práce s artefakty (kameny) umožňuje externalizovat velmi intimní zkušenosti a skutečnosti klienta tak, že o nich klient může hovořit daleko svobodněji než by tomu bylo v přímém verbálním popisu. Navíc verbální popis častokrát nevystihuje významy, které vystihují artefakty. Překračuje klientovy obrany, které mu zabraňují konfrontovat se svými těžkými tématy (v intencích Junga řekněme se stíny). Současně je pro klienta externalizace bezpečná, protože dochází k citlivým intervencím ze strany terapeutů odpovídajícím stupni

¹⁸ Metodu začal v denním stacionáři používat tehdejší vedoucí psycholog. Metodu se naučil při různých příležitostech, zvl. od PhDr. Jitky Vodňanské, se kterou několik let spolupracoval a také v rámci výcviku systemické rodinné terapie, kde se používá práce s kameny pro externalizaci rodinných systémů.

¹⁹ Takto ji pracovně nazval současný vedoucí oddělení psycholog a adiktolog.

sebepoznání, ve kterém se klient nachází.

Přes všechny tyto přínosy je technika kamenů nejvýhodnější v tom, že klientům ukazuje jejich problémy se závislostí v novém světle a kontextech. Kontexty je myšlena zejména síť vztahů, které vytváří cirkulární kauzalitu (mj. je podstatou teorií o závislostech). Metoda odkrývá mnohvrstevnatost problémů původně skrytých za behaviorálními charakteristikami závislosti (cravingem, závislostním chováním apod.).

Stavbu kamenů je možno v průběhu léčby bezpečným způsobem měnit (v souvislosti s pokroky v terapii). To u klientů otevře možnost změny a příležitost vyzkoušet si ji nanečisto. Zdůrazňováním jejich kompetence ke změnám- kterou nabízíme, ale nevnucujeme- jim ukazujeme rovinu dospělosti v tom smyslu, že změnu sami za sebe udělat mohou, ale nemusí (symbolika svobody a odpovědnosti). Při práci s kameny klienti rovněž mohou dělat chyby (práce s chybou²⁰) a učit se efektivně pracovat na jejich opravě²¹. Zkušeností je, že pokud má psychoterapeutická léčba ve stacionáři mít dlouhodobější efekt, je zapotřebí kromě uvědomění si bolestí a traumat ve svém životě také podniknutí konkrétních činů (a u kamenů si mohou vyzkoušet- „co by se stalo, kdyby“²²).

Práce s kameny v denním stacionáři:

Projektivní metodu „Zobrazení vztahového pole za pomoci artefaktů (kamenů)“ zadává terapeut v rámci neverbálních technik (odpolední program vždy jednou za 14 dní). Ideální je, aby si klient kameny postavil nejpozději v polovině léčby a měl tak dostatek času na to s nimi dále pracovat. Zadání probíhá v počáteční fázi skupinově. Později je na každém, aby své kameny přinesl na psychoterapeutickou skupinu, kde se s nimi pracuje systematicky (částečně popsáno výše).

Na fotografiích kamenů u jednotlivých případových studií je možno vidět, že předměty jsou postaveny na bílé čtverci (pole mentálního prostoru, který je ryze subjektivní). Bílá čtverka je položena na desce. Deska se využívá jako rozostření mentálního intimního prostoru. Většinou se na ni již nic nepokládá.

²⁰ V podmínkách stacionární léčby závislostí může být chyba např. relaps.

²¹ Efektivně pracovat s chybou se v dětství často nenaučili.

²² Např. klient se strání své matky, kvůli dřívějšímu sporu. Nyní si vyzkouší „jít“ k matce blíž (tzn. přiblížit k ní svůj kámen) a zamyslet se, jak by nová situace vypadala. Může zjistit (sám nebo s pomocí skupiny, příp. terapeuta, že s matkou může mluvit jinak (otevře se mu paleta nových možností, prolomí se tabu). Najednou je možné udělat to, co bylo dříve zapovězeno, protože jeden pohyb změní celý systém (teorie otevřených systémů).

Postup zadání kamenů v rámci neverbálních technik:

1) Terapeut zadá instrukci, aby si klienti našli jeden předmět, který vypadá příjemně a jeden, který se jim vůbec nelíbí. Hlavní proud energie má jít skrze cítění, tím se odpojí vědomé obrany (proto se nabídne význam, který zaměstná jejich myšlení). Asi po 20 minutách od zadání jednoho příjemného a jednoho nepříjemného předmětu jsou vyzváni k podrobnému představení daných dvou věcí. Představení má být velmi podrobné, jako by věc představovali v rádiu, přičemž posluchače zajímá i povrch předmětu (drsňý x hladký), teplota (chladný x vlažný) atd. Poté terapeut dá klientům instrukci, aby stejně znovu mluvili a popisovali (se) v Ich formě (např. jsem krásná, hladká nebo jsem stará vypelichaná šiška)- tím se ukáže projektivní potenciál.

2) Klienti si vezmou desku a na tu položí čtvrtku papíru. Terapeut zadá instrukci, aby se podívali na bílou čtvrtku (mentální prostor) a zkusili na něm zobrazit svou vztahovou mapu. Měly by na ní být všechny signifikantní vztahy (důležití lidé, mrtví, živí, lásky, nenávisti...), přičemž je potřeba postupovat co nejvíc intuitivně bez přílišného přemýšlení.

Postup práce s kameny na skupině:

Klienti si postupně v průběhu léčby, po splnění výše uvedených fází, mohou přinést kameny na psychoterapeutickou skupinu. Není to podmínkou, ale terapeut doporučovaný krok, podobně jako pozvání si rodinného příslušníka na rodinnou terapii.

1) Terapeut vyzve členy skupiny, aby popsali, jak na ně kameny dotyčného působí. V této fázi jde ryze o popis (velikost, barvy, tvary, vzdálenost) bez interpretací. Klient, který dané kameny postavil může v této fázi odhlídnout od svých významů. Je to proces neinvazivní a dotyčný tím pádem nemusí aktivovat své obrany.

2) Klienti popisují, kde si myslí, že je dotyčný (např. Jakub), ten to vnímá jako velké projevení zájmu o něj (podobně cirkulární dotazování²³ v rodinné terapii, podporující komunikaci). Ostatní klienti mají fantazie o tom, co je co (on, závislost, členové rodiny apod.) a hlavně i oni mají své projekce, sami pracují v mysli se svou mentální mapou.

²³ Metoda cirkulárního dotazování vychází z předpokladu, že v sociálním systému může být veškeré projevované chování chápáno (také) jako nabídka komunikace. Způsoby chování, symptomy, ale i různé formy vyjadřování pocitů je třeba chápat nejen jako děje probíhající v člověku, protože mají také funkci vzájemně definovat vztahy. Proto může být zajímavější zviditelnit tyto komunikační významy, než se dotyčného člověka dopodrobna vyptávat na jeho vlastní pocity. V důsledku toho je i u otázek týkajících se symptomů v popředí pozornosti to, jak je vidí každý člen rodiny (příp. skupiny), jaká očekávání a pozorování jsou s nimi spojena a jak na ně kdo reaguje (Schlippe et Schweitzer, 2001).

Oslovit všechny klienty je mj. podstatou skupinové psychoterapie (Yalom, 1999).

3) V poslední fázi dotyčný, který dosud mlčel, svou vztahovou mapu představí. Pro ostatní členy jde o velké odhalení, protože se dozví významy. Je také prostor pro otázky, ostatní se doptávají a noří se do svého příběhu až do bodu, kdy se zdá neprůstředný ve smyslu, že se s ním nedá hnout (např. tíha, kdy se klient pohádal s matkou a od té doby spolu nemluví). Terapeut se ptá, jak je to zobrazeno v kamenech (př. bariéra, nezobrazil). Terapeut může pátrat po příběhu (položí otázku, zda by šel konflikt zobrazit), bariéra mezi klientem a matkou se externalizuje. Nebo se terapeut zeptá skupiny, jestli někdo bariéru vidí (ve vzdálenosti, překážkách apod.). Může to být zpětná vazba pro klienta, to co on (ne)vidí jako bariéru, ostatní ji tak (ne)vidí a zároveň mají řešení, které sám v dané chvíli nemusí vidět. Dotyčný získá nástroje, je zkompetentňován ke změně. A změna něčeho, co bylo neprůstředné rozvíjí další změnu. Terapeut současně dává ujištění, že ať to klient změní jako to změní, vždy on sám je kompetentní osobou, která je schopná změny a vždy to může vrátit (posilování v kompetenci disponovat a rozhodovat o vlastním životě sám). Postupujeme do bodu, kdy klientovi řekneme, ať zkusí udělat něco, aby mu bylo líp (neinvazivní). Skupina to popíše, zvědomuje se to, co dotyčný udělal. Každá i malá změna nabídne možnost udělat další změny (cirkulární kauzalita). Někdy dochází k situaci, kdy je zaujatý jiný člen skupiny a řekne „Já vím, co bych dělal na Tvém místě“. V tom případě se musí se dotyčného zeptat, zda to může udělat, předvést. Znova, zeptat se, co se stalo, jak se tam cítíte...chcete to tak? Ten původní to vrátí zpět a dotyčný to udělá sám.

3.4.6 Jiné dokumenty jako zdroje kvalitativních dat

Mezi metody jiné, nemající písemnou podobu v kontextu vlastního výzkumu patří kresba, malba, tj. výtvary klientů v rámci arteterapie. Tyto zde využívám k ještě lepší ilustraci jednotlivých případových studií, protože často velmi dobře zobrazují důležitá témata v životech klientů. Tématické zadání kreseb není jednotné, neboť klienti/respondenti nebyli v léčbě současně.

3.5 Metody zpracování dat

Získaná kvalitativní data z polostrukturovaných interview jsem fixovala v podobě audiozáznamu na diktafon. Rozhovory jsem poté přepsala do textové podoby a následně systematizovala. Současně jsem měla k dispozici originální textové dokumenty klientů

(životopisy). Ty mi sloužily k možnosti vyhledání a upřesnění některých významných životních událostí a jejich rozepsání.

K fixaci kvalitativních dat ze zúčastněného pozorování jsem využila záznamový arch, tzn. papír a tužku, na který jsem zapisovala důležité znaky klientova chování v léčbě. Stejně jsem postupovala i při fixaci terapeutických intervencí, kdy jsem si po skupině zapsala podrobnosti terapeutické intervence, které jsem se zúčastnila.

Pro fixaci metody životní křivky jsem využila papír A4, na který každý klient po zadání instrukce křivku namaloval. Do diplomové práce jsem vložila scan kopie originálních kreseb životních křivek, fotografií originální stavby kamenů tak, jako je klienti přinesli na psychoterapeutickou skupinu a scan kopie kreseb z arteterapie.

3.6 Metody analýzy dat

Pro analýzu kvalitativních dat jsem využila kombinaci několik metod. Někteří autoři (Miles et Huberman, 1994; Corbin et Strauss, 1999; Miovský, 2006) považují již fázi zpracovávání dat za součást samotné analýzy. Kvalitativní metodologie nabízí několik nástrojů, jak porozumět vnitřnímu světu jedince. V daném výzkumu jsem pro analýzu dat postupovala dle fází, které popsali Miles a Huberman (1994). Pro další analýzu kvalitativních dat jsem zvolila narativní analýzu a dílčí metodu zachycení vzorců („gestaltů“).

3.6.1 Fáze analýzy kvalitativních dat

Obecně analýzu dat do jednotlivých fází rozdělili Miles a Huberman (1994). První fází analýzy kvalitativních dat je dle autorů **kódování** získaných dat. Jde o přiřazování klíčových slov či symbolů k částem textu tak, aby byla umožněna snadnější a rychlejší práce s těmito částmi a bylo možné prostřednictvím kódů kdykoli snadno pracovat s většími významovými celky. Proces kódování je de facto procesem identifikace a systematického označování významových celků dle vytvořených kritérií.

Dalším krokem je **archivace kódovaných dat**, což je uchování zakódovaného i původního textu jako organizované homogenní databáze (v papírové nebo elektronické podobě).

Ve třetí fázi se snažíme o **propojování dat**, tj. hledáme spojitosti v datech

a vzájemně propojujeme části ve větší celky, vytváříme a identifikujeme kategorie, trsy atd.

Následně data **komentujeme a doplňujeme**, tedy píšeme komentáře, které vhodným způsobem rozšiřují existující data či je uvádějí do kontextuálních vztahů, čímž usnadňují a zpřesňují analýzu.

Pátou fází je **vyvozování závěrů a verifikace**, tzn. interpretujeme údaje a ověřujeme jejich platnost. Hledáme opory pro zvolený interpretační rámec, hledáme alternativy tomuto rámci a hledáme jeho výhody i nevýhody.

V předposlední fázi **budujeme teorii**, tedy vytváříme homogenní interpretační rámec, v němž zjištěné poznatky popisujeme a vysvětlujeme.

Poslední fáze je o **grafickém mapování**, vytváření schémat, diagramů, modelů atd., které graficky zobrazují naše nálezy a případně jsou schopny graficky znázornit výslednou podobu teorie, kterou jsme v průběhu studie budovali.

3.6.2 Narativní analýza

Základním principem narativního přístupu je zkoumání lidského příběhu. Využitím narativního přístupu k výzkum získáme mnoho důležitých aspektů, získáme komplexní data, ne pouze jednotlivé útržky ze života a v číslech. Přicházíme o determinismus, tím ale naopak vstupujeme na pole indeterminismu, jelikož zkoumaná skutečnost je nepředpověditelná, navíc výzkum sám o sobě představuje zásah do zkoumané skutečnosti, čímž ji může významně měnit. Získáme důležité perspektivy, více různých pohledů na jednu věc. Výzkumník se sám stává účastníkem výzkumu a má možnost sdílet zkušenost s ostatními participanty. S tím souvisí i tzv. participativně-dialogická interpretace, kdy interpretace zjištění je závislá na zpětné vazbě participantů výzkumu a tvoří se v dialogu mezi výzkumníkem a respondentem. Pojem validita je zde nahrazen širším pojmem důvěryhodnosti zjištění (Čermák, 2002).

Cílem takového výzkumu pak není ověření hypotézy, ale rekonstrukce významu jevu, který je v centru našeho výzkumného zájmu, ale který však nemůže být nikdy zbaven vázanosti na subjekt, kontext a časovost (nic neexistuje bez dané osoby, jejího okolí a doby, kdy se její příběh odehrává a utváří). Narativní výzkum se zaměřuje na dílčí, živou, osobní, jedinečnou a subjektivní zkušenost participanta, cílem je pak pokusit se porozumět jeho životu v kontextu a také jednotlivým významům, které mu přikládá.

Důležitým pojmem v kontextu narativního zkoumání je „rekonstrukce významu“. Význam zkušenosti a života je strukturován narativně a je nám přístupný skrze určitou konkrétní, dílčí podobu této strukturace, tj. skrze autobiografické vyprávění získané v kontextu výzkumného rozhovoru. V tomto vyprávění je život ztvárněn a interpretován, poté následuje ztvárnění a interpretace ze strany výzkumníka. Narativní výzkum je proto možné chápat jako interpretaci interpretace, jako rekonstrukci konstrukce či jako převyprávění vyprávění (jelikož výzkumník pracuje s interpretací, kterou mu poskytl klient/respondent tak, že ji znovu převypráví vlastními slovy). Vyprávěný život by měl být interpretován z hlediska významů, které mu ve své konstrukci dávají vyprávějící, ne tedy těch, které mu přisuzují výzkumníci. Z tohoto hlediska začíná výzkumníková rekonstrukce již zmíněnou spolukonstrukcí v rámci narativního rozhovoru, pokračuje způsobem zaznamenání, přepisem, redukcí a řadou dalších kroků, které vedou k vytvoření výzkumníkovy textu, do jehož rámce jsou obvykle vloženy vybrané pasáže rozhovoru. Výzkumník se tedy skrze své převyprávění snaží uchopit, předvést a zvýraznit struktury „dávání významu“ zkušenosti jedince (Čermák, 2002)

Narativní výzkum je rekonstrukcí způsobu vytváření významu narativními prostředky (Chrz, 2004). Autor za základní kategorie narativní rekonstrukce pokládá: životní téma, ztvárnění jednání, zápletky a figury, hodnoty a přesvědčení, obrazy sebe a druhých, reflexe a hledisko a diskurzivní kontext. V každé případové studii je možné najít vyjmenované kategorie. Životní téma každého klienta je specifické a je zmíněno vždy v jednotlivých rozborech a propojeno s pravděpodobně nezvládnutým vývojovým stádiem. Rovněž všechny další kategorie narativní konstrukce můžeme v jednotlivých příbězích klientů nacházet. V rámci daného výzkumu jsem ovšem strukturovala zpracování případových studií podle vlastní předem promyšlené osnovy a tudíž jsem se nedržela jednotlivých kategorií tak jako je popsal zmiňovaný autor.

Současně nesmím opomenout skutečnost, že použitím narativního přístupu se vzdáváme objektivitu, jelikož každý životní příběh je zcela nutně vždy subjektivní. Musíme se nutně vzdát expertního postavení, jelikož jediným expertem na svůj život je respondent sám, nikoliv výzkumník. Jedině respondent řídí, co nám sdělí, navíc výzkumník ani nemůže být během výzkumu nestranný, jelikož příběh respondenta v danou chvíli spoluvytváří. Poslední důležitý aspekt, o který přicházíme, je validita v jejím pravém slova smyslu, jelikož výsledky výzkumu lidských příběhů vůbec nemusí naplnit kritéria

spolehlivosti tak, jak je známe např. z kvantitativního výzkumu. Je třeba zdůraznit, že narativní rozhovor má participační a dialogickou povahu, což znamená, že výzkumník se nezbavuje odpovědnosti za spolukonstrukci a spoluinterpretaci takto získaného autobiografického vyprávění (Čermák, 2002). Klient s terapeut podle Andersonové a Goolishiana (1990 in Freedman et Combs, 2009) vzájemně utvářejí význam a jejich mysl se stává sdílenou intersubjektivitou a vzniká nové vyprávění, nový příběh.

3.6.3 Metoda zachycení vzorců („gestaltů“)

Princip této metody spočívá v tom, že v datech vyhledáváme určité opakující se vzorce (případně témata) a ty zaznamenáváme. V podstatě jde o vyhledávání určitých obecnějších principů, vzorců či struktur, které odpovídají specifickým zaznamenaným jevům vázaným na určitý kontext. Dochází tak samozřejmě k určité redukci, neboť původní bohatost a jedinečnost pozorovaných (zaznamenaných) jevů je nahrazována určitou obecnější kategorií, vzorcem (tématem) atd., a to na základě vzájemných podobností nebo odlišností. Výzkumník přitom postupuje tak, že při získávání nebo analýze dat vytváří určité koherentní „příběhy“ o tom, jak daný jev probíhá. Nová a nová data tak postupně vkládá do těchto „příběhů“ a konstruuje svoji představu o zkoumaném fenoménu. Klíčové je přitom opakování podstatných částí obecného příběhu (vzorce) v různých konkrétních případech (Miovský, 2006).

3.7 Etické aspekty

Všichni respondenti účastníci se výzkumu podepsali Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu (vzor viz příloha). Byli podrobně seznámeni s účelem výzkumu a cílem diplomové práce, byli obeznámeni s tím, co je obsahem diplomové práce a vyjádřili porozumění sdělenému. Respondenti byli rovněž seznámeni s tím, jaké konkrétní materiály budou v diplomové práci využity (rozhovor, kresba životní křivky včetně klientova doplňujícího komentáře, informace ze životopisu archivovaného v kartotéce, fotografie kamenů a příp. kreseb vytvořených v rámci arteterapeutických technik).

Důležitým bodem sdělení bylo zabezpečení osobních údajů spočívající v anonymním zpracování klinických kasuistik v kontextu povinné mlčenlivosti zdravotnického pracovníka. V zájmu zachování důsledné anonymity klientů a ochrany jejich osobních dat jsem anonymizovala rovněž název zařízení, ve kterém jsem data

získávala. Veškeré informace, které jsem v rámci výzkumu získala, budou využity pouze ke studijním účelům. Respondenti byli informováni, že jejich účast ve výzkumu je dobrovolná a mají právo kdykoli od výzkumu odstoupit.

3.8 Role výzkumníka

Výzkum v denním stacionáři pro léčbu závislostí jsem realizovala zejména z praktických důvodů, protože zde od srpna 2014 pracuji. K respondentům jsem tedy přistupovala z pozice členky týmu (adiktoložky/terapeutky), kterou od počátku své léčby znali. Považuji tuto pracovní- výzkumnou roli za výhodnou, protože jsem měla možnost sledovat klienty v léčbě denně, být u celého léčebného procesu, kterým procházeli a převážně jsem se účastnila také jejich klíčových momentů pro změnu, jež byly pozorovatelné zejména v rámci psychoterapeutických skupin, neverbálních technik a arteterapie.

4 Rozbor případových studií

V následující části diplomové práce se budu podrobně zabývat rozбором jednotlivých případových studií. Zpracování každé případové studie se drží následující osnovy:

1. Situace výchozího bodu,
2. anamnestická data v příběhu,
3. životní křivka,
4. ilustrace konkrétního Eriksonova vývojového stádia,
5. klient v léčbě (projevy konfliktního stádia v léčbě),
6. terapeutická intervence práce s kameny,
7. terapeutická intervence obrázků z arteterapie,
8. souhrn případové studie.

4.1 Případová studie 1- Jan

muž 30 let, (dg. F10.2, F63.0), vzdělání VŠ, 2. léčba v denním stacionáři
(1. v r. 2011)

4.1.1 Situace výchozího bodu

Klient Jan²⁴ přichází po třech letech od první léčby s tím, že nezvládá své pití a žádá o pomoc. Po první léčbě abstinovat tři měsíce. Nyní se nachází v obtížné životní situaci, neboť s partnerkou, se kterou se rozešel, čeká dítě. Za dva měsíce ho čeká státní závěrečná zkouška. Je rozhodnutý, že chce co nejdříve nastoupit léčbu v denním stacionáři.

4.1.2 Anamnestická data v příběhu Jana

Jan se narodil v r. 1984 v jihoukrajinském přístavním městě Oděsa. Porod proběhl bez komplikací asi dva týdny před odhadovaným termínem. Má o pět let mladšího bratra, který má rovněž problémy se závislostí (na hazardu), ale nikdy se neléčil.

Jeho rodičům bylo 23 let, když jakožto prvorozený syn narodil a v té době oba ještě studovali (matka práva v Oděse a otec žurnalistiku ve Lvově). Jakmile matka dostudovala vysokou školu, přestěhovali se do malého města Dolyna, ležícího v Ivano- Frankovské oblasti u ukrajinských Karpat. Otec zde pracoval jako novinář v místním tisku, zároveň byl v komunistické straně. Asi do 14 let náš klient trávil každé léto (3 měsíce) u babičky na venkově. Nejraději měl prababičku, která tam také pobývala a vzpomíná na ni moc rád. Byla velmi nábožensky založená a učila ho všelijaké modlitby. Jako malý byl veselý, babičky ho vodily po známých a on je tam bavil a rozesmíval citováním nejrůznějších veršů. Rodiče od jeho dvou let pracovali a on chodil do školky. Měl školku rád, matka nosila učitelkám dárky a ony ho za to upřednostňovaly.

V Dolyně začal klient chodit také na základní školu, v té době se narodil jeho mladší bratr. Otec psal kvalitní články do novin, ale na to, jak byla práce náročná (často psával až pozdě do noci), byla málo placená. Jan si myslí, že to otce mrzelo. Zhruba za 5 let se přestěhovali do Lvova a v r. 1992 (8 let) jeho otec odjel pracovat do tehdejšího Československa (podle klienta asi proto, že na Ukrajině měl menší plat než matka). V Čechách založil firmu a začalo se mu finančně velmi dařit. Každý měsíc se přitom na

²⁴ Klient je Ukrajinec, v ČR žije spolu s matkou, bratrem a dalšími příbuznými dvanáct let.

pár dnů dostal domů za rodinou. Vzpomíná si, jak si v Praze otec koupil své první auto, o kterém dlouho snil. Postupně, s narůstajícími příjmy v rodině otec koupil velký dům se zahradou a bazénem přímo ve Lvově, ve kterém bydleli asi 7 let. Teta (vysokoškolská profesorka) jemu i bratrovi ve Lvově zařídila základní školu, kam chodily děti úspěšných a bohatých lidí. Klient vnímal od dětství po celý život protekci, které se mu díky matčiným zásluhám dostávalo („*byl jsem ve škole chuligán, učitelka mě tam nechtěla... ale marně, matka se znala s ředitelkou školy*“). Od dětství bylo jeho velkým koníčkem plavání a dosud rád sportuje, v současné době tráví velkou část volného času v posilovně.

Ve 14 letech Janovi tragicky zahynul otec, v Polsku, 50 km od ukrajinských hranic, na místě spolujezdce při autonehodě. Neměl zapnutý pás. Řidič (strýc, matčin švagr), který nehodu přežil, zřejmě usnul za volantem. Jan vzpomíná, že v 6 hodin ráno toho dne někdo zavolal, že otec měl nehodu a matka tam ihned jela. Když se vrátila, oznámila to synům. Jan si velmi živě vzpomíná jak strašně plakal, táta pro něj byl velkou autoritou. Klient říká, že jsou to pro něj stále těžké a živé vzpomínky, přestože od té doby uplynulo již patnáct let. Jan vzpomíná také na to, co se dělo potom, protože otec měl hodně přátel, na jeho pohřbu bylo asi tisíc lidí. Na Ukrajině je zvyk, že 2 noci hlídají lidé tělo mrtvého, asi 30 lidí u něj sedělo. Ale najednou když zemřel, všichni jeho kamarádi zmizeli, jeho vlastní bratr ho okradl, bral peníze z jeho účtu, matce to nepřiznal. Všichni se ho zřekli, Jan si myslí, že chtěli okrást rodinu o všechno.

Jan říká, že ho otcova smrt hodně změnila. Je přesvědčený, že kdyby otec žil, nic z toho, co teď v životě prožívá (zejm. závislost), by neprožíval. Zpočátku po otcově smrti se stále snažil něco dělat (četl, hrál fotbal, začal malovat), přestal se zajímat o rizikové kamarády. Ale to vydrželo asi půl roku, pak šly koníčky stranou, začal kouřit (první zkušenost v 10 letech), pít alkohol, kouřit marihuanu (14 let). Matka zanedlouho po smrti otce odjela do Čech, postarat se o firmu, kterou zde zanechal a brzo si zde našla práci. Syny zanechala na Ukrajině u babičky. V 17 letech se Jan poprvé opravdově zamiloval, vzpomíná na to, jako na nejlepší období svého života. Maturitní ples, na kterém prožil tehdy se svou první láskou, nejkrásnější okamžiky, popisuje s úsměvem a energií, jakou v průběhu rozhovoru jsem již nepostřehla.

Jan na Ukrajině prožil divokou pubertu. Stále se účastnil oslav s přáteli, opíjeli se, experimentovali s drogami. Vzpomíná si na oslavu svých 16 let, kdy se se dvěma

kamarády tak opil vodkou, že usnul v objetí záchodové mísy. Ráno ho v tomto stavu našla matka a udělala z toho velké pozdvižení, obvolala rodiče jeho kamarádů a Jana dovedla ke hrobu otce, kde se musel omlouvat a slibovat, že už to nikdy neudělá. V té době pili cca 0,5 l vodky/os. Později začal zkoušet a kombinovat s alkoholem tvrdé drogy.

V rodinné anamnéze závislost na alkoholu můžeme najít, a to u děda (otce matky) a jeho bratrů. Jeden z nich v důsledku své závislosti spáchal sebevraždu, další v opilosti ubil jejich matku k smrti. Z otcovy strany naopak nikdo nepil. Matka Jana mu několikrát řekla, že má stejný charakter jako děd (její otec) a že jsou si svým životním stylem velmi podobní. Klient svého děda nezažil, zemřel, když mu byly čtyři roky. Co se týká zdravotních problémů, které souvisejí s užíváním alkoholu, tak klient říká, že kocoviny byly v průběhu času čím dál horší (např. 2 dny nespavost, výrazné pocení, silné bušení srdce).

V roce 2002 se s bratrem přestěhovali do Prahy za matkou. Matka mu zde zařídila ruskojazyčnou VŠ. Z počátku to bylo velmi náročné, chtěl se vrátit zpět na Ukrajinu, ale asi po půl roce si začal hledat přátele mezi zbohatlíky. Naučili ho pít pivo, ochutnávali drogy, kupovali mu drahé prostitutky (období od 19. do 22. let). Ve 24 letech začala opravdová závislost na alkoholu (10-20 piv každý večer, vydržel v hospodě sedět i 20 hod.), často kombinoval drogy (nejčastěji kokain s alkoholem). Klient se chlubí svou znalostí všech hospod na Žižkově, ví, kde koupit drogy a zbraně, má kamarády gangstery.

Když se ho ptám ještě na vztah k otci v době, kdy ještě žil (tzn. do jeho 14 let), říká, že v tom má zmatek. Od 9. let, když otec začal pracovat v Čechách, ho velmi postrádal, chyběl mu. Zažil ho málo. K tomu dodává, že si myslí, že měl raději mladšího bratra, který ho zažil vlastně ještě méně. Na otázku, jaké má v životě cíle, odpovídá, že chce „prachy“ (*„Já nechci duševní klid nebo rovnováhu, já chci prachy. Když nebudu mít prachy, nebudu mít ani klid, ani rovnováhu“*).

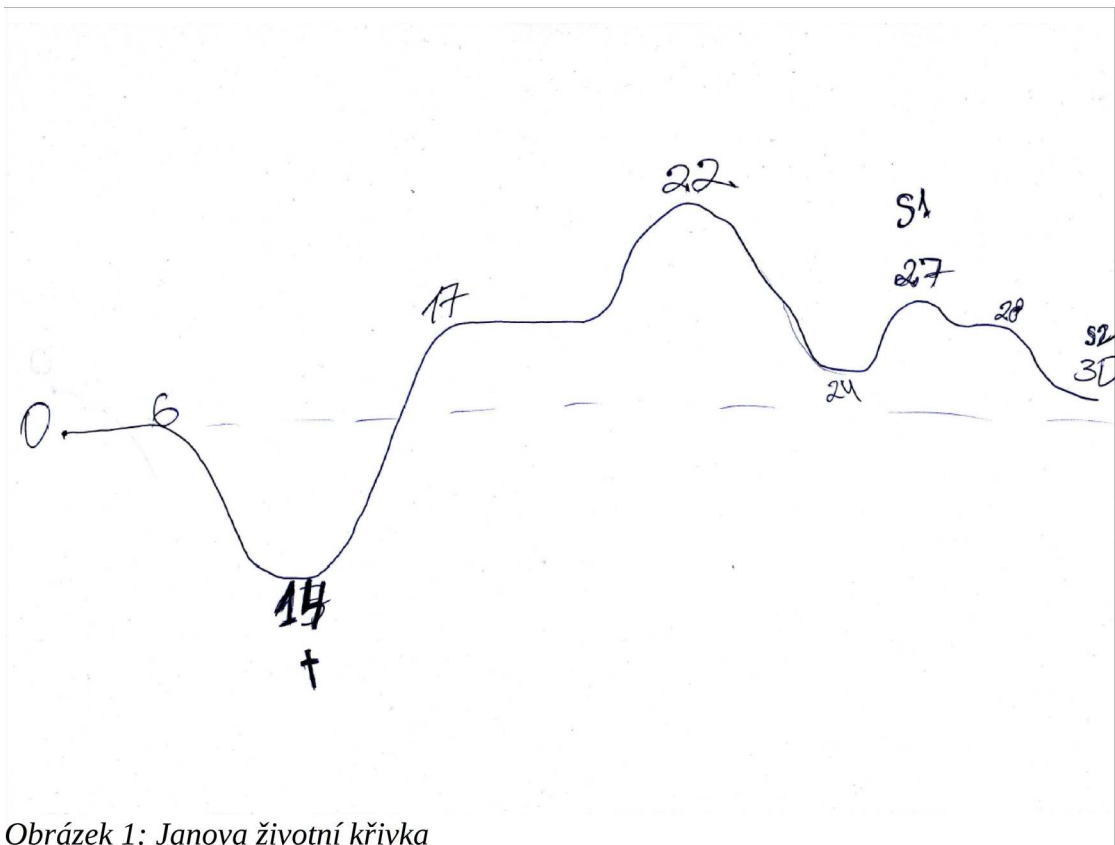
Jan v Česku studoval asi tři soukromé vysoké školy, ale žádnou z nich nedokončil. Po druhé léčbě nastoupil na poslední školu, kterou dokončil (termín státnic měl během léčby v denním stacionáři). Tím, že si zaplatil (resp. matka mu zaplatila) bakalářskou práci (tzn. napsala ji za něj firma k tomu určená), se netajil. Jan nikdy neměl dlouhodobější zaměstnání. Živí jej dodnes matka, která mu také koupila byt včetně veškerého vybavení a pravidelně sponzoruje i další synovy výdaje (jídlo, elektronika, značkové oblečení).

4.1.3 Životní křivka Jana

Když se podíváme na životní křivku jako na celek, tak vidíme jeden výrazný propad a poté několik menších či větších vrcholů. Číslice znamenají roky, resp. věk klienta ve významných obdobích jeho života. S1 a S2 je léčba ve stacionáři (S1= 1. léčba ve stacionáři, S2= 2. léčba ve stacionáři). Nejsilněji klient zvýraznil 14. rok, u kterého je znázorněn kříž (smrt otce).

Od narození do šesti let život plyne normálně, dost si toho klient také nepamatuje. Šest let je zvýrazněno jakožto okamžik, od kterého si klient pamatuje svou minulost. Ve čtrnácti letech došlo k výraznému propadu křivky, což bylo způsobeno úmrtím otce. Další důležitý okamžik nastává v klientově sedmnácti letech- první velká láska (první vztah, sex). Za největší vrchol označil klient 22. rok svého života. Říká, že v té době se cítil na vrcholu, jako by mu svět ležel u nohou, všechno bylo možné, dostupné. Byl přesvědčený, že ho čeká skvělá budoucnost a dotáhne to v životě daleko. Následuje propad ve 24 letech, což bylo spojené s rozvojem závislosti na alkoholu. Zpátky na vrchol jde křivka v období 27. roku jeho života, který je spojen s první léčbou ve stacionáři, zároveň pak je významný tím, že asi po půl roce od ukončení léčby poznal svou dnes již bývalou partnerkou, se kterou nyní čeká dítě. Klient se v té době cítil znovu na vrcholu, když abstinoval a byl zamilovaný. Ve 28 letech po relapsu došlo znovu k rozvoji závislosti. Nyní je Janovi 30 let a má za sebou druhou léčbu ve stacionáři.

Zajímavé je celkové rozložení křivky, jakoby se smrti otce ve 14 letech už později nikdy nic bolestivostí nevyrovnalo. Vše se později odehrává nad průměrem, v horní polovině kresby.



Obrázek 1: Janova životní křivka

4.1.4 Ilustrace vývojového stádia- Identita proti zmatení rolí

V příběhu Jana můžeme uvažovat o nezvládnutém konfliktním stádiu identita proti zmatení rolí. Toto stádium probíhá mezi 12 a 18 rokem věku adolescenta. Otec Janovi zemřel v jeho 14 letech, tudíž brzy na začátku onoho pátého vývojového stádia. Smrt otce byla klíčovou událostí pro nezvládnutí tohoto stádia, protože klient ztratil otce- autoritu, vzor, se kterým by se chlapec měl identifikovat, aby se sám mohl stát mužem. Důležitá také byla dřívější nepřítomnost otce, když byl od jeho osmi let převážně mimo rodinu. Znamená to, že otcovský princip chyběl již dříve. Můžeme předpokládat, že se to promítlo do vývoje chlapcova Ega tak, že si otce idealizoval, aby jej nemusel nenávidět za jeho nepřítomnost doma. To se mohlo podílet také na obrovské ráně z jeho smrti. V pubertě navíc neměl komu vzdorovat. V léčbě se Jan projevoval jako chlapec- dítě bez vlastní stabilní a sjednocené identity, bez životních cílů a vlastně v chaosu, alespoň co se týká životních hodnot.

Podle Eriksona (2002) probíhá v období dospívání klíčový konflikt „identita proti

konfuzi rolí“. Spolehlivost toho, co bude získáno v mladé dospělosti, do značné míry závisí na výsledku adolescentního zápasu o identitu. Náš klient na samém počátku tohoto vývojového stádia přišel o otce, o mužský vzor identity. Dnes má být Jan sám otcem, ale má tendenci se tomu vyhnout, protože neví, jak na to. Neví, jak má být a fungovat jako otec, je si nejistý, má strach a proto tuto roli nechce přijmout.

V pubertě jedinec znovu více či méně zpochybňuje veškerou neměnnost a veškeré kontinuity, na než se dříve spoléhal, a to v důsledku rychlosti fyzického růstu, která je nyní stejná jako v raném dětství a v důsledku nového faktoru- pohlavní zralosti. Mladý člověk, který roste a vyvíjí se a čelí této fyziologické revoluci v sobě samém a před nímž stojí konkrétní úkoly dospělosti, se nyní zabývá hlavně tím, jak vypadá v očích ostatních ve srovnání s tím, jak se sám cítí. Zabývá se také otázkou, jak propojit role a dovednosti pěstované dříve s profesními prototypy současnosti. Ve svém hledání nového pocitu kontinuity a neměnnosti musí adolescenti znovu vybojovat mnohé z bitev předchozích let, i když kvůli tomu musí do rolí svých protivníků obsazovat lidi, kteří jsou plni dobré vůle. Integrace, k níž nyní dochází ve formě ego identity, představuje víc než pouhý součet identifikací dětství. Je to suma nahromaděných zkušeností, jež plynou ze schopnosti ega integrovat veškeré identifikace s kolísáním libida, se schopnostmi rozvinutými díky nadání a s příležitostmi, jež nabízejí sociální role. Pocit ego identity pak tvoří akumulovaná důvěra v to, že vnitřní neměnnost a kontinuita vybudovaná v minulosti bude odpovídat neměnnosti a kontinuitě jedincova významu pro jiné lidi, jak dokládá konkrétní příslib jeho „kariéry“ (Erikson, 2002).

Na počátku adolescence hraje velkou roli možnost identifikovat se se vzory, autoritami, modely příklady a jejich nápodoba. Erikson (2002) píše, že „v žádném jiném stadiu životního cyklu... nejsou si tak těsně blízké příslib objevení sebe samého a hrozba ztráty sebe samého“. Mají se sjednotit předchozí představy o sobě samém - člověk stojí na prahu životní dráhy, sumarizuje předchozí a hledí do budoucnosti. Spojuje plány s konkrétnějšími cíli (např. s názornější představou o svých budoucích sociálních pozicích a o svém budoucím povolání). Ctností je zde věrnost své životní filozofii, svým cílům, zájmům a hodnotám. A to je u Jana typicky chaotické. Na otázku jaké má v životě cíle, ve svých 30 letech prakticky nemohl najít odpověď. Poté mu několik týdnů trvalo než přišel na to, že jeho životním cílem je mít peníze.

V hledání identity hrají drogy mnohoznačnou úlohu: mohou být součástí experimentování a hledání, mohou prohloubit zmatky v identitě, mohou podpořit problematická řešení vývojové krize a být součástí „odmítnutí role“, které Erikson popisuje jako „aktivní a selektivní nutkání...zbavovat se rolí a hodnot, kterým je nutné se postavit nebo které jsou vnímány jako sobě cizí“. Odmítnutí role se může projevit jako neprůbojnost nebo ve formě systematického vzdoru (u Jana typický obraz v léčbě), což je kombinace sociálně nepřijatelných a přece neústupně potvrzovaných prvků identity. Užívání drog může slibovat řešení obtíží nebo únik od nich. Epizoda užívání některých drog může být v tomto období legitimní a přínosnou součástí hledání vlastní identity. Existuje však vysoké riziko, že drogy naopak zabrání řešení vývojových úkolů a uzavrou cestu k osobní a sociální zralosti (Kalina, 2008).

Corneau (2012) zastává názor, že postrádat otce je jako postrádat páteř. Absence otce způsobuje ztrátu vnitřní struktury, a tím se stává esencí negativního otcovského komplexu. Jedinec, který má negativní otcovský komplex, má dojem, že nemá vnitřní strukturu. Jeho myšlenky jsou zmatené, dělá mu stejné potíže, když si má stanovit nějaký cíl, jako když si má vybrat, rozpoznat, co je pro něj dobré a určit své vlastní potřeby. Všechno má v sobě smíchané: lásku s rozumem, sexuální choutky s prostými citovými potřebami. Někdy mívá problémy se soustředěním, přitahují ho nejružnější okrajové nepodstatné detaily, a co je horší, nezvládá organizovat své vjemy. V podstatě si nikdy není ničím jistý. Známkou negativního otcovského komplexu je tedy vnitřní zmatek, který se může projevit jako povrchní zmatenost, ale i jako naprostý duševní chaos. Vzhledem k této skutečnosti se muži budou pokoušet kompenzovat svou ztrátu a budou si budovat strukturu na základě vnějšku. Podobně uvažuje také Hajný (2008), který vidí úlohu otce jakožto zprostředkovatele mezi bezpečím rodiny (matka) a okolním světem a jeho nároky. Když tam otec není, nemůže dítě „vyvést ven“. Některé výzkumy dokazují, že málo vřelý a problematický vztah dítěte s otcem byl zjištěn v rodinách, kde se později u dítěte projevila závislost- především na alkoholu (Pin Heiro et al., 2001; Hajný, 2008).

Velkým tématem klienta je rovněž vztah k matce, která o něj po smrti otce začala dbát až nezdravě, což trvá dosud. Její hyperprotektivita klienta staví do pasivní role, která je sice pohodlná (výdaje a složenky jsou zaplacené a jeho životní styl je nadstandardní), ale blokuje jeho vývoj směrem k samostatnosti a znemožňuje jeho fungování v dospělé roli svobodného člověka, který se sám v životě o něco zaslouží a může být patřičně hrdý.

Klient opakovaně během léčby blahoslaví matku za její skutky, považuje ji za svého nejlepšího terapeuta a rádce a „pomoc“ z její strany v žádném případě nevnímá jako potenciálně škodlivou. Není divu, že Jan neví, jak má být otcem, když je dosud dítětem.

Role hyperprotektivní matky je již několik desetiletí spojována v literatuře s možným negativním vlivem na rizika vzniku závislosti. Taková matka nadměrně pečuje, ochraňuje a je citově závislá na svém dítěti často na úkor jiných svých vztahů a potřeb. Výsledkem může být vybudování vzájemně závislé vazby, ze které dospívající dost dobře nemůže odejít do samostatné dospělosti (Hajný, 2008). Rodinná situace vykazuje rovněž znaky kodependence (podrobněji viz teoretická východiska). Matka v kodependentním chování pokračuje a pro zvýšení úspěšnosti Janovy budoucí abstinence by byla nezbytná dlouhodobá rodinná terapie, která by se cíleně na kodependenci zaměřila.

4.1.5 Klient v léčbě

Klient v léčbě opakovaně porušoval pravidla, byl v systematickém vzdoru. Po cca dvou týdnech mu bylo terapeutickým týmem uděleno podmíněčné vyloučení z léčby (chodil opakovaně pozdě, používal mobilní telefon v době, kdy to je zakázáno apod.). Zajímavé byly jeho reakce na mužské autority. Na psychoterapeutických skupinách přecitlivěle reagoval na konfrontace ze strany muže terapeuta, odmítal terapeutovy interpretace. Klient byl často zmatený, měl pokřivené hodnoty, absenci životního cíle. Velkým problémem bylo definovat vlastní životní cíle. Na otázku, jaké jsou jeho cíle v životě dlouho hledal odpověď a když později přišel s tím, že už na ně přišel, řekl, že jeho cílem je mít spoustu peněz, neboť od toho se odvíjí všechno ostatní. Klient měl také nejisté představy o své budoucnosti, ambivalenci ve vztahu k těhotné partnerce (jednou řekl, že se rozhodl, že bude s partnerkou vychovávat dítě, další den tento názor přehodnotil a byl rozhodnutý, že jako otec přítomný nebude a postará se pouze o platby alimentů). Každý den po programu ve stacionáři trávil během odpoledne a večera několik hodin v posilovně, z vnějšku klient působil statně, mohutně, jako „velký“ muž, zatímco jeho vnitřní obraz o sobě a o světě byl chaotický, nejistý a křehký.

4.1.6 Terapeutická intervence- práce s kameny

Na fotografii kamenů můžeme vidět kameny na bílé čtvrtce a černé kameny stojící mimo- ty znázorňují staré přátele, kteří jsou pro klienta ohrožující (s nimi pil, užíval drogy

a vedl styl života, který chce opustit, aby mohl abstinovat). Velký bílý těžký kámen je náš klient. Od něj vede dřevěný most, cesta směrem ke hvězdě, což je budoucnost. Ta je nejistá, hvězda je sama trochu rozpadlá, křehká. V dolní polovině (pod dřevěnou cestou) je jeden kámen nejblíže klientovi- partnerka se kterou čeká dítě a samo dítě je zde znázorněno prostřednictvím hračky. V horní polovině (nad dřevěnou cestou) jsou dva kameny- matka a bratr a v pravém horním rohu andělíček- znázornění zemřelého otce.

Jan sám sebe vnímá jako těžký, velký a poměrně nestabilní kámen. Cesta k budoucnosti je vratká a představy o budoucnosti nejsou nikterak pevné. Staří přátelé už nemají patřit do klientova života, ale přesto jsou mu nejblíže. Otec na vše dohlíží, podobně jako matka s bratrem, umístění v horní polovině. Partnerku a dítě, jež by měli tvořit pevný bod v budoucnosti, klient nechává stranou a vlastně s nimi nepočítá.



Obrázek 2: Janovo zobrazení vztahového pole za pomoci artefaktů

4.1.7 Terapeutická intervence- obrázek z arteterapie

Téma Vítěz a poražený

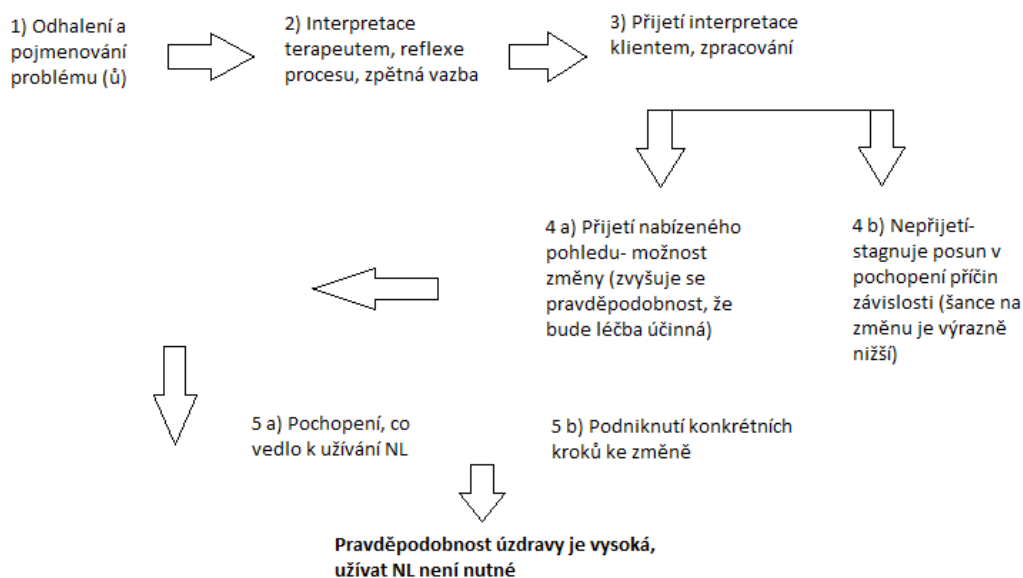
Oči v horní části obrázku, které na vše dohlíží, patří matce. Ta všechno hlídá a když se něco stane, zachrání to. Zde je možné předpokládat její hyperprotektivitu, která Jana stále staví do dětské role a neumožňuje mu osamostatnění (viz výš). Vlevo pod očima jsou

znázorněny hradby Prahy, protože zde to začalo (tj. pití piva a závislost), potkal zde špatné lidi, kteří ho k závislosti „přivedli“. Jan vnímá Prahu jako město hazardu, drog a nelegální činnosti. Karty symbolizují hru Poker, která ho baví a vítězí v ní (i když celkově dost prohrál). Vlevo dole Jan namaloval partu kamarádů, mezi nimiž se Jan cítí jako vítěz. Byl jimi obdivován a byl středem pozornosti, ale jen když měl peníze. V opačném případě je nezajímá. Jan je připoután k púllitru piva. Pivo je to, co ho táhne do pekla. Avšak v ruce Jan drží čtyřlístek, který je symbolem naděje. Naděje, že se ze závislosti dostane. V pivu stojí těhotná partnerka, která Jana do sklenice údajně ponořila, když přišla se zprávou o těhotenství. Jan vzpomíná na to, když jí krátce po této zprávě zavolał a vyhrožoval, že pokud nepůjde na potrat, nechá ji „zlikvidovat“, neboť na to má lidi. Tohoto vyhrožování v opilosti nyní lituje.



Kresba 1: Vítěz a poražený

Proces psychoterapeutické práce s konfliktními vývojovými stádii



Ilustrace 2: Proces psychoterapeutické práce s konfliktními vývojovými stádii

Komentář k ilustraci 2:

Toto jednoduché schéma obecně naznačuje, jak v praxi může probíhat psychoterapeutická práce (nejen) s konfliktními vývojovými stádii klientů. Na začátku je klíčové, aby terapeut rozpoznal, co je u konkrétního klienta důležitým tématem v kontextu etiologie závislosti. To samotné předpokládá teoretické znalosti z oblasti vývojové psychopatologie spolu se sebezkušeností. V následujícím kroku terapeut při vhodné příležitosti a tak, aby tomu klient co nejlépe porozuměl, tento objev interpretuje. Následuje reakce klienta, která je obvykle dvojitá. Klient může tuto interpretaci (např. s využitím obranných mechanismů) odmítnout nebo jí porozumí a začne do příčin své závislosti vhlížet jinak, dojde k osvětlení problému. Problém klient pochopí, ale současně také musí udělat konkrétní kroky a změnit své dosavadní chování, aby byla údrava trvalá. Zde považuji za nutné zmínit, že je výhodné kombinovat psychodynamické a psychoanalytické přístupy s behaviorálními. Zvyšuje se tak pravděpodobnost trvalé změny v životě klienta, protože jednak klient pochopí co vedlo k jeho závislosti a jednak bude vybaven praktickými postupy, jak je možné vlastní život ovlivnit. To je také podstatou

integrovaných psychodynamicko/kognitivně- behaviorálních přístupů.

Daný „problém“, jež je třeba uvidět/odhalit v bodě 1) může být kromě Eriksonova konfliktního vývojového stádia také archetyp stínu podle Junga. Závislý jedinec se snaží vyhnout konfrontaci se stínem uvnitř své osobnosti tak, že vyhledává drogy nebo návykové chování, čímž se však dostává do stínu dalšího. Pokud se chce vymanit z jejich moci (léčba), musí abstinovat (práce se stínem č. 2) a konfrontovat se se svou osobností, resp. smíření se se svým stínem, být pokorný (práce se stínem č. 1). Pokud člověk zvládne přijmout svůj stín č. 1, touha užívat drogy už pravděpodobně nebude tak nutkavá.

4.1.8 Souhrn případové studie

Jak z projektivních testů tak z průběhu terapie je možno soudit na nezvládnutí základního vývojového období identita proti zmatení rolí. Klient měl málo příležitostí se ve své pubescenci identifikovat s otcem (který v té době nebyl s rodinou resp. pak zemřel, hyperprotektivní matka jednak nebyla schopna nabídnout adekvátní identifikační vzor (žila sama, její otec brzy zemřel), jednak měla setrvalou tendenci již v zárodku rodící se synovu identitu diskvalifikovat (jsi stejný jako tvůj otec a děd a jsi neschopný do té míry, že všechny důležité záležitosti musím řešit za tebe; toto se dělo především na automatické konativní úrovni). V terapii měl klient možnost tento patologický vývojový vzorec reflektovat, interpretaci sice zpočátku nepřijal, ale byl konfrontován s tím, že jako 30-letý jedinec a nastávající otec řeší některé základní záležitosti infantilně. Byla mu současně poskytnuta důvěra v jeho potenciál ke změně a podpora. Jan měl sice ve svém seberozvoji jisté potíže, nicméně uvedený model umožnil věnovat problému cílesměrný a adekvátní prostor a čas.

4.2 Případová studie 2- Marie

žena 45 let, (dg. F13.2), vzdělání VŠ, 1. léčba v denním stacionáři (bezprostředně navazuje na střednědobou rezidenční léčbu)

4.2.1 Situace výchozího bodu

Klientka Marie kontaktuje denní stacionář pro léčbu závislostí z rezidenční léčby, kde byla hospitalizovaná k 11. týdenní léčbě. Stacionář by ráda využila jako formu intenzivního doléčování a pozvolnější přechod do „běžného“ života po rezidenční léčbě. Klientka je při prvním kontaktu nejistá až úzkostná a stěžuje si na výpadky paměti, což připisuje dlouhodobému zneužívání léků.

4.2.2 Anamnestická data v příběhu Marie

Marie se narodila před 45 lety, jak sama říká, poměrně starším rodičům (matce bylo 38 a otci 48 let). V roce 1969 to byl na prvorodičku vysoký věk. Její matka byla v té době podruhé vdaná. Otec měl z předchozího manželství 2 děti. Těhotenství i porod proběhl bez komplikací, rovněž šestinedělí. Matka Marie poměrně brzo začala znovu pracovat, takže dcera musela nastoupit do jeslí. Nicméně než tam nastoupila, začala trpět na záněty středního ucha, takže je nenavštěvovala dlouho a rodiče zajistili chůvu, která o Marii pečovala doma. Na chůvu Marie vzpomíná moc ráda, starala se o ni do 6 let a naučila ji spoustu užitečných dovedností. Školku navštěvovala jeden rok před nástupem do školy. Nejtěžší bylo si zvyknout na vícero dětí. Klientka si pamatuje, jak jí rodiče „vtloukali do hlavy“, že jak se ve škole uvede, tak na ni bylo pohlíženo po celý zbytek docházky. Všichni v rodině byli vzdělaní a to stejné se očekávalo samozřejmě i od Marie.

Ve třetí třídě (v 9 letech) Marii zemřel tatínek na rakovinu. Nějakou dobu ležel nemocný v nemocnici a chodili ho s matkou navštěvovat. Vzpomíná si na ten pocit, když mu donesla obrázek, který namalovala, ale on už nebyl jako dřív a tak Marie chtěla co nejrychleji domů (aby to bylo zase jako dřív). Brala to tak, že táta je v nemocnici, mimo jiné dříve hodně cestoval, tudíž ji jeho nepřítomnost nijak nepřekvapovala. Pobyt v nemocnici vnímala jako delší zahraniční cestu.

Na otázku, jak jeho smrt prožívala, Marie odpovídá, že cítila ochranu rodiny a asi i dětstvím samotným, kdy si dítě neuvědomuje např. že zemřel živitel rodiny, že to může

mít vliv na stěhování apod. Na ní bylo „jen“ se s tím vyrovnat. „*Truchlit jsem začala až po dvou letech, do té doby jsem měla tatínkovu smrt popřenou. Ale začala jsem být víc úzkostná, např. když jsem někde čekala na matku, měla jsem ochromující strach, že si pro mě nepřijde, že ztratím i ji. Když se na to dívám zpětně, myslím si, že zde by mohly být počátky mojí úzkosti*“.

Co bylo obtížné v souvislosti s úmrtím otce, byla pozornost, které se jí ve škole díky tomu dostalo a částečné dočasné ochrnutí matky (příčiny neví). A také opakované diskuse její matky s babičkou o tom, že přece nemůže ve 47 letech zůstat sama a měla by si co nejrychleji najít nového partnera. Tehdy klientka nechápala, proč toto babička říká, zraňovalo jí to. Ale pak, když se matka znovu zamilovala, jí to už divné nepřišlo, protože byla najednou spokojená a to pro ni jako pro dítě bylo důležité.

Za 2 roky matka přivedla do rodiny nového muže (klientka dodává, že to nemá nic společného s počátky truchlení, které tou dobou nastalo). S novým tatínkem měla Marie krásný vztah. Velmi si ho vážila jako laskavého člověka a vnímavého náhradního otce, ale byla na něj pyšná a obdivovala ho také jako úspěšného hudebního skladatele.

Nový otec si Marii ihned získal svou pozorností, kterou jí věnoval. Avšak měla zábrany mu říkat „táto“ a tak si vymýšlela různá oslovení. Časem si ji chtěl adoptovat, ale Marie nesouhlasila, nechtěla zradit svého biologického otce²⁵. Vzpomíná si také, jak pro ni dlouho bylo obtížné jít ke hrobu svého otce, až ji tam jednou vzal „nový táta“ a od té doby už tam mohla chodit sama a klidná.

O období puberty Marie říká, že snad ani nebylo, protože byla hodná, nikam nechodila. Mezi vrstevníky se cítila vždy odlišně. Jednak proto, že byla jedináček (v té době bylo standardem mít dvě děti) a jednak proto, že jí zemřel otec. Žít podle svého začínala až po svatbě, kdy si užívala toho, jaké to je nebýt pod kontrolou.

Okolnosti vztahu s nynějším manželem jsou pro Marii významným tématem také v léčbě. Jak již bylo zmíněno výš, Marie pochází z rodiny umělců a vzdělaných lidí. Od dětství cítila tlak (zejména od matky, později také od druhého otce) na to, aby měla vysokou školu. Biologický otec si zase vždy přál, aby byla Marie lékařkou. Sama tuto touhu necítila, ale když otec onemocněl rakovinou a jeho stav se postupně zhoršoval,

²⁵ Za zradu by považovala rovněž přijetí příjmení manžela, a nosí dosud jméno svého biologického otce, přestože je již mnoho let vdaná.

podvědomě si (a jemu) slíbila, že medicínu vystuduje. Tak moc si přála, aby se uzdravil. Nicméně tento „slib“ nedodržela a lékařkou se nestala. Manžel Marie je taxikář. Marie v léčbě opakovaně zmiňuje, že volba partnera, který nebude mít vzdělání, byla vědomá a záměrná. V manželovi totiž poznala svobodu v tom, že se nemusí kvůli němu snažit o kariéru, nemusí mu nic dokazovat a on po ní nechce (tak jako matka nebo otec), aby dosahovala kariérních cílů. To bylo pro Marii nesmírně uvolňující. A jejich vztah trvá dosud.

V době převratu v r. 1989 začala Marie studovat sociologii v Praze. Vzpomíná na zajímavé osobnosti, profesory, kteří na Fakultě sociálních věd vyučovali a silně ji ovlivnili. Jako mnoho jiných lidí žila ideály svobody, věnovala se společenskému a politickému dění v naší zemi. Po studiích nastoupila do práce. Přestože byla ve svém prvním zaměstnání spokojená, rozhodla se účastnit konkurzu na pozici asistentky šéfredaktora tehdy nově vznikající komerční televize. Přestože to Marie neočekávala, vzali ji. V prostředí hektickým, stresujícím a plným negativních emocí vydržela rok. Po odchodu nemohla najít práci, která by ji bavila a přišlo období nejistot. V té době poprvé navštívila psychiatrickou kliniku a poprvé, v 27 letech, přišla do kontaktu s anxiolytiky (alprazolam). Brala ho asi půl roku a vysadila bez problémů, nicméně jak říká sama Marie „*no a měla jsem zkušenost, co umí anxiolytikum*“.

Znovu užívat léky začala Marie po smrti otce (34 let). Můžeme mít hypotézu, že nemoc a smrt „adoptivního“ otce v Marii probudila úzkosti, které znala z dětství a snad i strach spojený s dalším odchodem. Vždyť měla přijít o otce již podruhé. Otec zemřel, když jí bylo 34 let, matka o čtyři roky později. Zneužívat léky ve výrazné míře začala cca od svých 40 let, nicméně závislost můžeme předpokládat již ve 38 letech. Stupňovalo se to v období 6 let (do 44 let Marie). Psychiatra Marii poprvé upozornila na návykovost léků když jí bylo 38 let.

V odvykacím stavu Marie prodělala 4 epileptické záchvaty, má dosud potíže s pamětí. Na detoxu byla 6 dní, poté absolvovala 11- ti týdenní rezidenční léčbu a 8 týdenní léčbu v denním stacionáři. Nyní abstinuje a navštěvuje doléčovací skupinu.

4.2.3 Životní křivka Marie

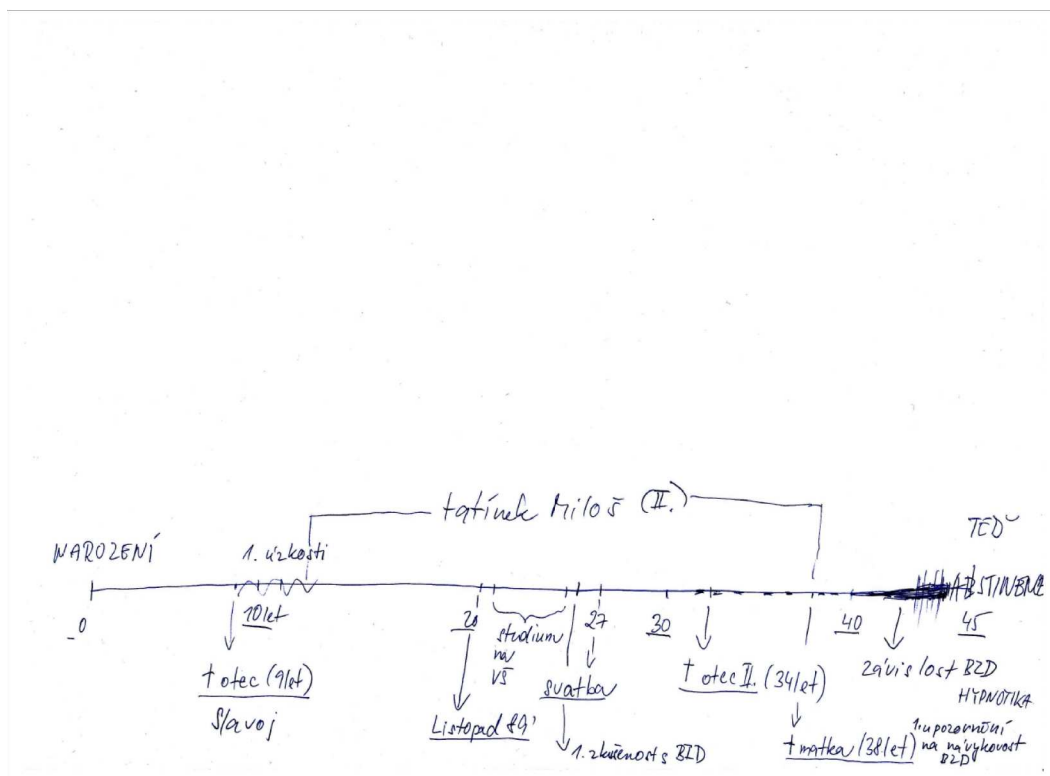
Klientka začíná výklad křivky od konce a věnuje se nejdříve své závislosti. Životní křivku, resp. osu rozvrhla na desetiletí. Za „předpočátek“ závislosti považuje první kontakt (půlroční užívání) s benzodiazepiny ve 27 letech. K pozdějšímu zneužívání léků říká, že do smrti matky si jejich nadužívání „nemohla dovolit“, musela fungovat. Takže brala hypnotika a ATD. Za kritické (závislostní) považuje období od 40 do 44 let s tím, že to postupně gradovalo (na obrázku vidíme zvýraznění tužkou, které sílí a vzrůstá s věkem). Za důležité považuje Marie sdělení lékařky, že BZD jsou návykové (38 let). Znovu užívat léky začala v 34 letech, do smrti matky (ve 38 letech) je užívala dle předpisu. Poté se dověděla o jejich návykovosti, ale to už byla závislá a pokračovala v užívání přes škodlivé důsledky²⁶.

Marie se znovu vrací k počátkům úzkostí, když byla ještě dítě (viz výš). Vzpomíná si na tu obavu, aby maminka nezmizela také, stejně jako otec. Sama vyslovuje hypotézu, že snad s příchodem nového otce získala novou jistotu, související se znovunabytí funkční a celistvé rodiny...*„oběma nám dal stabilitu, a já asi získala sílu a možnost teprve truchlit, do té doby bylo větší starostí to, aby máma neodešla také, než truchlení“*. No a ve 34 letech vlastně znovu zmizel člověk, který jí v těch 11 letech dal jistotu (na obrázku dlouhé období s nápisem „tatínek Miloš“). Když bychom si odmysleli tu svorku, mohla by závislost přímo vyplývat z úzkostí v 9, 10 letech, což je pozoruhodné.

Nakonec klientka otevírá další důležité téma, které si myslí, že by měla zmínit. Ačkoli nechtěla oba otce porovnávat, měla pocit, že „nový otec“ byl vlastně lepší, než by třeba býval byl její biologický otec. Nyní již výčitky nemá neboť pochopila, že oba byli dva rozdílní lidé s vlastním charakterem, kteří mohli nabídnout něco jiného.

Vpravo, na konci osy, můžeme vidět nápis „TEĎ“ a „ABSTINENCE“. Klientka k tomu na závěr interview dodává *„budoucnost už nemá papír a já ji tvořím každý den.“*

²⁶ Pokračování v užívání přes škodlivé důsledky jakožto jeden z šesti diagnostických ukazatelů závislosti.



Obrázek 3: Životní křivka Marie

4.2.4 Ilustrace vývojového stádia- Generativita proti stagnaci

V příběhu Marie můžeme vidět problematické vývojové stádium generativity proti stagnaci. Marie s manželem se již na počátku svého vztahu rozhodli nemít děti (v léčbě o tom klientka příliš nemluví, vysvětluje to tím, že alespoň něco si chtěla prosadit po svém, v návaznosti na to, jak byla rodiči tlačena do různých povinností).

Můžeme mít hypotézu, že závislost se u klientky objevila právě v tomto období, na jeho počátku a její rozvoj by mohl souviset jednak s daným vývojovým stádiem a jednak s předchozími, ve kterých se utvářely její základy. Erikson (2002) výstižně říká, že zralý jedinec potřebuje být potřebován a zralost vyžaduje vedení stejně jako povzbuzení od toho, co bylo vyprodukováno a co musí být opatrováno. Generativita je tedy problémem při zakládání a vedení příští generace, i když existují jedinci, kteří nezaměřují toto puzení na své vlastní potomstvo. A vskutku, pojem generativity má obsahovat taková populární synonyma, jako je produktivita a kreativita, která jej ovšem nemohou nahradit. Psychoanalýze trvalo určitou dobu, než si uvědomila, že schopnost ztratit sebe sama

v setkání těl a duší vede k postupnému rozšiřování zájmu ega k investici libida do toho, co je plozeno. Generativita je tudíž základním stádiem v psychosexuálním a v psychosociálním rozvrhu. Tam, kde snahy o takové obohacení naprosto selhávají, dochází k regresi, k obsesivní potřebě pseudointimity, často s převládajícím pocitem stagnace a osobního ochuzení. Jedinci si pak začnou libovat v chování, jako kdyby byli svým vlastním jediným dítětem nebo- v páru- navzájem dítětem jeden druhého (stejně jako u klientky a jejího manžela, k čemuž se přidává láskyplná péče o psa, namísto dítěte).

Rovněž instituce, jež generativitu zabezpečují a podporují, kodifikují etiku poslušnosti plození. Dokonce i tam, kde filosofická a duchovní tradice doporučuje vzdát se práva na plození či produkování, je cílem takového brzkého obrátu k „nejvyšším zájmům“, jsou-li takové tradice zavedeny v mnišských řádech, současně vyřešit svůj vztah k Péči o tvory tohoto světa a k Lásce, o níž se lidé domnívají, že je přesahuje (Erikson, 2002).

Jelikož Marie nemá potomky a nedochází u ní ani k pracovní seberealizaci, mohlo se užívání návykových látek hodit jako pseudořešení této krize.

Co se týká dřívějších stádií, proběhlo v nich také množství kritických okamžiků, které mohly předcházet vzniku závislosti v následném období generativity proti stagnaci. V životě klientky je důležité téma smrti blízkých osob. Biologický otec zemřel, když jí bylo 10 let, tudíž velmi brzký věk pro malou dívčinku před pubertou. Počátky strachu z toho, aby jí neopustila i maminka jsou pak logické. V terapii Marie často žila v minulosti a tento fakt si zvědomila s potřebou to začít dělat jinak. Cítila potřebu se rozloučit se svými zesnulými, opustit je bez pocitů viny. Klientka si později v užívání benzodiazepinů našla účinnou úlevu od úzkosti, kterou znala již od útlého dětství.

4.2.5 Klientka v léčbě

Klientka byla od počátku úzkostná, nejistá. Měla často tendenci (ještě před nástupem do stacionáře) se ptát a ujišťovat o podmínkách léčby, pravidlech. Její častý dovětek byl, zda je to či ono v pořádku.

Později během léčby téměř nemluvila o negativních emocích či těžkostech, vše měla krásné, ideální (pravděpodobně pod obranou popření). Toto se objevovalo ať už při ranních komunitách, kdy klienti mluví o náplni předchozího dne nebo v arteterapeutických

technikách, kdy obrázky byly zpracovávány s velkou pečlivostí, plné barev a prezentovány pohádkově.

V kolektivu postupně začala plnit funkci „mámy“, které se chodí mladší členové svěřovat a ptát na radu. Během psychoterapeutických skupin byla v roli zkušenějšího rádce, moudré matky. Když se na konci léčby loučila, byla tato role dokonce vyslovena a klientka byla za ni oceňována, což ji viditelně těšilo (že by přece jen potenciál pečovatelské osoby neboli rodiče potřeboval být naplněn, alespoň cvičně?).

4.2.6 Terapeutická intervence- práce s kameny

Marie ve svých kamenech vidí tři oblasti. První je v pravém rohu (andělíček, šišky, kameny, část hvězdice), druhá oblast je tvořená mušlemi a třetí drobnými předměty. První oblast reprezentuje zemřelé blízké osoby a problémy klientky, ve druhé se soustřeďuje přítomnost klientky, je zde ona a nejbližší okolí a třetí oblast drobných předmětů reprezentuje budoucnost.

Pravý horní roh (pozůstalí a problémy Marie)- andělíček znázorňuje nevlastního otce Miloše, dvě šišky u sebe jsou biologičtí rodiče (matka a otec Slavoj). Klientka sděluje, že původně zde měla i prvního pejska, který však loni zemřel a přišlo jí vhodné ho již „pustit“. Skupina černých kamenů je černá minulost Marie, něco co ji tíží, co si nese s sebou a je to převážně nepoznané. Chapadlo hvězdice je pak závislost, která částečně vyčnívá z hracího pole klientky, jak jej sama nazývá. Dodává: „Protože už jsou²⁷ ve vědomí, nemají moc mě ovlivňovat tak, jako když jsem si je neuvědomovala. Teď už s nimi mohu něco dělat.“

Střed (Marie a její nejbližší okolí v současnosti)- zprava vidíme dvě škeble otevřené k sobě, jedna je plná (Marie) a druhá prázdná (manžel). Natočení škeblí k sobě ukazuje na jejich vzájemnou blízkost a snahu o změny, které jejich vztah potřebuje. „To, že Já jsem naplněná znamená, že si víc uvědomuji sama sebe a učím se přijímat se takovou, jaká jsem se vším všudy. Je zde zobrazena naše protichůdnost, která nás k sobě přitahuje. Manžel je přímý, jednoduchý v nejlepším slova smyslu.“ Hlemýžďí ulitkou je jejich pes Kuba, který je pro Marii velkou radostí. Bílou otevřenou škeblí v blízkosti Marie je nevlastní bratr²⁸, který je v jejím životě samostatnou kapitolou a má ho ráda. Otevřená škeble vedle něj

²⁷ Závislost a problémy- pozn. autorky.

²⁸ Dříve o něm však při žádné příležitosti nemluvila.

představuje všechny nejlepší přítelkyně a lidi, kteří ji mají rádi. Ostatní škeble jsou lidé, které Marie ve svém životě ještě potká. Kaštan znázorňuje koníčky a záliby klientky, menší kámen za ním finanční prostředky z nájmu matčina bytu (které klientce dávají alespoň minimální svobodu), větší barevný kámen za kaštanem je budoucí zaměstnání, které je bude bavit. Všechny tři předměty vlastně patří k sobě (zájmy, peníze, práce).

V levém rohu dole (budoucnost) jsou „*mé budoucí obsahy a vše, co jsem v sobě dosud kvůli svým předsudkům, převzatým myšlenkám apod. ještě neobjevila nebo nemohla vidět. Věci, které mě ještě okouzlí a jiné znechutí, nějak ovlivní a pozmění.*“



Obrázek 4: Zobrazení vztahového pole Marie

4.2.7 Terapeutická intervence- obrázek z arteterapie

Téma Moje klec

Marie by si přála mít život hezký (barvy, květiny atd.), ale sama ve své hlavě je zavřená v kleci, kde jsou uloženy strachy a nejistoty, že to nepůjde. Vytváří si katastrofické vize, přestože to v životě vlastně hezké docela má (že by úzkostné rysy?). V hlavě Marie moc dospělá není, spíše si připadá jako bezmocná holčička, která nic nezmůže. V krásném prostředí je zároveň mnoho strachu a temnoty. Marie říká, že již má náhled, že v realitě to není tak, že by byla bezmocná, ale neví, proč „to v hlavě tak má“. Současně dodává, že si klec vyrábí sama a po zamyšlení nad důvodem vidí souvislost se svým nízkým sebevědomím.



Kresba 2: Moje klec

4.2.8 Souhrn případové studie

Jak z projektivních testů tak z průběhu terapie je možno soudit na nezvládnutí základního vývojového období generativity proti stagnaci. Klientka v tomto období není zapojená do vytváření společnosti užitečných věcí ani nepečuje o potomky, což je důležitým předmětem daného stádia. Marie se necítí být naplněná smyslem a nežije příliš tvůrčí a produktivní život. Zároveň se projevilo několik nezpracovaných témat minulosti a úzkost, se kterou se celý život potýká, se po smrti svých rodičů začala stupňovat. Pseudořešením této krize bylo užívání anxiolytik, které nabídlo pohotovou, avšak dočasnou úlevu. Marie měla v terapii možnost tento patologický vývojový vzorec reflektovat. Přijala nabídnutou interpretaci a ujasnila si kroky, které jsou nezbytné pro změnu. Byla jí současně poskytnuta důvěra v její potenciál ke změně a podpora. Terapeutický proces umožnil věnovat problému cílesměrný a adekvátní prostor a čas.

4.3 Případová studie 3- Anežka

žena 41 let, (dg. F10.2), vzdělání VŠ (učitelka), 1. léčba

4.3.1 Situace výchozího bodu

Klientka přichází kvůli problémům s alkoholem na doporučení své nadřízené v práci. Denní stacionář si vybrala z důvodu potřeby intenzivní psychoterapeutické práce, ale i proto, že se může každý den vracet domů k rodině, o kterou by nemohla pečovat, kdyby zvolila rezidenční léčbu. Klientka ví, že pije kvůli psychickým problémům a ty zde chce řešit. Důležitým tématem v jejím životě jsou pochyby.

4.3.2 Anamnestická data v příběhu Anežky

Okolnosti porodu Anežka nezná, protože je osvojeným dítětem. Biologická matka ji odložila do kojeneckého ústavu, avšak Anežka neví, jak brzo po porodu a dodnes nezná ani důvody, proč si ji biologičtí rodiče neponechali. Adoptivní rodiče²⁹ se jí ujali v půl roce jejího života, bylo jim 35 (matce) a 37 (otci) let. Matka předtím porodila 3 mrtvé děti, tudíž Anežku považovali za vymodlené dítě. Rodinu považuje za harmonickou, nepamatuje se, že by se rodiče hádali.

Anežka hned z kraje interview říká, že potřebuje odstranit psychické problémy, které dosud „řešila“ právě pitím alkoholu. Toto „řešení“ spočívalo v tom, že ony problémy mohla za pomoci alkoholu alespoň na chvíli oddálit, rozpustit. Psychickými problémy Anežka myslí zejména pochyby, které ji provázejí celý život a nyní již ví, že vznikly v raném dětství, snad ještě dřív, než byla schopná si pamatovat. Také čas od času je paralyzovaná vztekem a propláče celý den (příčiny nezná). Pak se oklepe a jde dál. Postupně v průběhu života často přemýšlela, kdo vlastně je, odkud pochází, po kom má geny, kdo jsou její biologičtí rodiče a proč se jí zřekli („*Z mého přesvědčení nemůžu pochopit, že matka odloží dítě do kojeneckého ústavu.*“)

Potřeba zjistit svůj původ se s přibývajícím věkem stále zvyšovala. Od dětství o svém původu samozřejmě přemýšlela, nicméně intenzivní pochyby se objevily až v poslední době. Anežka nikdy neměla odvahu se zeptat svých adoptivních rodičů, protože toto dotazování považovala za zradu a jak sama říká, „*prostě jsem nikdy nenašla sílu se*

²⁹ Oba žijí, nyní v důchodu. Matka povoláním učitelka, otec zámečník.

jich zeptat, jak to bylo, nechtěla jsem být nevděčná, nechtěla jsem, aby si mysleli, že je nemám ráda a proto hledám své biologické rodiče, nechtěla jsem jim ublížit. Jsem jim vlastně nesmírně vděčná, že mi dali možnost mít rodinu“

Anežka odjakživa ví, že je osvojená, že její adoptivní rodiče nejsou její vlastní. Nepamatuje si, že by jí to někdo někdy řekl, prostě to věděla³⁰. Tyto otázky, týkající se jejího původu, které v sobě dlouhé roky hromadila, v minulém roce v afektu vyslovila. Tenkrát ji matka našťavaně a s despektem odpověděla, že její matka byla poštovní doručovatelka a otec lesní dělníkem a protože měli hodně dětí, tak se o ni nemohli už starat. Tomu ale Anežka nevěří, nicméně se od té doby dál neptala. Vycítila, že se o tom rodiče nechtějí bavit. A tak stále pochybovala až našla nástroj, jak na pochyby vyžrát a začala před rokem pít (*„kvůli nejistotě a pochybám jsem začala pít“*.)

Na otázku, co se v té době stalo, tj. před rokem, když začaly problémy s alkoholem odpovídá, že najednou jí vyděsila oslava čtyřicátých narozenin (má vlastně víc než půlku života za sebou), k tomu dorůstá dcera (12 let), která je samostatná a už ji jako matku tolik nepotřebuje a vztah s manželem je vyprázdněný. Pochyby od dětství, „díra“ po dceři a formální manželský vztah bez lásky Anežka považuje za tři klíčové příčiny své závislosti.

Na dětství a pubertu si Anežka vzpomíná tak, že byla hodné dítě, které poslouchalo a plnilo přání rodičů (*„osvojili si mě, tak jim budu vděčná, zlobení nepřichází v úvahu“*). Sourozence nemá, ale společnost dětí jí nechyběla, protože v ulici jich bydlelo mnoho. A vlastně ani neví, zda by sourozence chtěla, možná ano, ale musel by přijít do rodiny, když by byla např. devítiletá a sourozenec by byl o rok mladší. Na mámu totiž v dětství velmi žárlila, stačilo, aby si posadila cizí dítě na klín. (*„Vždy jsem se bála o něčí lásku, mám strach ze samoty...“*).

Rodiče se Anežce věnovali, našla si koníčky, ve kterých se jí dařilo a nabývala tak jistoty. Zároveň jí ale plánovali život od samého dětství. A dosud jí vstupují do života (sdílí společnou domácnost v rodinném domě, mají oddělená patra, ale společný vchod). Anežka říká: *„od mala mě cpali do ideální formy jejich představ o mně, např. řekli, že po nocích se nechodí (v mých 27 letech!), takže to dělat nebudu. A já si nedovolila rodičům vzdorovat.“* Jana vzpomíná na situaci v jejich 18 letech, kdy přišla za matkou, že je možná

³⁰ Můžeme uvažovat, že má v nevědomí stopu prázdna z prvního půlroku života? Předpokládám vzájemnou souvislost mezi bazální nedůvěrou a „odjakživa věděním“ této skutečnosti, že rodiče, kteří ji vychovali, nejsou její vlastní.

těhotná. Matka měla ihned jasno, potrat a hotovo! Těhotenství se nakonec nepotvrdilo, ale Anežka si v té chvíli uvědomila, jakou moc nad ní rodiče mají, že ne ona sama, ale oni rozhodují o jejím životě. („*Když jsem přišla domů o 5 min. později, bylo zle...měla jsem hrozný strach se vrátit domů*“)³¹ Podobný strach z návratu domů se Anežce vrací i teď, když je manžel doma. Přemýšlí, co manžel bude říkat, že jí to bude líto a bude se cítit méněcenná. Komunikovat s manželem neumí, nedokáže mu sdělovat své pocity.

Partnerské vztahy tvoří v životě Anežky samostatnou důležitou kapitolu. V 27 letech se provdala za muže, se kterým byla od 17 let. Po půl roce se rozvedli. Manželství ji nudilo, neměli společné zájmy. Tento vztah Anežka považuje za největší „trapas“ svého života. Snad k rozvodu přispělo i to, že poznala jiného muže, studenta FAMU, který ji fascinoval svou kreativitou, všestranností zájmů, sama říká, že „začala objevovat svět“ a první manžel jí přestal stačit. Nový milenec ji však považoval jen za svou milenkou a tento románek brzy skončil. Anežka se na čas k manželovi vrátila, ale poté poznala jiného muže, který jí dodal sílu z nespokojeného vztahu konečně odejít. S ním začala brzy po rozvodu bydlet u rodičů (kteří to považovali za nehorázný skandál). Vztah s tímto mužem zanedlouho skončil. Anežka to považovala a dodnes považuje za ohromnou ztrátu, protože s tímto mužem by si společný život dokázala představit, měli mnoho společných zájmů, rozuměli si. On však nevydržel její úzkost a majetnickost (bála se, že ho ztratí a tak ho stále držela u sebe), velmi žárlila na jeho starší sestru³², se kterou měl jako bratr vždy blízký vztah. Asi po dvou měsících se Anežka seznámila se svým současným manželem. Počátek vztahu byl idylický, za rok a půl otěhotněla a vzali se. Začali se soustředit výhradně na dítě, dcera se stala středem jejich života a vše jí podřídili. Postupně se začali objevovat problémy, s manželem se odcizili, netrávili žádný čas o samotě a začala váznout i komunikace. Dnes Anežka o manželství mluví jako o „formálním“.

³¹ Anežka byla již v dospělém věku- pozn. autorky.

³² Podobně jako v dětství žárlila na jiné děti, které adoptivní matka vzala na kolena.

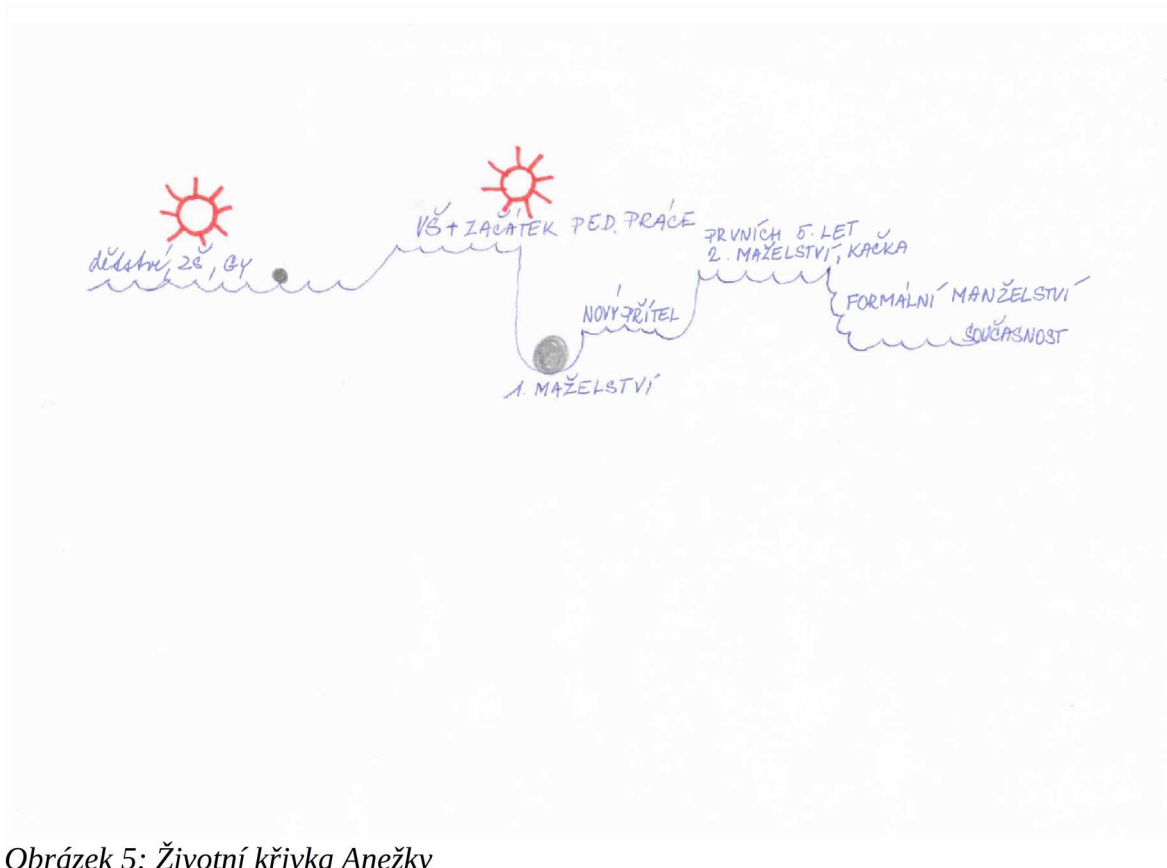
4.3.3 Životní křivka Anežky

Anežčina životní křivka nemá pevný počáteční bod, který ostatní klienti namalovali³³. Křivka je vedená pomocí vlnky, což Anežka komentuje jako „běžný život“³⁴. Takto běžně a poměrně bezstarostně probíhalo dětství, základní škola i gymnázium. Puntík za gymnáziem označuje situaci, kdy Anežka předpokládala těhotenství a dočkala se tvrdé reakce matky (viz výš). Poté křivka stoupá vzhůru spolu s nástupem na vysokou školu a počátky pedagogické práce. Anežce se líbil studentský život a postupné osamostatňování. Křivka jde prudce dolů v souvislosti s prvním manželstvím (velký černý „balvan“), které Anežka považuje za svůj největší omyl. Mírně nahoru křivka stoupá s poznáním nového muže, který byl jakýmsi vysvobozením. Šťastné bylo období prvních pěti let se současným manželem spolu s narozením dcery. Anežka byla spokojená, vlastní dítě jí dalo smysl života. Po pěti letech křivka jde znovu dolů, postupně to upadalo až do současnosti, kdy se Anežka začíná cítit nepotřebná (nuda, košile jsou vyžehlené, dcera je u kamarádky, manžel v práci...).

Za největší zlom ve svém životě Anežka považuje období v 27 letech (černý „balvan“ nebo klubko), protože v očích svých rodičů začala zlobit. Rozvedla se, brzo poté si našla nového muže, začala chodit večer ven apod. Klientka nakonec dodává, že se jí i teď zdají často sny, že se vrací někam k manželovi a přitom má velký strach, že to není manžel současný, ale bude tam manžel první.

³³ Jako by se zrodila z prázdna, což může takto podvědomě být (nic o svém porodu, biologických rodičích atd. neví). Je možno si představit, že s absencí počátečního bodu chybí právě základní důvěra.

³⁴ Mohl by to být také život v pochybách, vlnky mohou znázorňovat pochyby.



Obrázek 5: Životní křivka Anežky

4.3.4 Ilustrace vývojového stádia- Základní důvěra proti základní nedůvěře

Pevné ustavení trvalých vzorců k řešení nukleárního konfliktu mezi základní důvěrou a základní nedůvěrou v prosté existenci je prvním úkolem Ega a tudíž především úkolem mateřské péče. Celkové kvantum důvěry čerpané z nejranější dětské zkušenosti závisí zejména na kvalitě mateřského vztahu. Matky vytvářejí ve svých dětech pocit důvěry takovým způsobem opatrování, jenž ve své kvalitě spojuje citlivou péči o individuální potřeby dítěte s pevným pocitem osobní důvěryhodnosti uvnitř spolehlivého rámce životního stylu jejich kultury. To v dítěti vytváří základ pocitu identity, který se později spojí s pocitem „správného člověka“, jenž je sám sebou a vyrůstá v takovou osobnost, jakou se stane. (Erikson, 2002)

Prvním společenským výkonem novorozeněte je ochota nechat matku zmizet z dohledu bez nadměrné úzkosti či zlosti, protože se stala vnitřní jistotou i vnější předvídatelností. Taková konzistence, kontinuita a stejnost zkušenosti skýtá rudimentární

pocit identity Ega, jenž- jak se Erikson (2002) domnívá- závislí na poznání, že existuje vnitřní soubor zapamatovaných a předvídaných vjemů a představ, které jsou pevně sdruženy s vnějším souborem známých a předvídatelných předmětů a osob.

Anežka matku zcela postrádala, navíc v kojeneckém ústavu spolu s častým střídáním osob nemohla přilnout ani k náhradní mateřské osobě. A ani později ve vztahu s adoptivní matkou se také bezpečný attachment neodehrál. Můžeme tudíž s velkou pravděpodobností předpokládat absenci základní důvěry. Ta se projevuje v mnoha částech Anežčina příběhu. Za nejviditelnější můžeme považovat celoživotní strach Anežky z konfrontace (s rodiči, manželem, dcerou apod) a strach se rodičů zeptat na přirozenou věc (odkud pocházím) bez toho, aniž by měla strach, že je tím zraní. Dokonce ani v pubertě si nedovolila odporovat (dítě s bazální důvěrou si může dovolit zlobit, protože ví, že jej rodiče budou milovat navzdory jakémukoliv maléru, který vyvede). Pocit bazální důvěry člověka vybaví sebedůvěrou, sebestotou, že jsem na světě, protože mě rodiče chtěli. Jak Anežka říká: „*vždy jsem se bála o něčí lásku*“. Anežka je vlastně bezbranná, nejde si za svými potřebami v životě, protože si myslí, že na ně nemá právo, nemůže mít nároky, musí trpělivě snášet svůj úděl.

Anežka v návaznosti na stavbu kamenů terapeutce svěřila, že ji v životě opakovaně provází myšlenky, že by bylo lépe, kdyby se nenarodila, kdyby matka zvolila potrat, když již věděla, že se o ni nechce (nebo nemůže) starat. Toto sdělení považuji za zcela vypovídající znak absence bazální důvěry.

Eriksonovu vývojovému stádiu základní důvěry proti základní nedůvěře odpovídá teorie attachmentu Johna Bowlbyho (2010). Na příkladu Anežky můžeme vidět v obtížném navázání vztahu s vlastním dítětem (Anežka říká: „*...dcera od šesti měsíců chtěla spát sama v pokoji...*“). Jak se ale pozná, že dítě chce v tomto věku spát samo v pokoji? Můžeme mít hypotézy o tom, jaký attachment poskytla Anežka dceři, protože ta je teď chladná a vůči své matce tyranská.

Projev základní nedůvěry můžeme později u Anežky vidět také v oblasti partnerských vztahů. Anežce se v životě často objevovaly obavy z opuštění. Možná proto bylo pro ni takovou ránou a ztrátou, kdy ji opustil třetí partner, který nechtěl být jejím majetkem. Koneckonců přítomnost bazální důvěry (příp. bezpečného attachmentu) je základním příkladem pro navazování pozdějších vztahů, učícím se „*podhoubím*“, na

základě kterého je v pozdějším věku jedinec schopen vytvářet kvalitní mezilidské vztahy.

4.3.5 Klientka v léčbě

Od počátku bylo vidět, jak se Anežka snaží do skupiny zapadnout, což se jí také velmi rychle podařilo. V rámci socioterapeutického programu (tj. společné rozcvičky, sportovní program, kulturní program, tvořivé dílny apod.) byla velmi aktivní. Místy se chovala jako dítě ve školním kolektivu spolu se „zlobením“, vyrušováním atd. V rámci psychoterapeutických skupin byla naopak uzavřená, dlouho o sobě nemluvila³⁵. Často se rozplakala, když poslouchala příběhy, které vyprávěli jiní členové skupiny. Dalo by se říct, že byla jistější a otevřenější (a snad se cítila i bezpečněji), když mohla být sama s terapeutem. Často vyhledávala terapeuta, aby s ním o samotě³⁶ diskutovala o svých problémech.

S terapeutem by bylo možné získat sekundární vzorec bezpečného attachmentu, pokud by vztah s ním byl pro klientku významný, dostatečně bezpečný a nosný. V tom spočívá význam terapeutického prostředí a potenciál terapeutického vztahu. Terapeut se nesmí vůči klientovi chovat vyhýbavě, odmítavě nebo chaoticky, protože tím by jen posiloval klientův deformovaný „pracovní model“ attachmentu (Kalina, 2013). Otázkou je, zda by tento sekundární vzorec klientka mohla získat v tak krátkém čase, jako je 6 týdnů.

Anežka léčbu nedokončila. Po čtyřech týdnech porušila abstinenci a léčba jí byla předčasně ukončena. Okolnosti jejího vyloučení byly náročné, protože se zhroutila a prosila o druhou šanci. Nicméně pravidla jsou jasná a zabezpečují bezpečný rámec léčby. Klientka odmítala jakákoliv doporučení ze strany terapeutů týkající se návaznosti léčby a odešla velmi dramaticky. Hned v pondělí ráno (propuštěna byla v pátek) přišla stabilizovaná s tím, že se jí pití podařilo pití zastavit a s omluvou za své chování. S klientkou byla domluvena intenzivní individuální psychoterapie, na kterou pravidelně dochází.

³⁵ Promluvila pouze jednou za celou dobu léčby, slabým hláskem na konci skupiny, kdy nezbývalo mnoho času.

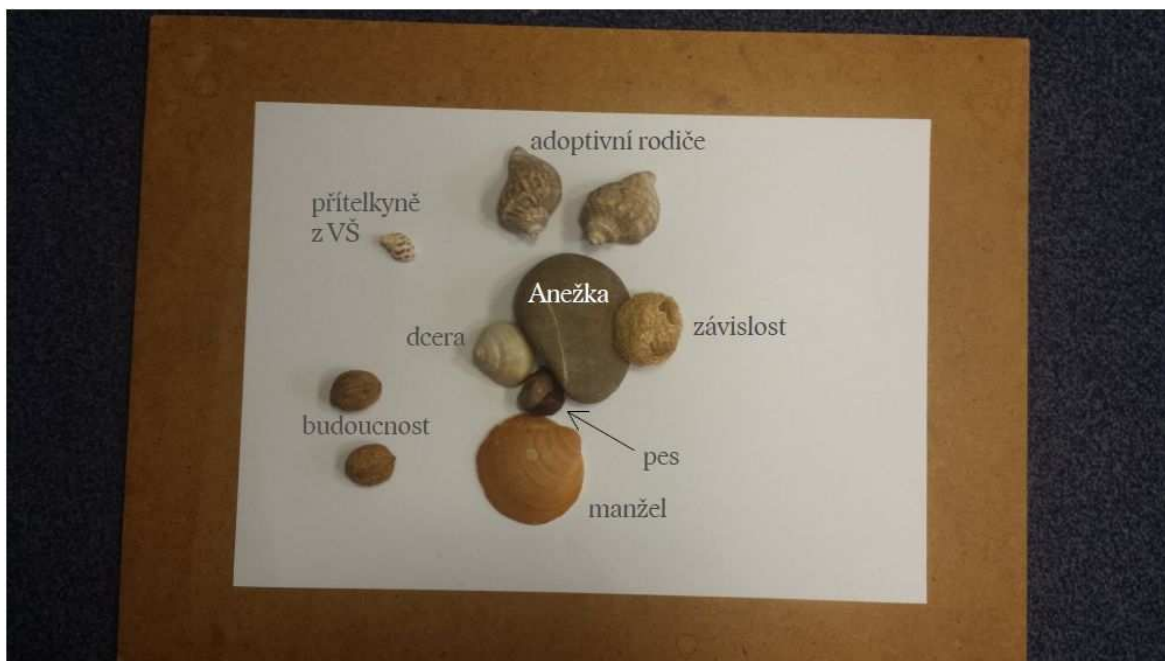
³⁶ Což není v podmínkách léčby v tomto denním stacionáři obvyklé neboť veškerou psychoterapeutickou práci se tím snaží směřovat do skupin (z podstaty k tomu určených). Klienti nemají ani svého garanta, se kterým by měli individuální pohovory, jak je tomu např. v podmínkách terapeutických komunit.

4.3.6 Terapeutická intervence- práce s kameny

Klientka popisuje kameny následovně. Ona sama je největším kamenem uprostřed. Nejblíží u ní je její dcera (bílá mušle), pes (kaštan) a spletná závislost (běžový suchý pletenec), která přilepená na její „záda“. Větší mušle přírodní barvy dole na fotografii představuje manžela, který je od ní dělen (a spojován) skrze psa. Nejmenší mušle v levém horním rohu je Anežčina přítelkyně z vysoké školy, která jí je v těžkých životních situacích oporou. Nikdy dřív by si nemyslela, jaká se z ní stane přítelkyně. Nyní je pro ni velmi důležitá, přestože malá mušle, je to žena důležitá a velká pro své činy. Dvě mušle nad Anežkou jsou její adoptivní rodiče, směřující na ni hroty, které představují kontrolu.

Dodatečně (druhá fotografie) Anežka přidává na 2 černé kameny, které stojí za jejími adoptivními rodiči. Jsou to rodiče biologičtí, které Anežka do svých kamenů dala dodatečně, protože i když je nikdy nepoznala, v jejím životě figurují (zejména proto, že nese jejich geny). Anežka při výběru kamenů řekla, že předmět musí být něco temného, co vlastně ani neví, jak má vypadat. Klientka během povídání o kamenech zmínila bolestné myšlenky, které jí v životě často provázely. Týkají se nedůvěry, že má své místo na světě.

Nepřítomnost bazální důvěry je možné vidět v tom, že Anežka měla vždy pocit, že si lásku svých adoptivních rodičů musí zasloužit, musí cítit vděk a snažit se je odměnit za to, že jí dali rodinu. Neměla ten pocit, který má mít zdravé dítě ve zdravé rodině, že její rodiče milují z podstaty, jenom proto, že existuje (nepodmíněná láska).



Obrázek 6: Anežčino zobrazení vztahového pole



Obrázek 7: Anežčino zobrazení vztahového pole- změna

4.3.7 Terapeutická intervence- obrázek z arteterapie

Téma Ideální partner

Anežka dle instrukcí terapeutky namalovala svého ideálního partnera. V podstatě toho od takového partnera moc nechce. Co se týká vzhledu, má být upravený (proto v saku na obrázku) a usměvavý (Anežčin manžel má přísný výraz ve tváři, nicméně vlasy patří jemu). Má na něj být spolehnutí (finančně), proto postava drží v ruce bankovky a vedle něj je dům s bazénem. Má být chytrý (proto zkr. IQ). Zároveň má mít koníčky, které je budou spojovat (proto na jedné noze brusle, na druhé kopačka a fotbalový míč). Co se týká vlastností ideálního partnera, tak pro Anežku je nejdůležitější, aby jí naslouchal a dokázal trpělivě vnímat a tolerovat i ty názory jí jako partnerky, se kterými on nesouhlasí (současný manžel se o tom raději ani bavit nechce).



Kresba 3: Ideální partner

4.3.8 Souhrn případové studie

Jak z projektivních testů tak z průběhu terapie je možno soudit na nezvládnutí základního vývojového období Základní důvěry proti základní nedůvěře. Klientka neměla možnost vytvořit základní důvěru (Erikson) resp. bezpečný attachment (Bowlby) z důvodu nepřítomnosti mateřské osoby. Absence základní důvěry ji provázela po celý život a nesla s sebou i pozdější problémy na interpersonální vztahové úrovni. Anežka si nedůvěřovala do té míry, že si nedovolila klást ostatním jakékoli nároky, které by ji mohly učinit spokojenější. Takto držela a trpěla a s dalšími životními krizemi začal být tento stav k nevydržení a nabízelo se pseudořešení krize pomocí alkoholu. V terapii měla klientka možnost tento patologický vývojový vzorec reflektovat. Byla jí současně poskytnuta důvěra v její potenciál ke změně a podpora. Interpretaci přijala, nahlédla na toto životní zranění, které je nesmírně zatěžující, avšak je možno ho přijmout a nenechat se jím paralyzovat doživotně. Uvedený model umožnil věnovat problému adekvátní prostor a čas. Nicméně Anežka zvolila jednodušší cestu, jak si pomoci, kterou znala jako cestu zaručené okamžité úlevy a opakovala tak svůj známý scénář. Další práce s klientem po lapsu dává prostor toto jednání zvědomit a nahlídnout a umožní mu pochopit laps a celý tento proces jako cennou zkušenost, která může napomoci budoucí abstinenci.

4.4 Případová studie 4- Jakub

Muž, 30 let, dg. F19.2, vzdělání SOU bez maturity, 4. léčba (předtím 2x střednědobá rezidenční léčba a 1x léčba v TK)

4.4.1 Situace výchozího bodu

Jakub přichází s žádostí o léčbu v denním stacionáři. Jeho závislost na alkoholu vyústila do krádeží, dluhové pasti, fyzické agrese vůči partnerce a několika pokusům o sebevraždu. Po 30 letech svého života by se chtěl pokusit o změnu a začít žít normálně s tím, že nyní již ví, že bez odborné péče to nezvládne. Jeho hlavní motivací je vztah s partnerkou, která ho ve změně podporuje.

4.4.2 Anamnestická data v příběhu Jakuba

Jakub se narodil v r. 1984 do úplné rodiny. Rodičům bylo v době jeho narození 21 let. Podle informací, které má, porod proběhl bez komplikací. Jeho rodiče se pár měsíců po jeho narození rozvedli³⁷ a malý Jakub zůstal v péči matky, která ho vychovávala sama. Byl jejím jediným dítětem. Jakub si na matku nevzpomíná jako na člověka, který by mu dával nějakou lásku. Vypráví, jak se jednou v noci vzbudil (mohly mu být asi 4 roky) a byl sám doma („*Díval jsem se z okna ven a plakal jsem...měl jsem strach...a cítil jsem obrovskou bezmoc, protože tam máma nebyla, když jsem ji potřeboval.*“). Další podobnou příhodu si Jakub pamatuje, když spolu s matkou jel jednoho dne autobusem a náhodou vystoupil o zastávku dřív. Najednou zůstal na zastávce sám. Máma se sice hned vrátila, ale tento zážitek Jakubovi utkvěl v paměti.

Nejhorší zážitek pro Jakuba byl však ten, který se stal jedné noci v jeho pěti letech. Vzpomíná jak sám bloudí nočním rodným městem v pyžamu a hledá mámu. Neví, jak se tam dostal, pamatuje si jen, že pro něj přijel otec a vzal ho k sobě. Od té doby už zůstal u něj. Poté se s matkou nějaký čas neviděl, mezitím proběhl soud a Jakub byl svěřen do péče otce. Matka ho jezdila navštěvovat jednou za čtrnáct dní, vždy spolu se svým otcem, Jakubovým dědečkem. Jakub si nevzpomíná, že by za matkou tesknil. Jeden den během čtrnácti dnů mu stačil, vyzvedli si ho ráno a do večera musel být zpět. Vždy mu dědeček nakoupil různé hračky a sladkosti, což se Jakubovi líbilo nejvíc.

³⁷ Důvodem byly údajně nevěry ze strany matky a pití alkoholu (i během těhotenství).

Otec si mezitím našel novou přítelkyni Renatu, v té době devatenáctiletá slečna (otci bylo 26 let). Jakub Renatu brzy začal vnímat jako součást rodiny a říkat jí „mami“. Otec se s Renatou oženil a brzy se narodila Jakubova sestra Tereza. Z toho měl Jakub velkou radost, staral se o mladší sestru a konečně měl pocit, že má úplnou rodinu. Jednoho dne biologická matka přijela na pravidelnou návštěvu, ale Jakub ji odmítl. Pamatuje si, jak se otočila a s dědem odjeli. Od té doby ji už neviděl (bylo mu 8 let) a dodnes o ní nemá žádné informace.

O dva roky později se mu narodil další sourozenec, bratr Pavel. Jakub se o oba sourozence od jejich narození musel intenzivně starat. Přebaloval je, uspával, chodil s nimi na procházky atd. Jak sám říká, celé své dětství strávil péčí a výchovou svých dvou mladších sourozenců, na hraní si s kamarády mu nezbyl čas. Otec v té době podnikal a nevlastní matka začala pracovat v nočním podniku.

Ve škole byl Jakub průměrným žákem, co se klasifikace týká. A byl také „otloukánek“ a terčem šikany od starších. Když donesl poznámku, dostal od matky vařečkou nebo opaskem. Navíc se během jeho základní školy rodina často stěhovala a Jakub vystřídal celkem tři základní školy. V deváté třídě se rozhodl, že chce být kuchařem, protože ho vždy bavilo asistovat babičce při vaření. Na učilišti začal Jakub víc vnímat situaci doma, otec, který podnikal se staral o děti a Renata jezdila pracovat do night klubu, ve kterém měla údajně pracovat za barem, což nebyla pravda, jak se Jakub později dověděl. Jeho otec začal pít a často nebyl doma ani jeden z rodičů.

Počátky nynějších problémů s alkoholem a rizikovým životním stylem Jakub datuje právě do období 15- 18 let, tzn. v době docházky na SOU. Poprvé se opil ve 14. letech, experimentovat s drogami začal ve druhém ročníku učiliště. V té době ho také začaly „nezdravě bavit ženy“ („*Styl mého promiskuitního života neměl brzdy, bavilo mě si užívat, vztahům jsem se vyhýbal, protože jsem věděl, že stejně nedokážu být věrný...*“). Mezi 17- 18 rokem poprvé vyzkoušel pervitin. Vzpomíná, jak se najednou cítil sebevědomě, měl pocit, že dokáže všechno, snáz se mu komunikovalo a hlavně ho nejvíce oslovil sex na drogách. Jakub byl v té době přesvědčený, že nic lepšího neexistuje.

Po získání výučního listu se Jakub odstěhoval k tehdejší přítelkyni (první vážnější vztah) s velkou úlevou, že se už ve svých 18 letech může přestat starat o sourozence a začít žít vlastní život. Vztah trval pár měsíců a byl více méně jenom o užívání drog,

pravidelných účastí na párty apod. Jakub se pokoušel o nástup do zaměstnání, ale nikde dlouho nevydržel. Oslovila ho naopak vidina lehce vydělaných peněz z prodeje drog. Cesta na dno netrvala dlouho, brzy se Jakub stal na pervitinu závislý, hrál také automaty, neměl kde bydlet a páchal majetkovou trestnou činnost. Vyvrcholilo to podmínkou na tři a půl roku a Jakub si uvědomil, že dál takto žít nechce. Šel zpátky na sever Čech, odkud pochází, kde se ho ujala babička, u které bydlel nakonec 7 měsíců. V užívání drog ale pokračoval. Až když se to dověděla rodina, léčba byla pro Jakuba jedinou možností, jinak by se ho všichni zřekli. Nastoupil do rezidenční léčby (2004), ve které absolvoval šesti měsíční odvykací léčbu. Bezprostředně poté následovala léčba v TK, kterou po roce rovněž úspěšně dokončil (2005).

Po celkem 18 měsících v rezidenční léčbě Jakub abstinoval 4 měsíce. Měl pocit, že se zná a „ví, jak se sebou zacházet“. Začal pít a brzo se vrátil i k pervitinu. Takto to pokračovalo dalších 5 let. Střídaly se ženy v jeho životě, pokračoval v užívání drog a hazardních hrách. V r. 2010 se znovu pokusil o střednědobou rezidenční léčbu, ale po třech měsících ji ukončil. Potom se vrátil k užívání alkoholu, ale pervitinu se vyhýbal, protože se bál, že by znovu hrál³⁸ a dluhů měl již víc než dost. To trvalo dalších dva a půl roku.

Zásadní změna nastala, když potkal svou současnou partnerku a ve svých 30 letech se poprvé zamiloval. Ve střízlivém stavu dokáže být Jakub dobrým partnerem, jak si sám myslí. Problémy vždy nastávají v opilosti. Hádky v opilosti jsou podle obou to nejhorší, čím si spolu prošli. Po jedné dramatické hádce ho opustila a byla mu nevěrná. Když se to Jakub dověděl, Kristýnu fyzicky napadl. Nevěru jí dosud nemůže odpustit a je to pro něj důležité téma v léčbě, ke kterému se opakovaně vrací. Nicméně je rozhodnutý, že s ní chce dál být a Kristýna ho v abstinenci podporuje, účastní se rodinných terapií.

Co se týká závislostí v rodinné anamnéze, tak je přítomná významná genetická zátěž (závislost na alkoholu- babička z matčiny strany, matka, otec a děd z otcovy strany).

4.4.3 Životní křivka Jakuba

Jakub namaloval osu, která vede od prvního roku života do současnosti, tj. jeho 30 let. Jsou zde jak pozitivní události (nad osou), tak negativní (pod osou). Období od 4 let si

³⁸ Automaty hrál výhradně pod vlivem pervitinu.

klient pamatuje způsob výchovy, který se na něm podepsal, „*cítil jsem zklamání, bezmoc... dítě by nemělo být v noci samo...*“. Dalším významným okamžikem je pro klienta narození sourozenců v jeho 8 a 10 letech. „*Poprvé jsem cítil, že mám úplnou rodinu, kde je máma (i když nevlastní), táta a sourozenci, které jsem přijal jako vlastní.*“ Dalším důležitým obdobím pro Jakuba bylo rozmezí 14. a 16. roku, kdy měl možnost nabrat zkušenosti s výchovou sourozenců, což bylo pozitivní. „*Dokázal jsem suplovat mámu.*“ Na druhou stranu nemohl nikam jít, protože musel hlídat sourozence, nemohl zlobit. Jeho povinnosti byly nepřiměřené věku.

Následoval zásadní okamžik prvního kontaktu s drogou mezi 17 a 18 rokem života (největší propad v křivce jako celku).

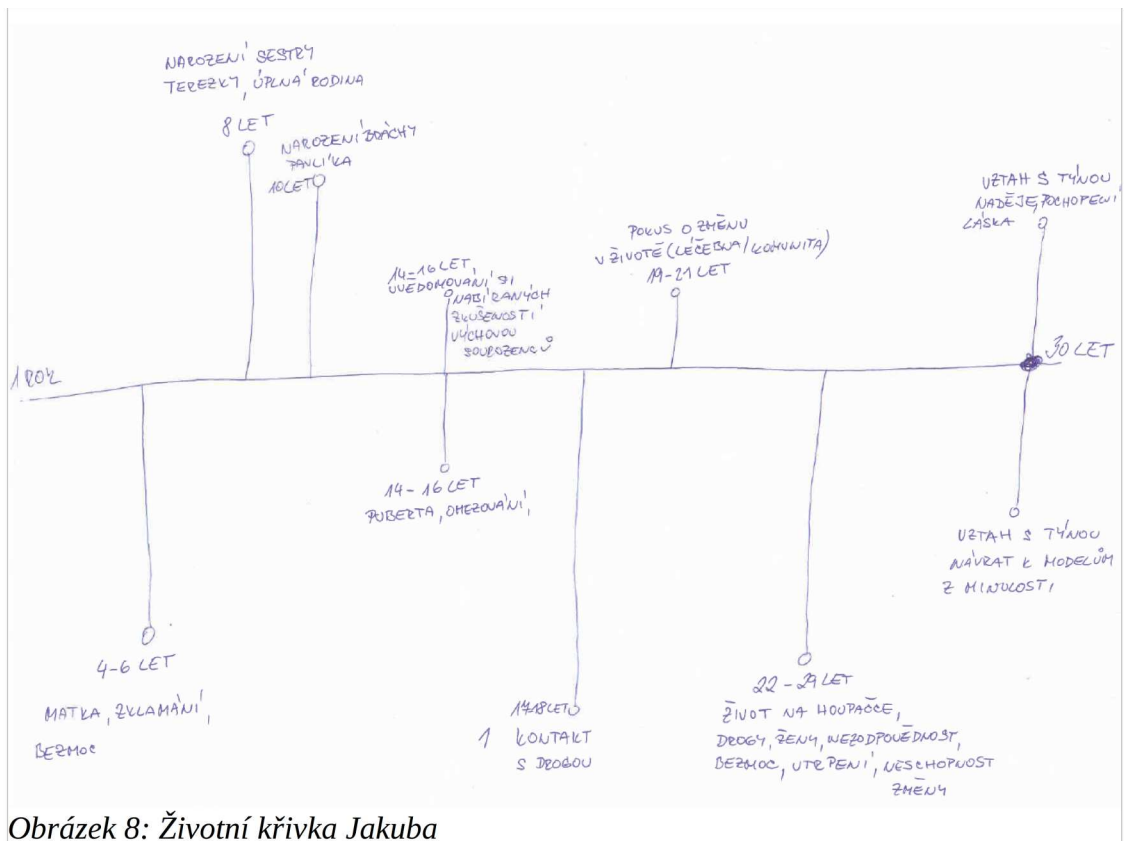
Lehce pozitivní byl první pokus o změnu v 19-21 letech (celkem 18- ti měsíční léčba). Tomu předcházelo zadržení ve věznici Pankrác. „*Po komunitě to nevydrželo moc dlouho, myslel jsem si, že vím, co smím a co ne*“.

„*Období od 22 do 29 let bylo jako na houpačce, prošel jsem dvěma vztahy, abstinence, drogy, automaty... lepší, horší...Podobně je tomu i dnes v mých 30 letech, na jedné straně pozitivum, že jsem potkal současnou partnerku, která mi dala naději na jiný život, pochopení a lásku. Jako by mě vzala za ruku a otevřela mi dveře k novému obzoru*“.

„*To co zvládla současná partnerka nezvládla ani moje biologická matka, ani náhradní matka, ani otec, ani partnerky předešlé...*“.

Na druhou stranu Jakub má ve stejném období i negativum (situace, kdy se navracel ke starým modelům chování- utíkání od problémů k alkoholu, drogám, fyzická agrese vůči partnerce). Nevěra partnerky, která v Jakobovi stále přetrvává jako zrada. Žije v modelu, že pokud bude pít a „zlobit“ bude podváděn a zatracen. Pokud bude „hodný“ a bude abstinovat, bude partnerkou milován.

Nakonec klient dodává, že má strach z toho, že partnerka odejde i když bude „hodný“. Přemýšlí nad svou motivací k abstinenci, zda by abstinovat, kdyby partnerku nepoznal nebo kdyby ho nyní opustila.



Obrázek 8: Životní křivka Jakuba

4.4.4 Ilustrace vývojového stádia- Základní důvěra proti základní nedůvěře

Podobně jako u klientky Anežky, tak i u Jakuba můžeme předpokládat nezvládnuté vývojové stádium Základní důvěry proti základní nedůvěře. Matka Jakuba jakožto žena závislá na alkoholu, měla dítě v době, kdy si sama nevěděla se životem rady. Opakované opouštění dítěte v noci v jeho tak útlém věku samo o sobě vypovídá o její nezvládnuté mateřské roli. Co je však významné po citové stránce je to, že si Jakub nevzpomíná, že by jej matka vřele objala, utěšila, pohladila a dokonce mu nebylo ani smutno, když ho později opustila. S velkou pravděpodobností šlo o jednu z forem defektního attachmentu, který synovi „poskytla“.

O budování základní důvěry a významu bezpečného attachmentu jsem psala již u klientky Anežky³⁹. U Jakuba je možné vidět projevy základní nedůvěry zejména v partnerských vztazích. Strach z opouštění ženou partnerkou se velice podobá strachu z opouštění vlastní matkou, který v raném dětství opakovaně zažíval. Navíc tento vzorec, kdy byl opuštěn ženou, nezažil jen jednou. I matka náhradní- Renata- se ho po rozvodu

³⁹ Viz kapitola 4.3.4

zřekla⁴⁰, přestože ho vlastně vychovala.

Dalším, s attachmentem souvisejícím, esenciálním fenoménem, který má dítě zažít ve vztahu s matkou, ale který Jakobovi jeho matka nedokázala poskytnout, je containment⁴¹, neboli obsahování/ohraničování. Jakub však již nyní je poměrně dobře v kontaktu se svými emocemi a umí je pojmenovat, což se určitě měl možnost naučit dříve v dlouhodobé rezidenční léčbě. Podobně tomu bylo s nezdařilým containmentem i u Anežky, která se však učila rozpoznávat a pojmenovávat své emoce až zde v léčbě.

4.4.5 Klient v léčbě

Jakub byl od začátku léčby výraznou postavou ve skupině. S terapeuty jednal milým způsobem, jako by měl snahu, aby si jej všichni oblíbili. Na druhou stranu se snažil přizpůsobovat si podle svého pravidla a kličkovat, tak jako to dělal i v životě. Často i socioterapeutický program sabotoval, přišlo mu to jako zbytečný čas. Ze strany terapeutů bylo klíčovým prvkem stanovovat hranice a držet pevně pravidla. Jakub se choval jako dítě, které si chce okolnosti přizpůsobit ke svému prospěchu. V klasickém psychoanalytickém pojetí bychom mohli říct, že u Jakuba byly velmi výrazně vidět znaky orální fixace. Její podstatný rys vystihují Prochaska a Norcross (1999): „orální osobnosti v hloubi duše touží po pasivním přijímání bez dávání nebo po agresivním braní, aniž by si něco zasloužili“.

Na druhou stranu, s vědomím, že absolvuje již čtvrtou léčbu, Jakub intenzivně pracoval v psychoterapii. Po prvních týdnech v léčbě, kdy ostatním osvětlil svou minulost, se rozhodl k tomu, že napíše své biologické matce dopis. Tento dopis přečetl na skupině. Vyjádřil v něm své pocity jako lítost, smutek, vztek, nenávisť k matce za to, co mu v životě napáchala problémů. Zároveň na konci naznačil, že by jí byl rád odpustil, i přes to všechno, protože to snad sama také měla obtížné. Jakub během čtení dopisu plakal, několikrát samotné čtení přerušil, než mohl zase pokračovat. Nakonec řekl, že by se chtěl s touto kapitolou svého života rozloučit alespoň symbolicky tak, že dopis zakope na zahradě v areálu denního stacionáře. Pro Jakuba bylo velkou úlevou zjištění, že od svých partnerek často očekává to, čeho se mu nedostalo od vlastní matky. A s tím souvisí tolik

⁴⁰ V době rozvodu se řešilo finanční vyrovnání a budoucí dědictví. Renata nechtěla, aby Jakub cokoliv dědil, protože „není jejím vlastním synem“. Pro Jakuba to byla velká zrada a dodnes má na Renatu velký vztek.

⁴¹ Viz kapitola 2.4.2

opakované nenaplnění těchto vztahů, protože od nich očekává něco, čeho se mu vlastně ani nemůže již dostat. Jakobovi pak došlo mnoho souvislostí a pomohlo mu to problémy v partnerských vztazích nahlédnout v jiném kontextu.

4.4.6 Terapeutická intervence- práce s kameny

Jakub má ve své stavbě 12 předmětů. V pravém dolním rohu je jeho biologická matka (bílý, chladný, hladký a současně ostrý střep z pojistky). Tento předmět je zvolen s pozoruhodnou symbolikou. Pojistka jistí, stejně jako matka má jistit dítě. Avšak tato pojistka je rozbitá a nejistí, stejně jako selhala matka v jistění. Z jedné strany je hladká, ze druhé ostrá a současně chladná. Velký černý těžký kámen vlevo od ní znázorňuje závislost. V levém dolním rohu je Jakobova „náhradní“ matka, která ho vychovala. Jakub sám sebe znázornil černou nakřápnutou mušlí uprostřed mentálního pole. Malinká bílá mušle u něj je jeho věrná fena, tmavší mušle pod fenou blíž k závislosti je jeho současná partnerka. Černá kostka znázorňuje zesnulou babičku, která byla Jakobovi nejbliž v jeho nejtěžších životních zkouškách. Vpravo od Jakuba (bílá mušle a bílý kamínek) jsou jeho nevlastní sourozenci, které vychoval. Vlevo od Jakuba (mušle v přírodních barvách) je Jakobova bývalá přítelkyně, která ho ovlivnila a se kterou se dodnes občas stýká. Nahoře jsou dvě šišky, větší vpravo je Jakubův otec a vedle něj jeho současná přítelkyně.

Jakub si díky skupině a vlastnímu zamyšlení uvědomuje několik podstatných skutečností. Jeho biologická matka stojí stranou a nejbliž k ní je závislost. Závislost vlastně stojí v jedné ose mezi oběma matkami, které Jakuba v životě zásadně ovlivnily. Není náhoda, že závislost matky „spojuje“, že jsou v jedné ose. Jakub se zamýšlí nad tím, proč je mu zesnulá babička stále i po své smrti tak blízko. Mnoho pro něj znamenalo, že ho neopustila, když se od něj všichni ostatní odvrátili (zejména v období před první léčbou v terapeutické komunitě).

Zajímavou skutečností je, že je ve svém životě obklopen ženami (3 ženy v roli matek, 2 přítelkyně, babička, sestra, fena a nakonec i závislost je ženského rodu). Jeho současná přítelkyně mu paradoxně není nejbliž, přestože je to člověk, se kterým žije a tráví nejvíce času). To by odpovídalo nejistotám, kterými tento vztah oplývá.



Obrázek 9: Jakubovo zobrazení vztahového pole

4.4.7 Terapeutická intervence- obrázek z arteterapie

Téma Královská rodina a moje místo v ní

Po zadání tématu v arteterapeutickém programu je Jakub v odporu. Téma týkající se rodiny jej z pravidla naštvě, neboť ví, že rodinu nemá.

Na obrázku nejsou žádní lidé. Ti jsou znázorněni horskými vrcholy. Největší vrchol uprostřed je otec, vlevo je sestra a vpravo bratr. Nejmenší z vrcholů je náš klient Jakub. Skupinu zaujal opuštěný vůz a sdělují své dojmy, že Jakuba vidí spíš znázorněného právě tímto vozem, opuštěného, bez šohaje. Když se skupina ptá na význam ptáků v levém rohu, Jakub říká, že jsou to orli, kteří se zapřáhnou do vozu a „pak všechno pofrčí jako po másle“. Jako by klient věřil, že zasáhne vyšší moc, stane se zázrak, který dá věci do pohybu. Z vrcholků hor jako by šel chlad, je to studená zima, kresba působí zmrzlým dojmem, znázorňuje samotu. Někdo ze skupiny říká, že mu vrcholky hor připomínají prsa (že by zamrzlá prsa znázorňovala chladnou matku z dětství)? Stejně to má i se ženami, které jsou k němu kruté.

Vpravo dole je opuštěný vůz (identifikační místo), takže to je i obraz toho, jak se Jakub vnímá- opuštěný matkou. Vlevo nahoře je místo pro adresáta, komu „to sděluje“-

vyšší moci? A směr řeky je opačný, teče zprava doleva⁴², ze současnosti do minulosti- síla energie nejde do budoucnosti.



Kresba 4: Královská rodina a moje místo v ní

4.4.8 Souhrn případové studie

Jak z projektivních testů tak z průběhu terapie je možno soudit na nezvládnutí základního vývojového období základní důvěry proti základní nedůvěře. Klient neměl v dětství možnost zažít vřelý vztah s matkou, která by mu poskytla základní pocit důvěry, resp. bezpečný attachment a také containment. V období dětství na něj byly kladeny nároky jako na dospělého a Jakub se snažil tyto nepřiměřené povinnosti svědomitě plnit. Mezitím mu však uteklo dětství, které si v pozdějším dospělém věku snažil vynahrazovat. V pozdějším věku se absence bazální důvěry u Jakuba projevuje opakovaně, zejména ve vztahu k ženám. Tyto vztahy jsou opakovaně nefunkční a dříve nebo později směřují k rozchodu. V terapii měl klient možnost tento patologický vývojový vzorec reflektovat.

⁴² Vlevo většinou bývá začátek.

Interpretaci, že u žen stále hledá něco, co mu měla poskytnout matka, přijal a vyzkoušel si ve vztahu k partnerce, že opravdu často očekává něco, co ona nemůže být schopná plnit. Jakub matce napsal v léčbě také dopis, který mu umožnil se s ní rozloučit. Byla mu současně poskytnuta důvěra v jeho potenciál ke změně a podpora. Jakub měl sice ve svém seberozvoji jisté potíže, nicméně uvedený model umožnil věnovat problému cílesměrný a adekvátní prostor a čas.

4.5 Případová studie 5- Matouš

Muž, 30 let, dg. F19.2, vzdělání SOU s maturitou, 1. léčba

4.5.1 Situace výchozího bodu

Matouš přichází s žádostí o léčbu v denním stacionáři. Je závislý na alkoholu (hladinkář) a zolpidemu. Stěžuje si na nespavost a třes celého těla. Pracuje jako řidič z povolání. Matouš chce znovu začít žít, naučit se mluvit o problémech, získat sebedůvěru. Je přesvědčený, že sám bez podpory to nezvládne. Dosud se nikdy neléčil.

4.5.2 Anamnestická data v příběhu Matouše

Matouš se narodil v roce 1983 s vrozenou vadou- celkovým pravostranným rozštěpem patra a nosu. Od dětství zažíval bolest, prodělal desítky operací. Rodiče jsou rozvedení, rozvedli se před pěti lety, ale Matouš říká, že se měli rozvést už dřív, protože se hodně hádali, otec matku podváděl a Matoušovi bylo líto, jak jí ubližuje. Je jedináček, když se narodil, rodičům bylo 36 let. Matouš říká, že k otci necítí vůbec nic, k matce něco na hranici nenávisti. Vzpomíná si, když mu bylo pět let a byl v nemocnici sám, měl velké pooperační bolesti a volal mámu. Ona tam však nebyla, když ji potřeboval. V šesti letech po několika operacích si Matouš uvědomil, že je na světě sám za sebe. Byl připoután na lůžko⁴³ a uvědomil si, že má dvě možnosti, protože je tam sám a s ním velká bolest. Mohl se poddat nebo bojovat. On zvolil tu druhou.

Matouš si nevzpomíná, že by matčina náruč byla utěšující. Ví, že ho matka miluje, ale nedokáže to dát najevo. Byla v dětství přítomná, ale emoce nedávala najevo, byla racionální. Dělal co mohla, masírovala synovi jizvy, ale konejšivou náruč mu neposkytla. Matouš dodnes nemá rád, když se ho někdo dotýká. Tento vztek na matku se zrodil v té době, ale Matouš si pocity spojuje a vysvětluje až zde. Na druhou stranu je matce vděčný za péči, za výlety, které s ním podnikala po celé Evropě a na období do patnácti let vzpomíná rád.

Nástup do školy si spojuje s tím, že se musel naučit prát, bojovat sám za sebe, aby nebyl převálcován dětským kolektivem, jejich posměšky a odmítáním. Vzhledem k tomu, jak vypadal, musel si vybudovat respekt. Odtud se vzala brutalita, kterou považuje za

⁴³ Údajně se to tak dělalo první den po operaci.

součástí své osobnosti. Tu však vyvolá jen nespravedlnost, nikdy by neublížil nikomu sám od sebe. Matouš má smysl pro spravedlnost a velkou hodnotou je pro něj čest a dodržení slova. Dodnes si Matouš myslí, že všechno řeší síla, diskuse je k ničemu. Útok je jednoduchým a rychlým řešením. Takto se mu to osvědčilo.

Matouš říká, že pro něj život nic neznamená, dvakrát se pokusil o sebevraždu. Vnímá život jako utrpení, jako trest za špatné věci, které napáchal v minulém životě a teď za ně musí trpět.

První zkušenosti s alkoholem měl Matouš ve 14. letech, s marihuanou o rok později. Kvůli svému vzhledu, situaci doma (hádky rodičů) Matouš o to víc potřeboval být přijímaný vrstevníky. Celoživotně je pro něj pozice v partách velmi důležitá. To také souvisí se vznikem a rozvojem závislosti na návykových látkách („*Když nad tím tak přemýšlí, tak jsem vždycky užíval drogy, abych zapadl...*“). Díky prodeji marihuaně byl Matouš součástí party cca o padesáti členech v nejmenované pražské čtvrti.

S nástupem na SOU se opakovala situace vstupu do nového kolektivu, tudíž, že si musel Matouš znovu budovat své místo a vybojovat si respekt. Na učilišti Matouš prožíval peklo, dostal zesměšňující přezdívku a nemohl se jí zbavit. Matouš vzpomíná, že o co to bylo horší ve škole, o to lepší to bylo po škole venku s kamarády. A proto toto období považuje za jedno z nejlepších ve svém životě. Chodil za školu, pil alkohol, kouřil marihuanu, experimentoval s drogami, užíval si bezstarostného života s partou lidí, kteří ho brali takového, jaký je. Ve druhém ročníku přestoupil z tohoto učiliště na jiné, obor kuchař-číšník. První den cestou do nové školy se ještě venku seznámil se třemi novými spolužáky, kterých se náhodou zeptal, kam má jít. Zeptali se ho, jestli „hulí“ a když odpověděl, že ano, byl rázem novým členem třídní party. Parta na této škole byla ta nejlepší, do jaké kdy Matouš patřil. Ve dvaceti letech získal výuční list a šel na nástavbu, aby získal maturitu. V období školní docházky pil Matouš pravidelně o víkendech, někdy také přes týden. V r. 2006 přišel o řidičský průkaz za řízení pod vlivem alkoholu. Zpětně si vyčítá, že si měl problém s alkoholem uvědomit už tehdy.

Za kámen úrazů ve svém životě Matouš považuje skutečnost, že nikdy neměl partnerku. Přitom by si přál mít rodinu, děti a spokojený život. Sex měl asi pětkrát v životě, z toho čtyřikrát za peníze. Sex mu nic neříká. Myslí si, že kvůli narkózám je jeho tělo méně citlivé. Nedokáže vnímat jemné doteky, pouze intenzivní pocity jako je bolest, kterou zná

od dětství. Zamilovaný byl Matouš v životě třikrát. („*Když mě třeba chtěla políbit, tak jsem utekl...Když s nějakou takovou jsem, tak se klepu vnitřně a je mi, jako kdybych měl vyskočit z vlastní kůže a utéct...Ostýchal jsem se...Nevím, co mám dělat...Problém je, že ve vztazích mi dochází všechno pozdě.*“)

Jeho první láska byla Majda (mezi 15-16), kterou poznal v lázních. Matouš říká, že v té chvíli nevěděl, co cítí a pochopil to až po návratu domů, když cítil bolest z odloučení. Druhou láskou v Matoušově životě (17 let) byla Nikola (13 let). „*Oba jsme k sobě cítili to stejné, ale řekli jsme si to až po deseti letech, předtím jsme to neuměli vyjádřit.*“ Z Nikoly je dnes prostitutka.

Matouš během interview říká, „*...cítil jsem, že bych mohl být maximálně šťastnej⁴⁴, ale zároveň jsem se toho bál...bál jsem být šťastnej...byl jsem šťastnej asi 2 měsíce z třiceti let svého života.*“ Zároveň Matouš dodává, že ho trápí, když se ohlíží v životě zpět a vidí promarněné šance, přemýšlení o tom, co by, kdyby. Je to jako kameny, které na člověka padají a drtí ho.

Třetí láskou v životě Matouše (v současnosti) je Veronika (21 let). Začala ho vyučovat anglický jazyk. Vzhlíží k ní s obdivem, znamená pro něj absolutní čistotu. Popisuje ji jako hodnou, čistou duši, slušnou, skromnou, uvědomělou, obětavou, zapálenou, bezelstnou, inteligentní...Dlouho nevěděl, jak jí vyznat lásku a když to nakonec udělal, odmítla ho a nabídla přátelství, společné trávení času, avšak pouze v kamarádském duchu. Matouš poté změnil práci a půl roku se neviděli. Veronika o jeho závislosti nikdy nic nevěděla. Nyní, co je Matouš ve stacionáři, se rozhodl říct jí celou pravdu. Předem jí napsal dopis, který ji dal na schůzce přečíst. Její reakce byla taková, že mu chce pomáhat. Matouš s ní nikdy dřív nemluvil upřímně a ulevilo se mu, když se mu to podařilo prolomit. („*Pro mne je nesmírné vítězství, že jsem byl upřímný a taky, že jsem se dokázal po takovém sdělení nenapít, což bych podle dřívějšího scénáře udělal.*“)

Matouš pracuje jako profesionální řidič (kamionů, jeřábů, nákladních aut apod.). Podle Jellinekovy typologie závislosti na alkoholu by Matouš spadl do kategorie typu delta, kdy je typické trvalé udržování „hladinky“ bez výraznějších projevů opilosti a ztráty kontroly (Minařík, 2008). Matoušova denní hladina alkoholu v krvi se pohybovala okolo 2,5 promile. Nicméně při jeho povolání je tento fakt o to závažnější.

⁴⁴ Pod pojmem šťastný si Matouš představuje „milovat a být milován, navěky“.

Co se týká závislosti v rodinné anamnéze, z otcovy strany byla většina členů závislá na alkoholu (muži i ženy). Z matčiny strany jsou lidé méně problematictí.

4.5.3 Životní křivka Matouše

Matouš svoji životní křivku rozdělil na 3 části (0-15 let, 15-23 a 23- 31 let) a namaloval ji ze dvou stran papíru. Od počátku je všechno špatně až na první lásku. Špatně to začalo už rozštěpem. Mírné vrcholy, které Matouš namaloval před první láskou označuje jako určitá nedůležitá vítězství, např. „fyzické nebo duševní vítězství nad někým“ apod. Nicméně po vrcholu, kterým byla první láska následuje velký propad. Znamená to ono období prázdnoty, ve kterém si Matouš teprve uvědomil, že miloval.

Následuje období 15-23 let, kde jsou jisté úspěchy (v partě, kde měl respekt). Druhým výrazným vrcholem je druhá láska, Nikola, se kterou chodili 2 roky každý den ven. Propad který následuje se odvíjí od toho, že „to nevyšlo“ a nejvýraznější propad ve druhé křivce se zvýrazněnou tečkou je období užívání drog, recidivy apod.

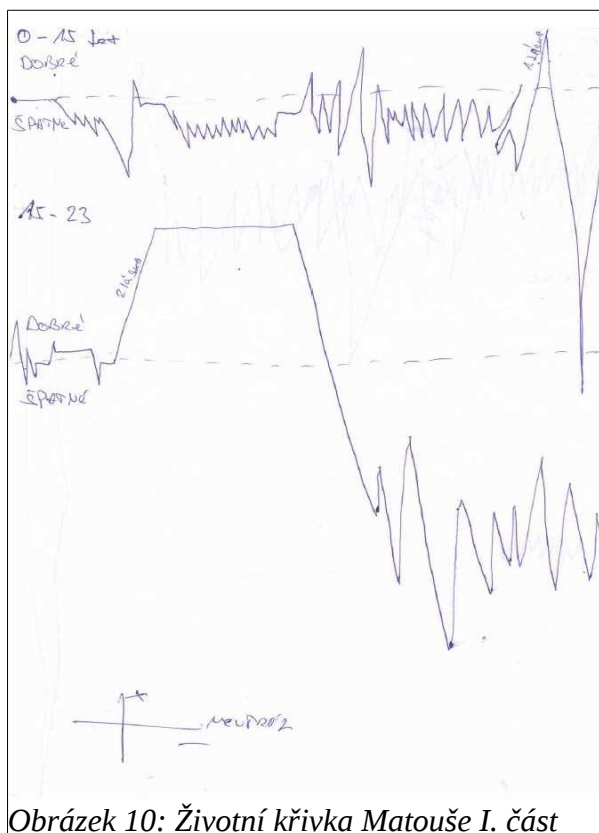
Období od 23 do 31 let Matouš začíná výkladem své životní šance (označena jako výrazný bod na přerušované čáře průměru), kdy se mohl stát vedoucím nově vznikajícího fastfoodu u nás („*Tam jsem měl být, protože já jsem chytřejší!*“). U pohovoru ale nakonec skončil druhý. Mírnější propad ve třetí křivce znamená počátky každodenního pití alkoholu. V této době taky začal užívat zolpidem kvůli nespavosti, na kterém se později stal závislý (7 let ho užíval). Po neúspěšném pohovoru Matouš přemýšlel, co by ho bavilo. Chtěl se stát profesionálním řidičem. Udělal si řidičský průkaz a začal novou kariéru. Řízení ho baví a je v něm dobrý díky perfektnímu odhadu, který má, jak sám říká. Nicméně „směny“ byly dlouhé (12,14, 16 hod. denně) a samozřejmě nezbýval čas ani energie na aktivním budování osobního života.

Vrcholu křivka zase nabývá v souvislosti s novou známostí, Veronikou. „*Takhle na vrcholu jsem nikdy dřív nebyl.*“ Ohromný propad, který následoval vznikl v situaci, kdy jí vyznal lásku a ona ho odmítla, resp. nabídla mu přátelství. K tomu se přidala silně rozvinutá závislost a pokus o sebevraždu.

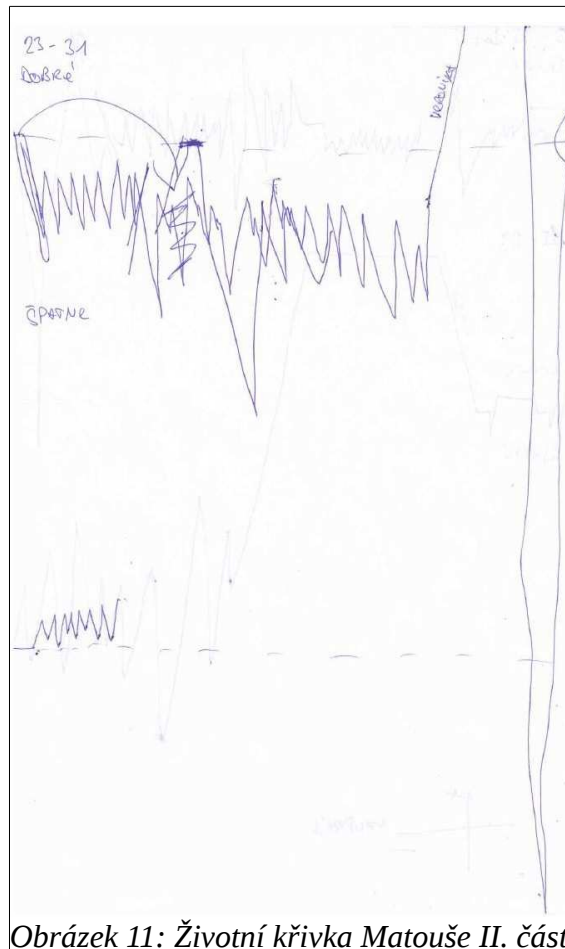
Nyní (ve stacionáři) se Matouš nachází znovu v průměru a dokonce se dostává pomalu do kladných hodnot (označeno půlkruhem). „*Více méně začínám být šťastnější, začínám být sám sebou zase konečně, vím co cítím, co chci, začínám rozumět tomu, co se*

stalo a proč“.

Na otázku, co bylo impulsem pro léčbu ve stacionáři, Matouš odpovídá... „mně na životě nezáleží, ale vzhledem k tomu, že jezdím na silnici s kamionem a jednou jsem vedle sebe na silnici viděl v autě rodinku... představil jsem si, co kdyby to byla moje rodina a nějaký ožralý řidič mi ji zabil...já jsem sem nepřišel, abych zachránil sám sebe, ale abych zachránil ty ostatní. Ale teď chci zachránit i sám sebe, zbytky pudu sebezáchovy ve mně jsou.“



Obrázek 10: Životní křivka Matouše I. část



Obrázek 11: Životní křivka Matouše II. část

4.5.4 Ilustrace vývojového stádia- Intimita proti izolaci

Vývojové stádium intimity proti izolaci přichází na řadu po stádiu identity proti konfuzi rolí. Právě dospělý jedinec, který ukončil hledání identity a její zdůrazňování, se snaží a je ochoten spojit svou identitu s identitou ostatních. Je připraven k intimitě, tedy schopnosti vstoupit do konkrétních spojení a partnerství a vyvíjet etickou sílu takové závazky dodržovat, byť by to vyžadovalo značné oběti a kompromisy. Tělo a Ego nyní musí ovládnout orgánové módy a klíčové konflikty, aby mohl jedinec čelit strachu ze ztráty Ega v situacích, jež volají po sebeobětování: v solidaritě pevných partnerství, v orgasmech a sexuálním spojení, v pevném přátelství a fyzickém boji, v nově zažité inspiraci zprostředkované učiteli a v intuici přicházející ze samého středu vlastního Já. Vyhýbat se takovým zkušenostem ze strachu ze ztráty Ega může vést k hlubokému pocitu izolace a následnému ponoření se do sebe (Erikson, 2002).

Protikladem intimity je distancování: schopnost izolovat a případně zničit ony síly a lidi, jejichž podstata se zdá být nebezpečná naší vlastní podstatě a jejichž „teritorium“ - jak se nám jeví- omezuje rozsah našich intimních vztahů. Takto vzniklé předsudky jsou zralejším následkem méně prozíravých případů odmítání vztahů, jež v průběhu boje o identitu ostře a krutě rozlišují mezi známým a cizím. Nebezpečím tohoto stádia je, že jedinec zakouší intimní, soupeřivé a bojovné vztahy zároveň s jistými osobami i proti nim. Ale vzhledem k tomu, že jsou oblasti povinností dospělých vyznačeny a že se rozlišuje mezi soupeřivým střetnutím a sexuálním objetím, podléhají později takové vztahy onomu etickému smyslu, který je známkou dospělosti. Nebezpečím tohoto stádia je izolace, tedy snaha vyhýbat se kontaktům, které vedou k intimitě (Erikson, 2002).

Ve výše uvedeném popisu vývojového období intimity proti izolace můžeme najít rysy Matoušova problematického vztahování se v intimní oblasti. V jeho životě vztahování se k ženám velkým problémem. Navázání intimního vztahu se vždy bál, nedařilo se mu ženě vyznat lásku, často ji i rozpoznat natož spojit svou identitu s identitou jiné. Důležité je se zamyslet, co mohlo tomuto nezvládnutému stádiu předcházet. Model vztahu matky s otcem? Sama obtížná role vztahu k vrstevníkům již v dětském věku, protože se i tyto jevily jako ohrožující, ve kterých je potřeba bojovat, aby ho nezlomily? Zdeformovaná tvář v důsledku vývojové vady a s tím související nízké sebevědomí? Všechny tyto životní zkušenosti musíme brát v potaz, přemýšlíme-li nad tím, proč Matouš dané vývojové stádium zatím nezvládl a přestože po intimním vztahu touží, není schopen jej dosáhnout.

4.5.5 Klient v léčbě

Matoušovo postavení ve skupině modelovalo do jisté míry v různých aspektech jeho postavení v životě. Když Matouš nastoupil do léčby a vešel do aktuální skupiny klientů, musel si své místo vybojovat. Nejspíš to bylo v důsledku jeho osobitého behaviorálního charakteru, jeho specifické mluvy (slang s častými vulgarismy) a snad i toho, že se obával možného nepřijetí, protože jej měl zažité z minulosti víc než dost. Někteří členové jej na to upozorňovali svým straněním se (nepříliš vhodný způsob), jiní své dojmy dokázali vhodně a citlivě verbalizovat, což bylo samozřejmě přínosnější. Postupem času byl vidět Matoušův charakter, který je v podstatě velmi dobrý a citlivý, takže občasné sprosté slovo už se ostatních tolik nedotýkalo. Také převyprávění příběhu samotným klientem u ostatních vyvolá empatii a větší porozumění. U Matouše byly

pozorovatelné časté a silné přenosové jevy zejména co se týká ve vztahu k ženám. Ty si buď zcela idealizoval nebo je nenáviděl. Typickým příkladem bylo, když po něm terapeutka vyžadovala dodržování pravidel, stejně jako po všech ostatních. Matouš se cítil nepřijímán takový, jaký je a měl potřebu se ujistit, že terapeutka (i ostatní) ví, že některé rysy jeho chování jsou nevědomé a že ho akceptuje takového, jaký je. Tento model idealizace vs. nenávisti byl zřejmý také v rámci rodinné terapie, na kterou pozval matku.

4.5.6 Terapeutická intervence- práce s kameny

K prvním kamenům, které znázorňují současný stav:

Matouš sám sebe znázornil jako letadlo (bombardér ze 2. sv. války), které je „čumákem“ dolů. Velký kámen představuje zlo, tj. 15 promarněných let, všechny problémy v životě (alkohol, drogy, kriminální činy). Matka je malou mušlí poměrně daleko od Matouše. Otec zde vůbec není („nemám s ním žádný vztah, dokonce ještě méně než s cizím člověkem...“). Velká mušle zobrazuje dobro, krásu, naději a lásku v životě. Toto dobro měl možnost poznat skrze tetu a strýce (bratr matky), protože s nimi zažil hezké chvíle („jestli pro mě byl někdy někdo tátou, pak tento strejda...“). Část poznaného dobra, tedy malá část mušle je v mentálním poli na bílém papíře. Kamínky v písku jsou kamarádi. Písek představuje všechny známé, kterých má Matouš asi přes tisíc, kameny pak zobrazují asi třicet lidí, které zná Matouš líp a z toho jsou asi 4 kamarádi dobří, blízcí, které zná úplně, ti se ho (letadla) dotýkají. Důležitým měřítkem a hodnotou mezi kamarády z Matoušovy party je fyzická síla. Hnědá hmota znázorňuje nenávist a objevuje se ve vztahu k autoritám, které by ho chtěly držet v určitém řádu a pravidlech. Souvisí také s matkou, kterou nenávidí také za to, že v dětství nebyla s ním, když trpěl. Matouš má také pocit, že na něj lidé reagují zle kvůli rozštěpu („musel jsem se vždycky rovnou bránit...nejlepší jim je dát ránu první“). Jak již bylo popsáno výš, Matouš si fyzickou silou budoval respekt, pomohla mu najít si místo ve skupinách. V pozici zlého „drsnáka“ si je jistý.

Zajímavé v souvislosti s Matoušovými kameny je několik detailů. Jednak to je materiál, ze kterého je nenávist, protože je stejný jako materiál letadla. Jako by symbolicky bylo vidět, jak zde Matouš svou nenávist externalizoval, ale přitom je jeho součástí, neboť je ze stejného materiálu jako on. Na tento fenomén upozorňuje Jeřábek (2008), který se domnívá, že externalizace a internalizace jsou dvě strany jedné mince. Dalším poznatkem, na který přišel Matouš v souvislosti kamenů je, že až nyní ve stacionáři si zkouší, jaké je se

do skupiny lidí začlenit bez alkoholu a fyzické agrese. Alkohol mu toto začlenění podstatně ulehčoval, což už je Matouš nyní schopen nahlídnout a má jedinečnou šanci si to zkoušet jinak. I když staré behaviorální rysy jsou stále patrné- určitá hrubost ve vztahu k druhým, drsný a vulgární slovník, což stále používá jako nástroje k budování respektu.

Druhá fotografie, na které je to tak, jak by to mělo být (lepší než nyní):

Letadlo (Matouš) je na dobru. Máma je blíž proto, Matouš si přeje, aby se jejich vztahy zlepšily.

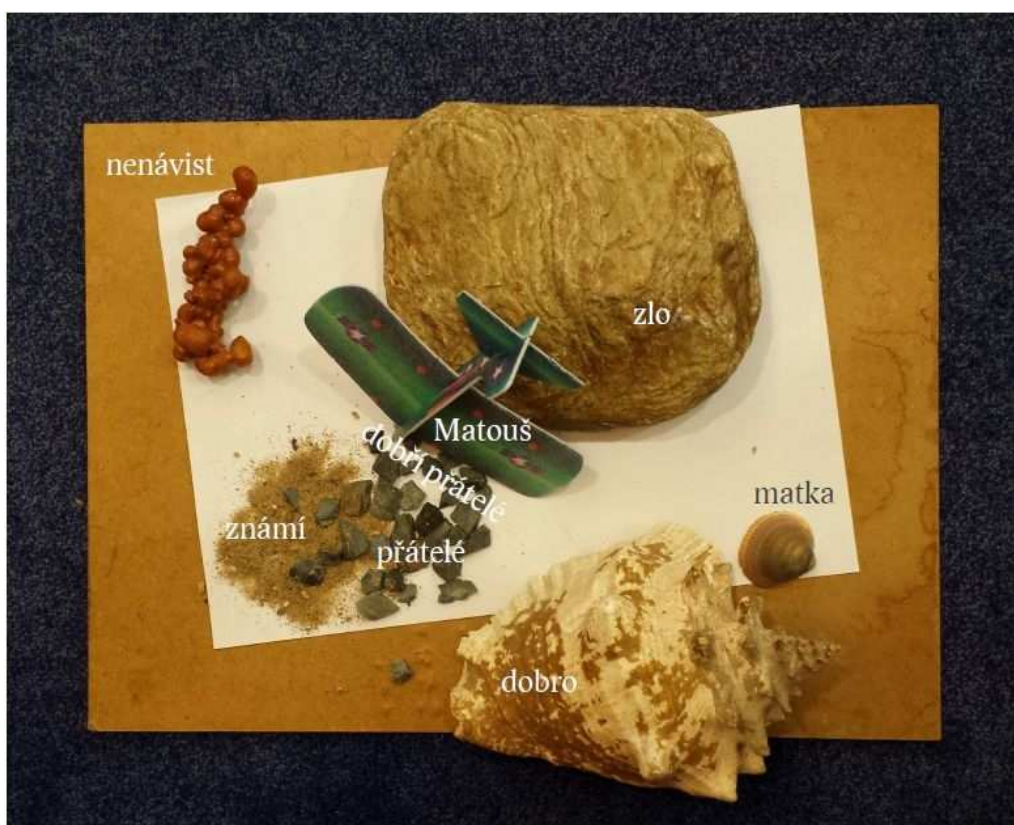
Čtyři nejlepších kamarády by si taky chtěl „podržet“ u sebe. Nenávist by v jeho životě být neměla, chtěl by ji necítit, zbavit se jí, ale opravdu neví, jak to udělat.

Matouš sám sebe zobrazil jako letadlo, protože to je nad věcí, jeho smyslem je být ve vzduchu, chtěl by se nepotkat s lidmi, kteří mu stejně celý život nerozumí. Rád by ve vzduchu potkal Veroniku jako jiné letadlo, které by však nebyl bombardér, ale lehké, výletní, krásné, svobodné a čisté letadýlko. S ní by si v životě vystačil. Terapeutka upozorňuje také na vertikálu v jeho stavbě, která může znázorňovat duchovní rozměr, touhu po smyslu života. Matouš tento rozměr ve svém životě pociťuje, nedokáže jej konkretizovat, ale filosofie ho fascinuje.

Zajímavou souvislost ve stavbě kamenů a životem Matouše je možné vidět v jeho poloze (letadlo) na dobru (mušli), kdy by chtěl být „středem světa“. Je zde přítomná jistá touha po omnipotenci. Matouš si vztahuje věci hodně k sobě samotnému, nedokáže moc přemýšlet o druhých lidech a být empatický. V životě má postoj, že věci jsou buď po jeho, tak jak chce on a nebo proti němu a všechno je špatně („*v životě vidím věci buď černě nebo bíle, musím hledat odstíny šedi*“). Podobně tak je ve svých reakcích výbušný, má spoustu energie, kterou podle svých slov těžko ovládá.

Papír, resp. mentální pole je na desce šikmo, což podle Matouše symbolizuje jeho „křivý“ život.

Na závěr techniky Matouš sděluje svůj pocit tak, že si připadá nahý.



Obrázek 12: Matoušovo zobrazení vztahového pole



Obrázek 13: Matoušovo zobrazení vztahového pole- změna

4.5.7 Terapeutická intervence- obrázek z arteterapie

Téma Královská rodina a moje místo v ní

Na obrázku jsou znázorněni tři lidé tvořící Matoušovu rodinu, otec, matka a on sám. Otec je král s korunou, zlatým řetězem, v červeném plášti (odznaky moci a síly, ale také agrese- červená barva). Matka má uprostřed hrudi červený diamant, který znázorňuje její psychickou sílu. Je oblečená do šatů v podobné barvě jako má i syn. Matouš sám sebe namaloval jako šaška, který má místo rukou meče. Ty mu umožňují chránit rodiče před zlým vnějším světem, ale zároveň by je jimi nejraději zranil (to by odpovídalo ambivalenci k matce, viz výš, kdy Matouš říká, že matku nenávidí za to, že nebyla s ním v jeho bolestech, ale zároveň jí je vděčný za péči, kterou mu poskytla). Matouš říká, že dříve nahoře nebyl a až teď cítí, že rodiče převyšuje, protože je dospělý, má převahu (i fyzickou) a nad matkou ve smyslu vymezení hranic. Z očí mu jdou blesky, je plný energie a vzteku a všemu se směje (usměvavá ústa s ostrými zuby), avšak úsměv nevyjadřuje štěstí.



Kresba 5: Královská rodina a moje místo v ní

4.5.8 Souhrn případové studie

Jak z projektivních testů tak z průběhu terapie je možno soudit na nezvládnutí základního vývojového období intimity proti izolaci. Matouš se bál a bojí otevřít druhému člověku a tím pádem ukázat svoji zranitelnost, má strach přijmout nejistotu a riziko lásky. Boj o intimitu k druhému člověku s sebou nese výraznější pochopení vlastní identity při objevování identity druhého. Matouš v terapii objevuje vlastní identitu, učí se ve vztahu k druhým lidem být otevřený a pracovat se svou zranitelností v bezpečném terapeutickém prostředí. V terapii měl klient možnost tento patologický vývojový vzorec reflektovat a současně nahlédnout vztah k ženám a identifikovat problematické okamžiky. Prostřednictvím interpretace přenosových jevů, které poskytly učící materiál, měl klient možnost proces pochopit a nahlédnout a s vedením terapeutů pracovat na vztahových problémech. Klient byl konfrontován se způsobem jednání, který ne pro každého může být přijatelný a současně mu byla poskytnuta důvěra v jeho potenciál ke změně a podpora. Matouš měl sice ve svém seberozvoji jisté potíže, nicméně uvedený model umožnil věnovat problému cílesměrný a adekvátní prostor a čas.

5 Výsledky

Vlastní výzkumná část se pokouší nalézt odpověď na následující výzkumné otázky:

1. Jak je možné využít psychoanalytické teorie k porozumění etiologii a terapeutickému procesu závislých klientů denního stacionáře?
2. Jaký význam mají tyto teorie v životech jednotlivých klientů s diagnostikovanou závislostí na alkoholu, lécích nebo patologickém hráčství?
3. Jak se význam těchto teorií projevuje v průběhu léčby těchto klientů, resp. z čeho můžeme usuzovat jejich přítomnost?
4. Jaké klíčové terapeutické intervence jsou v léčbě používány a reagují právě na analytické vývojové teorie o vzniku závislosti?

5.1 Závěry šetření a zodpovězení výzkumných otázek

Odpovědi na uvedené výzkumné otázky jsou uvedeny v následujícím textu.

1. Jak je možné využít psychoanalytické teorie k porozumění etiologii a terapeutickému procesu závislých klientů denního stacionáře?

Psychoanalytických teorií je mnoho a v diplomové práci jsem se zaměřila na ilustraci Eriksonova konceptu osmi věků člověka, na Bowlbyho attachment, Biona containment a některé rodinné faktory vzniku a rozvoje závislosti (hyperprotektivita matky, nepřítomnost otce, kodependence).

Z analýzy výše prezentovaných případových studií lze usuzovat, že využití psychoanalytických teorií k porozumění etiologii a terapeutické praxi závislých klientů denního stacionáře je obohacující z několika důvodů. Díky psychoanalytickým teoriím (napříč klinickými ilustracemi jde zejména o vývojové teorie E. H. Eriksona) je možno na příběhy závislých klientů pohlížet v rámci dalšího kontextu a tím pádem hledat strategie, jak klientovi pomoci nahlídnout na svou závislost. V životních příbězích klientů závislých na alkoholu, lécích nebo patologickém hraní se psychoanalytické teorie závislosti opakovaně objevují. U jednotlivých klientů díky identifikaci problémového vývojového stádia (nebo jiné psychoanalytické teorie) je možno ohraničit příčiny jeho závislosti. Díky jejich interpretaci a uvedení na vědomou úroveň je možno psychoterapeutickou práci

směřovat k určitému cíli a ke změně na osobnostní úrovni, která později umožní také změnu chování. Závislost na návykových látkách pokládáme za projev, nikoliv podstatu poruchy, a proto je nutné, aby léčba cílila na celou osobu. Léčba měla brát v úvahu především spodní, skryté proudy pacientovy osobnosti, které právě díky psychoanalytickým teoriím můžeme lépe definovat, označit.

2. Jaký význam mají tyto teorie v životech jednotlivých klientů s diagnostikovanou závislostí na alkoholu, lécích nebo patologickém hráčství?

Význam vývojových stádií v životech jednotlivých klientů byl podrobně zkoumán v každé případové studii. Obecně se dá říct, že každé vývojové stádium má v životě klienta svůj specifický význam. Např. konfliktní stádium Základní důvěry proti základní nedůvěře se nezdařilo v raném dětství, ale po celý život se absence dané ctnosti (zde důvěry) projevuje v různých aspektech (např. nízká sebedůvěra, neschopnost navázat kvalitní vztah apod.). Nevydařené stádium identity proti zmatení rolí se projevilo zase v návaznosti na absenci dané ctnosti, kterou měl jedinec jeho zvládnutím získat. Stejně tak v dalších konfliktních stádiích (intimita proti izolaci a generativita proti stagnaci). Jejich význam byl zpracován v každé klinické ilustraci. Rovněž je potřeba zohlednit skutečnost, že Eriksonův model je inkrementální, tedy koncentruje se kolem myšlenky, že neřešené problémy jednoho stádia se projeví jako obtíže se zvládnutím stádia dalšího, případně všech dalších. Proto je zapotřebí v každé případové studii nezapomenout na další potenciálně problematická vývojových stádia.

3. Jak se význam těchto teorií projevuje v průběhu léčby těchto klientů, resp. z čeho můžeme usuzovat jejich přítomnost?

V praxi se několik vrstev lidského prožívání a reagování (vědomá mysl, nevědomá mysl) projevuje zejména v neverbální komunikaci a v jednání, které jsou na vědomé úrovni méně srozumitelné, a to jak pro jedince, tak pro jeho okolí. Přítomnost nezdařilých vývojových konfliktních stádií (a jiných psychoanalytických teorií) můžeme nacházet právě zejména v neverbální komunikaci, v chování klientů, v přenosových jevech apod., ale i při samotné prezentaci vlastního příběhu klientem. Sebeobraz závislého se manifestuje v jeho chování a ke změně chování může dojít pouze tehdy, když mu předchází změna vnímání sebeobrazu.

Jinak se projevuje absence základní důvěry, jinak chaos v hodnotách atd. Obecně

lze říci, že každé nezvládnuté stádium se nějak projevuje, je však důležité tyto projevy zachytit a interpretovat je klientovi v souvislostech tak, aby jim porozuměl.

4. Jaké klíčové terapeutické intervence jsou v léčbě používány a reagují právě na analytické vývojové teorie o vzniku závislosti?

V celém procesu psychoterapie, kterým klienti v denním stacionáři prochází je řada terapeutických intervencí, které cílí at' již na změnu osobnosti, tak na změnu chování. Pro účely daného výzkumu jsem vymezila několik zásadních intervencí, které byly u všech případových studií ilustrovány. Jde hlavně o projektivní techniku, arteterapii a skupinovou terapii. Nicméně kontinuální sledování klientů v průběhu celé léčby nelze omezit pouze na tyto jmenované intervence, ale celkový obraz se vytváří v rámci všech aktivit, at' už psychoterapeutických nebo režimových.

Sebepoznávání a sebeexplorace jsou u psychodynamických postupů dosahovány prostřednictvím interpretací, které objasňují dosud skryté souvislosti a umožňují překonávání nevědomých psychologických obran, které pacienti často používají ke zvládnání ohrožujících emocí, impulzů nebo kognitivních podnětů. Velký význam má verbalizace- překlad prožitků a chování do pojmového a syntaktického jazyka, jako umožnění pacientova kontaktu s vlastním tělem, emocemi a jednáním v rámci interpersonálních vztahů a neuvědomovaných životních scénářů, které může (po jejich zvědomění) lépe rozpoznávat, zpracovávat, zvládat a měnit.

6 Diskuse

V předložené práci jsem se zabývala významem psychodynamických přístupů v praxi denního stacionáře pro léčbu závislostí. V kvalitativně zpracovaných případových studiích jsem se zaměřila na anamnestický rozbor odkrývající nezvládnuté či konfliktní vývojové stádia podle E. H. Eriksona a současně uvedla některé psychodynamické přístupy běžné praxe, která se soustředí především na osvědčené neverbální intervence (arteterapie, originální technika s kameny, neverbální techniky) a přenosové jevy. O možnostech, jak využít pro pochopení etiologie závislosti různé psychoanalytické teorie, bylo v každé případové studii napsáno poměrně dost. Nicméně stejně jako tento pohled přináší výhody, může být i nevýhodný a to zejména z důvodu jednostrannosti a nekomplexnosti při terapeutické práci s klientem. Využití psychoanalytických teorií se zdá býti přínosné, avšak nemělo by být pouze jediným nástrojem uvažování o závislostním chování.

Kritické výhrady vůči psychoanalytickým teoriím uvádí Kalina (2013) s odkazem na autory Leedse a Morgensterna (1999). Z jejich souhrnu vyplývá, že za nejdůležitější slabá místa můžeme pokládat: (1) metodu vytváření teorií, (2) generalizovaný předpoklad skryté a hlouběji ležící patologie, (3) nerozlišování mezi různými typy užívání a stupni závislosti a (4) sporný význam teorií pro terapii.

Psychoanalytické teorie závislostní poruchy byly vytvářeny na základě analýzy poměrně malého počtu jednotlivých klinických případů, ale jejich autoři je pokládali za obecně platné. Stejně tak v předložené práci jsem měla výzkumný soubor čítající pouze 5 respondentů. Pro získání obecně platných dat by bylo potřeba získané údaje kvantifikovat na daleko větším vzorku respondentů. Fonagy a Target (2005) považují metodu vytváření teorií za charakteristickou bolest většiny psychoanalytických vývojových konceptů, nejenom o teoriích závislosti, protože leckdy jsou klinické údaje vybírány tak, aby odpovídaly požadavkům teoretického konstruktů. Ale jak řekl Charles Darwin: „... jsem přesvědčen, že bez vytváření teorií by nebylo žádného pozorování“.

Co se týká generalizovaného předpokladu skryté a hlouběji ležící patologie, shodují se různé teorie v tom, že závislostní porucha se rozvinula na základě jiných psychologických problémů, které již existovaly dříve. Pozornost věnovaná duálním diagnózám a traumatizaci v anamnéze závislých dává psychoanalytickým teoretikům

částečně za pravdu. Avšak je potřeba brát také v potaz dopad dlouhotrvajícího užívání na osobnost. Ztotožnit příčiny a důsledky závislosti a/nebo pominout či podcenit jedno či druhé a jedno či druhé generalizovat může být nejen slabinou teorie, ale i zdrojem terapeutických omylů (Kalina, 2013).

Pokud bychom měli kriticky nahlídnout výklad závislosti prostřednictvím psychoanalytických teorií, pak je otázkou, zda závislost jako takovou vůbec psychoanalytické teorie mohou vysvětlit. Jak píše Kalina (2013), ať už užívání návykových látek a cesta člověka k závislosti vychází z jakýchkoliv vývojově založených dispozic a vnitřních motivů, to co udržuje bludný kruh rozvinuté závislosti, již nejsou psychodynamické, ale neurobehaviorální procesy, tj. neuroadaptace na mechanismus rychlé odměny a učení podmiňováním, které podle Leedse a Morgensterna (1999) poskytují „adekvátní vysvětlení pro sílu, neústupnost a zdánlivě iracionální charakter drogové závislosti“. Neurobehaviorální mechanismy jsou vůči psychoanalytické léčbě tím rezistentnější, čím je závislost pokročilejší a závažnější.

Otázkou dále zůstává význam psychoanalytických teorií pro praxi. Podle Kaliny (2013) psychoanalytické teorie závislostních poruch nabízejí porozumění, které jde hlouběji než klinický obraz a diagnóza závislosti na návykových látkách. Psychodynamické porozumění by se nemělo ztratit ani z léčebných postupů používaných ke zvládnání neurobehaviorální dynamiky rozvinuté závislosti. Stejně tak je důležité naslouchat neúspěchům či úspěchům postupů, které z psychoanalytických teorií vycházejí, a kritickým výhradám vůči těmto teoriím. Umožňuje nám to funkční začlenění teorie i praxe významného psychoterapeutického směru do bio-psycho-sociálního pojetí člověka, závislosti a její léčby.

Důležitým poznatkem do diskuse je rovněž již výše zmíněný inkrementální Eriksonův koncept. U klientů bylo obvykle zřejmé jedno komplikované vývojové stádium, nicméně při podrobnější analýze jsem přicházela na další (ať již předchozích nebo pozdějších stádií), ve kterých se udály další konflikty. V důsledcích vlastního zkoumání musím podotknout, že je obtížné a možná i zavádějící definovat pouze jedno konfliktní vývojové stádium, které by bylo příčinou vzniku závislosti. Často se zásadní momenty „nabalují“ postupně v různých stádiích a pak závislost „propukne“ klíčovým momentem v daném jediném vývojovém stádiu. Takto o tom uvažují i v předložené práci.

U klienti s vývojovým stádiem základní důvěry proti základní nedůvěře je možné vidět zajímavou podobnost v kresbě životní křivky. To je absence počátečního bodu, který všichni ostatní klienti ve svých kresbách mají. Pro to, aby tento poznatek měl výpovědní hodnotu by bylo samozřejmě potřeba provést desítky šetření, konkrétně na životní křivky zaměřených. Nicméně do diskuse to uvádím jako možnou zajímavost.

Terapeutické intervence (tj. kresba z arteterapie a práce s kameny) jsem spíše popsala z hlediska klienta, než detailně analyzovala. Jeden z důvodů může být i ten, že se v praxi léčby závislostí pohybuji krátce a rozsah mých zkušeností není velký.

S přibývajícimi zkušenosti budu na používané techniky pohlížet komplexněji a budu je moci lépe propojovat s příběhy jednotlivých klientů, vidět v nich další významy. To je jeden z limitů, který závěrečná práce nepochybně zahrnuje.

7 Závěr

Cílem diplomové práce bylo porozumět individuálnímu případu skrze vybrané psychoanalytické teorie (zejména. vývojová stádia E. H. Eriksona) a popsat klíčové terapeutické intervence směřující k úzdavě závislého jedince používané v podmínkách stacionární léčby závislostí. Pro výzkum jsem zvolila kvalitativní přístup a životní příběhy pěti klientů jsem zpracovala jako soubor případových studií. Data jsem získala kombinací několika metod, přičemž za klíčové považuji polostrukturované interview, životní křivku a projektivní techniku. V každé případové studii jsem ilustrovala jedno vývojové stádium E. H. Eriksona, které jsem interpretovala jako klíčové pro vznik a rozvoj závislosti. Pro analýzu dat jsem využila metodu narativní analýzy a metodu zachycení vzorců. Po postupném zpracování případových studií jsem dospěla k odpovědím na stanovené výzkumné otázky.

Výsledky šetření naznačují, že díky psychoanalytickým teoriím je možno na příběhy závislých klientů pohlížet v rámci jedinečného kontextu, což umožňuje hledat strategie, jak klientovi pomoci porozumět své závislosti v rámci jeho jedinečného příběhu. V životních příbězích klientů závislých na alkoholu, lécích nebo patologickém hraní se psychoanalytické teorie závislostí opakovaně objevují. U jednotlivých klientů díky identifikaci problémového vývojového stádia (nebo jiné psychoanalytické teorie) je možno ohraničit příčiny jeho závislosti. Díky jejich interpretaci a uvedení na vědomou úroveň je možno psychoterapeutickou práci směřovat k určitému cíli a ke změně na osobnostní úrovni včetně adekvátnější percepcie a sebereflexy, což současně umožní také změnu chování. Obecně se dá říct, že každé vývojové stádium má v životě klienta svůj specifický význam. Přítomnost nezdařilých vývojových konfliktních stádií (a jiných psychoanalytických teorií) můžeme nacházet právě zejména v neverbální komunikaci, v chování klientů, v přenosových jevech apod., ale i při samotné prezentaci vlastního příběhu klientem. V celém procesu psychoterapie, kterým klienti v denním stacionáři prochází je řada terapeutických intervencí, které cílí ať již na změnu osobnosti, tak na změnu chování. Pro účely daného výzkumu jsem vymezila několik zásadních intervencí, které byly u všech případových studií ilustrovány a jako takové mi jednotlivě napomohly ke zpracování a dotvoření konkrétního příběhu. Nicméně kontinuální sledování klientů v průběhu celé léčby nelze omezit pouze na tyto jmenované intervence, ale celkový obraz

se vytváří v rámci všech aktivit, ať už psychoterapeutických nebo režimových. Velký význam má samotná verbalizace- překlad prožitků a chování do pojmového a syntaktického jazyka, jako umožnění pacientova kontaktu s vlastním tělem, emocemi a jednáním v rámci interpersonálních vztahů a neuvědomovaných životních scénářů, které může (po jejich zvědomění) lépe rozpoznávat, zpracovávat, zvládat a měnit.

Limity závěrečné práce byly diskutovány zejména s ohledem na nízký počet respondentů a tedy nemožnosti obecnějších závěrů. Získané poznatky by bylo přínosné v rámci dalších výzkumů ověřit u většího počtu respondentů a zaměřit se také na jiné, nejen psychoanalytické teorie závislostních poruch, případně je s nimi kombinovat. Rozšířit případové studie zejména o kognitivně- behaviorální teorie by bezesporu celou problematiku dotvořily k její celistvosti, tak jak je o to v současnosti v léčbě závislostí usilováno.

Na základě předložených výsledků práce je možno obecně doporučit integraci psychodynamických přístupů do komplexního spektra terapeutických metod (včetně přístupů behaviorálních). Z takového komprehenzivního terapeutického pojetí pak může profitovat i řada klientů, kteří se k jiným terapeutickým metodám jeví jako rezistentní.