

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Bc. Natálie Kubištová

Klientky Terapeutické komunity Karlov, význam pocitu viny a studu ve výchově dětí u klientek léčících se v rezidenčních programech terapeutických komunit pro závislé

Clients of the Therapeutic Community Karlov, the importance of guilt and shame in raising children for clients treated in residential programs for drug dependents

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Šťastná Ph.D.

Praha, 2019

Prohlášení:

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

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

Ve Vodňanech, dne 6.7.2019

Bc. Natálie Kubištová

Podpis

Identifikační záznam:

KUBIŠTOVÁ, Natálie. *Klientky Terapeutické komunity Karlov, význam pocitu viny a studu ve výchově dětí u klientek léčících se v rezidenčních programech terapeutických komunit pro závislé [Clients of the Therapeutic Community Karlov, the importance of guilt and shame in raising children for clients treated in residential programs for drug dependents]*. Praha, 2019. 73 stran, Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce Mgr. Lenka Šťastná Ph.D.

Poděkování:

Ráda bych poděkovala Mgr. Lence Šťastné Ph.D. a rovněž Mgr. Tomáši Jandáčovi, za jejich podnětný, vstřícný a trpělivý přístup v odborném vedení mé diplomové práce. Mé díky patří ochotným respondentkám, které mi ve svém volném čase poskytly rozhovory, stejně jako i celému pracovnímu týmu Terapeutické komunity Karlov, kde mi bylo umožněno provádět výzkum. Nakonec bych ráda poděkovala svým nejbližším, za podporu po celou dobu mého studia, jakožto i při psaní diplomové práce.

Abstrakt

Východiska: Ženy s problémy z užívání návykových látek mají své charakteristické rysy a potýkají se s mnohými těžkostmi, jež vyplývají nejen z jejich genderových specifíků. Mezi nimi je významně zastoupeno mateřství, které v kombinaci s abúzem návykových látek zásadně mění svůj profil, počínaje prožíváním, konče způsobem, jakým se tyto ženy vztahují ke svým dětem. Tyto způsoby jsou zatíženy mnohými prožitky, procesy a emocemi, které následně blokují nastolení vhodné výchovy.

Cíle: Cílem této práce bylo zjistit, zda ženy se závislostními problémy pociťují vinu a stud ve vztahu ke svým dětem, případně zmapovat, odkud vyvěrají a co je formuje. Dalším stěžejním cílem bylo odhalit, zda tyto pocity mohou vytvářet bariéry ve vztahu k dítěti, a především pak ve výchově. Posledním cílem práce bylo vyhodnotit, zda kromě těchto determinant vstupují do procesu sanace vztahu ještě jiné proměnné, případně které to jsou.

Metodika: Sběr dat se uskutečnil na jaře roku 2019 v Terapeutické komunitě Karlov. S klientkami byl veden polostrukturovaný rozhovor, dále byly popsány konkrétní pozorované situace mateřských interakcí k dítěti.

Výzkumný soubor: Vzorek byl vytvořen 5 klientkami Terapeutické komunity Karlov, které podstupovaly léčbu spolu se svým dítětem.

Výsledky: Z výpovědí respondentek a analýzy pozorovaných interakcí vyplynulo, že se potýkají se silným pocitem viny a studu. Ten zažívají převážně na základě nezodpovědného chování k dítěti ať v těhotenství, nebo ve výchově pod vlivem návykových látek. Primárním problémem těchto matek je neschopnost stanovovat hranice, což se reflektuje v komplikovaném zvládnutí výchovy a formuje zahlížením těchto obtíží např. v dopadech na dítě a společný vztah. S těmito těžkostmi se některé z nich vypořádávají vnášením témat do terapie, v menším obsazení pak popíráním.

Doporučení: Na základě nastudování odborné literatury, kontinuální práce s ženami – matkami s problémy z užívání a výsledků výzkumu navrhneme opatření: citlivost a brání zřetele na provázanost vlastní rodinné historie v otázce výchovy, faktu, že výchova dítěte představuje mnohdy zcela neznámé hledisko jejich života. Rozvoj a posilování šetrného a trpělivého přístupu k otázkám výchovy a práce se strachy ve vztahu k dítěti, včetně pocitu viny, který celý proces významně ovlivňuje. Velkou výzvou je podpora k hovoření o těchto prožitcích a přiznání jejich hodnoty vedle jiných témat psychoterapie.

Klíčová slova: ženy s problémy z užívání, abúzus v těhotenství, teorie vytváření vztahu, výchovné styly, zátěžové situace, pocit viny a studu

Abstract:

Background: Women with substance abuse problems have distinctive features and face many difficulties arising from their gender specificities. Among them, motherhood is significantly represented, which, combined with the abuse of addictive substances, fundamentally changes its profile, from experience, to the way these women relate to their children. These ways are burdened with many experiences, processes and emotions, which subsequently block the establishment of appropriate education.

Aim: The aim of the thesis was to find out whether women with addiction problems feel guilty and shy in relation to their children, or map out where these feelings come from and what forms them. Another key objective was to reveal whether these feelings could create barriers in relation to the child, and especially in education. The last goal of the thesis was to evaluate whether, in addition to these determinants, other variables occur, or which ones are entering into the process of remediation.

Methodology: Data collection took place in spring 2019 in the Therapeutic Community Karlov. A semi-structured interview was conducted with clients and specific observed situations of maternal interactions with the child were described.

Research sample: The sample was created by 5 clients of the Therapeutic Community Karlov, who were treated together with their child.

Results: The respondents' testimonies and the analysis of the observed interactions showed that they have a strong sense of guilt and shame. They experience it mainly on the basis of irresponsible behavior towards the child, whether in pregnancy or in the upbringing under the influence of addictive substances. The primary problem with these mothers is the inability to set boundaries, which is reflected in the complicated coping of education and forms by looking at these difficulties, eg in the impact on the child and the common relationship. With these difficulties, some of them deal with bringing them into therapy, and with less casting, denial.

Recommendation: Based on the study of literature, continuous work with women – mothers with problems of use and research results, we recommend to focus on: sensitivity to the interdependence of one's own family history in relation to education, the fact that raising a child is often a completely unknown aspect of their lives. Developing and strengthening a gentle and patient approach to issues of upbringing and working with fears in relation to the child, including guilt, which significantly affects the process. The big challenge is to support the talk about these experiences and acknowledge their value alongside other topics of psychotherapy.

Key words: women with problems of drug dependence, abuse in pregnancy, theories of relationship formation, educational styles, stressful situations, guilt and shame.

Obsah

<u>1. Úvod</u>	9
<u>2. Příčiny vzniku závislosti</u>	10
<u>3. Ženy s problémy z užívání návykových látek</u>	11
3.1. Gender a specifika uživatelék	11
3.2. Těhotné ženy	13
<u>4. Péče o dítě u matek s poruchami užívání</u>	14
4.1. Důsledky abúzu návykových látek	14
4.2. Protektivní a rizikové faktory ve výchově rodiči se závislostními problémy	16
<u>5. Pocity viny a studu</u>	19
<u>6. Výchovné styly</u>	20
6.2. Bowlby a Attachment	23
6.3. Klein a Splitting	24
6.4. Bion a Containment	25
<u>7. Zátěžové situace</u>	26
7.1. Frustrace	26
7.2. Konflikt	27
7.3. Stres	27
7.4. Trauma	27
7.5. Krize	28
7.6. Deprivace	28
<u>8. Výzkumný problém</u>	29
<u>9. Cíle výzkumu</u>	29
<u>10. Výzkumné otázky</u>	30
<u>11. Výzkumný soubor</u>	30

11.1. Základní soubor:	30
11.2. Výzkumný soubor:	31
<u>12. Metody</u>	31
12.1. Výzkumné nástroje	32
12.2. Metody zpracování a analýza dat	34
<u>13. Etické aspekty výzkumu</u>	35
<u>14. Interpretace dat</u>	36
14.1. Mona, 26 let	36
14.2. Anna, 27 let	39
14.3. Věra, 36 let	43
14.4. Eva, 25 let	46
14.5. Karolína, 24 let	49
<u>15. Rozbor</u>	52
15.1. Přítomnost adiktologické anamnézy v původní rodině	52
15.2. Okolnosti otěhotnění	53
15.3. Patologické chování a přítomnost dítěte	54
15.4. Odloučení od dítěte / dětí	55
15.5. Pocit viny a studu	56
15.6. Výchova a její těžkosti	57
15.7. Můj den s dítětem	58
15.8. Náhled na vlastní počínání ve výchově	59
<u>16. Pozorování</u>	60
<u>17. Výsledky</u>	64
<u>18. Diskuse</u>	67
<u>19. Limity výzkumu</u>	69
<u>20. Závěr</u>	70
<u>21. Zdroje</u>	71

1. Úvod

Tato diplomová práce se zabývá závislostí na návykových látkách u těhotných žen, potažmo matek, a především pak fenomény, které komplikují, nebo mohou komplikovat výchovu a vztahování se k vlastnímu dítěti. Nejen genderová otázka v oblasti závislostí je aktuálním tématem, které je nutné rozpracovávat. Práce proto krátce představuje specifika žen s problémy z užívání návykových látek ve spojitosti s péčí o dítě, důkladněji se pak zabývá výchovnými styly a jejich možnou zátěží. Opírá se o teorie zátěžových situací, které nezřídka formují osobnost a prožívání jak matek, tak jejich dětí. Nahlíží nejen fenomén matky, jež je hluboce zakořeněný v každém z nás, ale také se zabývá pocity, jako je vina a stud k dětem, jejich původem a možnými dopady na společný vztah.

Práce se věnuje sanaci vztahu a procesům, které ovlivňují výchovu. Na hledisko péče o dítě je třeba u této cílové skupiny pohlížet optikou mnohdy naprosto nových požadavků, které jsou na střízlivou matku kladeny. Práce proto fokusuje na typické projevy u žen – matek, které podstupují pobytovou léčbu v terapeutické komunitě a které spolu v léčbě pobývají rovněž se svým dítětem/ dětmi. Pocit viny a studu je proměnná, která zaujímá znatelnou pozici nejen na úrovni myšlení, ale také v konkrétní práci s dítětem.

Práce svou teorií i poznatky z výzkumu popisuje převážně to, jak pocit viny a studu ovlivňuje mateřskou schopnost vztahovat se, vést a vychovávat své dítě. Ve vlastní výzkumné části, která si dává za cíl zhodnotit, zda se tíživé pocity u těchto žen objevují a zda se jakkoli pojí ke komplikované vazbě a výchově, vychází především z teoretických poznatků v otázkách výchovných stylů, teorie attachmentu a specifík uživatelék návykových látek.

2. Příčiny vzniku závislosti

Již v dávných dobách lidé užívali návykové látky, z počátku však pouze přírodního původu. Omamné účinky látek dávaly možnost úniku od problémů, dosažení pocitů pohody, štěstí, síly. Lidé věřili v nabytí mimořádných schopností a v opojení prožívali fantastické věci. Motivy užívání takových látek byly podobné, jako je u uživatelů návykových látek vidíme dnes. Zbavovaly je nejistoty, strachu, bolesti, pomáhaly zlepšit jejich sebehodnocení, a především dávaly dosáhnout rychlého a silného uspokojení. (Vágnerová, 2004)

Ke kořenům závislosti se můžeme dostat skrze několik teorií, především na základě bio-psycho-socio-spirituálního pojetí závislosti, ale vždy se jedná o velmi individuální motivy a nemůžeme je generalizovat. Kalina (2008) je spatřuje v životních dilematech a protikladech, které nás obklopují. Ty jsou zdrojem neklidu a tužeb. Lidé se podle něho potřebují „*vyhnout bolesti, či nalézt zklidnění, ulevit si od bolesti fyzické i duševní na individuální či kolektivní úrovni. Patří sem i bolest z prožívané nudy, z neuspokojení, bolest z pocitu odlišnosti od druhých, z nízkého sebehodnocení.*“ Naproti tomu jmenuje potřeby „*cítit se energický, výkonný, kompetentní, bezproblémový, zbavit se vnitřních zábran, dosáhnout euforie a radosti.*“ (Kalina, 2008). Lidé v náročných životních situacích mohou nacházet saturaci právě v návykových látkách a než začnou pociťovat drtivé negativní dopady, rozvíjí se u nich závislost. Syndrom závislosti a jeho klasifikace v MKN-10 zní takto: „*Je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky, nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více.*“ Diagnóza by měla být stanovena pouze člověku, který v uplynulých 12 měsících splnil alespoň 3 z následujících kritérií (Nešpor, 2000):

- Silná touha nebo pocit puzení užívat látku
- Potíže v sebeovládání při užívání látky, a to, pokud jde o začátek a ukončení, nebo množství látky
- Tělesný odvykací stav – látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky
- Průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek k dosažení původního účinku na nižších dávkách
- Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané látky
- Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků

Vavřinková a Binder (2006) tvrdí, že mezi faktory vzniku lze nalézt přinejmenším tři činitele. Těmi jsou droga, člověk a prostředí. K závislosti pak dojde v případě, že v dané době jedinec nese jistou dispozici k opakovanému nutkavému užívání návykové látky.

3. Ženy s problémy z užívání návykových látek

3.1. Gender a specifika uživatelék

Pojem gender¹ vyjadřuje kulturní a sociální podmíněnost rolí, stejně jako chování a normy vztahující se k ženám a mužům. Vymezuje rozdíly pohlaví včetně základních rysů mužské a ženské identity (Oakleyová, 2000). Autorka tamtéž definuje gender jako „*sociální konstrukt, který vyjadřuje, že vlastnosti a chování s obrazem muže a ženy jsou formovány kulturou a společností, na rozdíl od pohlaví, které je univerzální kategorií a nemění se podle času či místa. Působení gender ukazuje, že určení rolí, chování a norem vztahujících se k ženám a mužům je v různých společnostech, v různých obdobích či různých sociálních skupinách rozdílné. Jejich závaznost, či determinace není tedy přirozeným, neměnným stavem, ale dočasným stupněm vývoje sociálních vztahů mezi muži a ženami.*“ (Oakleyová, 2000, str. 61). Ženské sociální role a úkoly, jakými byly v minulosti například nošení vody, nebo mletí zrna, se s vývojem společnosti formují do nových podob. Jednoznačně stálou a výhradní rolí žen však zůstává mateřská role. Již v 60. letech přináší výzkum Images of Women in Society² stanovisko, že nabytím mateřské role by se žena měla zříct všech ostatních rolí, jako práce, zájmů atp. (Cairnssová, 2013). Výzkum zcela odporoval například zaměstnávání žen s malými dětmi, protože to přímo vedlo k jejich zanedbávání, potažmo zanedbávání celé domácnosti (Oakleyová, 2000). Specifika žen jakožto uživatelék návykových látek nespočívají pouze v jejich mateřské roli. Existují již studie, které nám říkají, že u žen vzniká závislost rychleji a po nižších dávkách, než je tomu u mužů. (Kalina et al., 2015)

Ženy užívající drogy se obecně potýkají s řadou problémů, které se svým rozsahem i povahou liší od problémů, jež zažívají jejich mužské protějšky. Také např. čelí větší stigmatizaci, hanbě a diskriminačním reakcím, dostává se jim menší sociální podpory, ve věcech týkajících se užívání drog a léčby jsou pod větším vlivem své rodičovské role a svých partnerů a v neposlední řadě jsou vystaveny vyššímu riziku násilí a krví přenosných infekcí. Obecně platí, že intervence určené ženám by měly být genderově citlivé, měly by ve všech aspektech jejich koncepce a způsobu realizace zohledňovat potřeby žen, měly by být poskytovány v prostředí, které je vstřícné, neodsuzující a shovívavé, jakož i fyzicky a emočně bezpečné, měly by být holisticky a komplexně pojaté, podněcovat zdravé vztahy s dětmi, rodinnými příslušníky, dalšími osobami, které hrají v životě těchto žen důležitou roli, jakož i s celou komunitou a zabývat se také socioekonomickými podmínkami. (Arpa, 2018)

Uživatelky se ale často brání vystoupit z anonymity a zahájit adekvátní léčbu (Kalina, 2003). Při návštěvách léčebných zařízení maskují problémy se závislostí za přidružené somatické obtíže. Brown a kol. (1971) zjistili, že ve 45,9% uvádějí ženy fyzické komplikace jako důvod pro vstup do těchto služeb oproti mužům, kteří tento důvod uvádějí jen v 19,4%. Stigmatizace by uživatelkám hrozila odnětím dětí, bez ohledu na to, zda jsou

¹ Gender neboli rod.

² Obrazy žen ve společnosti

přítomny ukazatelé zanedbávání. Existují ale i výzkumné studie, které popisují, že matka – uživatelka mnohdy zvládne o své dítě pečovat zodpovědněji, nežli mužský protějšek ve stejné situaci (Vobořil in Kalina, 2003). Ženy s problémy z užívání drog, za kterými vidíme jejich děti, v nás a celé společnosti vyvolávají rozličné emoce. Setkáváme se s mnoha stereotypy, kterými mnohdy i odborná veřejnost tuto specifickou klientelu kategorizuje a zobecňuje individuální zkušenosti s ní. Mezi takové postoje patří názory : závislá klientka s těhotenstvím přestane užívat drogy a porodem si vytvoří silné pouto k dítěti, pokud ale není motivovaná k léčbě a nemá mateřský vztah k dítěti, nemůže jej dosáhnout ani v abstinenci. Děti matek užívajících drogy jsou postižené...(Preslová in Kalina, 2003).

Vavřínková, Binder a Živný (2001) podnikli v letech 1998-2000 studii ve spolupráci s třemi pražskými kontaktními protidrogovými centry, Oddělením pro léčbu závislostí VFN, Oddělením lékařské genetiky VFN a obvodními gynekology. Cílem této studie bylo charakterizovat populaci závislých těhotných žen v ČR a zmapovat jejich socio-ekonomickou situaci. Do výzkumu bylo zapojeno 41 závislých těhotných žen, z nich 20 s heroinovou a 18 s pervitinovou závislostí. Se zaměřením na možné negativní vlivy v těhotenství se ukázalo, že tato cílová skupina je tvořena velmi mladými ženami, které jsou často svobodné a nezaměstnané. Vysoké procento z nich nenavštěvovalo prenatalní poradnu a pokud ano, tak zřídka. Procentuelně se jedná o 33% uživatelék heroinu a 25% uživatelék pervitinu. Ve srovnání s kontrolními soubory se u obou skupin také vyskytuje velký podíl prevalence infekčních nemocí, kromě pozitivivity HIV. „Populaci těhotných žen závislých na tvrdých drogách lze charakterizovat z hlediska prenatalní péče jako vysoce rizikovou. Zjistili jsme, že těhotenství není u těchto žen ve většině případů dostatečným podnětem ke změně stereotypů chování.“ (Vavřínková, Binder, Živný 2001, str.25).

Mezi další rizikové jevy, které bývají charakteristické pro populaci žen s poruchami závislosti je například prostituce. Tou si závislé ženy podle EMCDDA obstarávají finance na návykové látky až v 60 % (Vobořil in Kalina, 2003) Páchání trestné činnosti se u nich vyskytuje méně, to je výsadou pro opatrování financí u mužů. Ženám jsou také v daleko větší míře předepisovány benzodiazepiny, a to zejména na uklidnění a na spaní, ale také pro krizi v manželství a jiné problémy plynoucí z nároků na ženu. Děje se tak 3x – 4x častěji nežli u mužů. Dalo by se říci, že i zdravotnictví má podíl na vytváření závislostního chování u žen (Kalina, 2003). Genderových specifikem by mohla být také provázanost závislostního chování s jinými psychiatrickými diagnózami. Například komorbidita poruch příjmu potravy vykazuje velký výskyt užívání návykových látek. Jedná se především o kokain, amphetamin a alkohol. Podobnou propojenost, jako u duálních diagnóz, spatřujeme v traumatizujících zážitcích, jako například sexuálním zneužitím v dětství či dospívání. Podle Kaliny (2003) jsou tyto prožitky často jmenovány jako důvod pro iniciaci užívání.

3.2. Těhotné ženy

Na počátku 90.let vydalo ministerstvo zdravotnictví a sociálních služeb v USA zprávu o tzv. Crack Babies³. Jednalo se o novorozence, kteří byli v prenatálním stádiu vývoje exponováni intranasálnímu užívání cracku svými matkami, pocházejícími z chudých městských částí. Americká vláda zmobilizovala síly na vytváření nejrůznějších konceptů protidrogové politiky, neboť odhadovala, že kromě silící druhé crackové generace se do roku 2000 narodí zhruba 4 miliony tzv. Crack Babies. Věřilo se, že tyto děti vyrostou v biologickou podtřídu a významně se poukazovalo na velká neurobiologická poškození vlivem užívání v těhotenství. Společnost se obávala, že tyto děti a jejich matky budou největšími spotřebiteli sociálních podpor, ovládnou zdravotnická zařízení a vyčerpají veškeré speciální formy pomoci. Nejen političtí činitelé se s vlnou hysterie začali zasazovat o zkoumání těchto dětí, potažmo fenoménu užívání v těhotenství. Stigmatizaci a kriminalizaci žen s problémy s užíváním a jejich dětí se ovšem nepodařilo zcela zabránit. Do roku 1994 se pozornost médií a zákonodárců upírala jejich směrem. Ve chvíli, kdy bylo ovšem potřebné začít se zasazovat o změny v pedagogických, terapeutických a léčebných přístupech, zájem upadl. Z Crack Babies se stala ztracená generace. Až studie, která vyvracela domněnky o biologické podřadnosti zavdala například pedagogům nového optimismu, že s těmito dětmi, ačkoli poškozené jsou, se dá vhodně pracovat (Thomas, 2004).

I podle Simpsna a McNultyho (2018) ženy, a zejména těhotné uživatelky, trpí větším sociální stigmatem, než muži a často trpí větší závažností závislosti s různými fyzickými a psychickými reakcemi. S tématem ženy a drogy je spojen i termín dvojí deviace. Ettore (1992) ve své publikaci *Women and Substance Use*⁴ přináší zjištění, že žena-uživatelka návykových látek je společností vnímána jako „Double Deviant“⁵. Lidé ženu-uživatelku návykových látek vnímají jako problematickou osobu nejen pro samotné užívání, ale také pro to, že neuspěla v roli manželky a matky. I to vyvíjí tlak ze strany společnosti, na jehož základě se uživatelky bojí vystoupit z anonymity.

³ Crackové děti

⁴ Ženy a užívání substancí

⁵ Dvojitě deviantní

4. Péče o dítě u matek s poruchami užívání

4.1. Důsledky abúzu návykových látek

Přímý vliv

Přímým vlivem rozumíme možné důsledky užívání na plod ještě před jeho narozením. Účinky na těhotnou ženu se liší podle zneužívané látky a frekvence/ stylu užívání a individuální tolerance. Vývoj dítěte ovšem nemusí být užíváním návykových látek postižen. Spatřujeme rozdíly mezi experimentem, škodlivým užíváním a závislostí, nicméně každá varianta může být pro plod stejně nebezpečná. Uživatelky opiátů se vystavují pouze mírným patofyziologickým účinkům na vlastní osobu. Jejich plod je ovšem vystaven nejen vysokému riziku infekce, až 60 % (Zaostřeno na drogy, 2007), ale neuropsychická abnormalita u narozeného dítěte se ukazuje v tzv. novorozeneckém abstinčním syndromu⁶. Ten se objevuje u 50–90 % novorozenců matek, jež v těhotenství užívaly opiáty (Preslová, 2012). U stimulancí bývá obtížné rozlišit jejich přímý vliv, neboť tyto ženy mnohdy užívají polymorfně a přidružují k nim kouření, pití alkoholu atp. (Hans in Zaostřeno na drogy, 2007). Ze studií vyplývá, že tito novorozenci se často rodí s nižší porodní váhou, menším obvodem hlavičky, kratšími dolními končetinami a s vyšším výskytem defektů močové a pohlavní soustavy. Dále se u dětí exponovaných stimulancím kromě NAS s kratší dobou trvání hovoří o tzv. neonatálním neurologickém syndromu (Volpe in Zaostřeno na drogy, 2007), který se u novorozenců projevuje hypertonem⁷, iritabilitou⁸, křečemi, apnoickými pauzami⁹, průjmy, poruchami spánku a abnormálním EEG záznamem. (Zaostřeno na drogy, 2007).

Preslová (2012) dále píše o dalším možném riziku pro nenarozené dítě, jímž je přenos žloutenky. Pro narozené dítě to znamená nutnost sledování stavu po dobu prvního roku života. Negativní vliv na plod má podle ní vše spojené s braním drog: „jde především o špatnou životosprávu, zanedbávání lékařské péče, injekční aplikaci drog, ale také stres, který neumí zvládnout, a nejistota, kterou budoucí maminka prožívá a podobně.“ (Preslová 2012).

Nepřímý vliv

Nepřímým vlivem rozumíme stav, kdy již nedochází k expozici organismu, ale spíše dobu, kdy dítě vyrůstá po boku rodiče/ rodičů s problémy s drogami. V obecnosti lze říci, že každé dítě potřebuje hlavně lásku, pocit bezpečí, hranice, stabilitu a klid. Zrovna tyto potřeby je drogově závislý rodič jen zřídka schopen zajistit v dostatečné míře. Spíše to dítěti nemůže poskytnout vůbec, neboť první příčku v jeho žebříčku priorit zastává droga (Preslová, 2012). Jak píše Barnardová (2007), s těmito dětmi se často zachází nevhodně, a to nejen výchovně

⁶ NAS – Neonatal Abstinence Syndrome

⁷ Zvýšená tuhost a napětí svalstva

⁸ Nadměrná citlivost, dráždivost

⁹ Nekontrolované zadržetí dechu

a emocionálně. Jsou vystavovány fyzickému násilí a zanedbávání, svědčí týrání a zneužívání v rodině. Potýkají se s nulovou podnětností ve vývoji a mnohdy také s nevyhovujícími hygienickými a výživovými podmínkami. Vyrůstat v rodině se závislostí je pro ně vždy nepředvídatelné, nestabilní, chaotické. Často se stávají svědky a aktéry protiprávního jednání, což pro ně samotné představuje silné riziko stigmatizace, nebo i osamocení vlivem potrestání rodičů odnětím svobody. Preslová (2012) v tomto spatřuje hlavně riziko podvědomého přebírání modelu chování rodičů. Nemá, jak se naučit zdravému řešení potíží, zvládání proher a špatných nálad. Učí se unikat, protože to stejné spatřuje u svých rodičů. Prostředí, ve kterém tyto děti vyrůstají připomíná tahanici o to, komu se podaří naplnit své potřeby. O tomto fenoménu píše také Trávníčková (2001). Problematika matek s poruchami užívání návykových látek, které vychovávají své děti má vážný dopad na jednotlivce, a to kvůli neschopnosti zabezpečení základních potřeb dítěte a nevhodnosti fungovat jako identifikační vzor, ale také celospolečensky. Podle Trávníčkové (2001) tyto děti v životě potřebují mnoho trpělivosti a pochopení při překonávání nastalých problémů, stejně jako mnoho lásky, porozumění a rodinného zázemí. V Barnardové (2012) se v kapitole rozhovorů s drogově závislými rodiči dočteme, že přes veškeré snahy, odstrašující příklady a sebezapření stejně zvítězí potřeba toho silnějšího. Rodiče, který vše podřídí obstarání a užití drogy. Droga vítězí naproti nákupu jídla pro hladové děti, nákupu dárků, školních potřeb atp. Tuto nutkavost jsou dle úryvků schopni upozadit odvedením dítěte do školky/ školy, což je pro oba výhodou. Dítě nemusí vidět, co jeho rodiče dělají, nemusí s nimi absolvovat dlouhé chození městy, čekání na dealery, potyčky atp. Ve škole se nají a užije si legraci, někdo se mu bude dozajista věnovat. Barnardová (2012) vyčlenila část výpovědi pro kapitolu Nezájem, která působí mrazivě. „*Nesedla jsem si k němu, abych mu před spaním něco přečetla, nehrála jsem si s ním, nemalovala jsem si s ním, nic takového jsem nedělala. Nesedla jsem si s ním, abychom si popovídali, neučila jsem ho mluvit.*“ (Rodič: Ava, str.91). Odrazem této citaci stojí mnoho výpovědí dětí, které jmenují lítost nad tím, že trávily většinu času samy, bez povšimnutí, bez pravidel a hranic. Často ovšem obklopené mnoha hračkami, elektronikou... Dalším společným jmenovatelem dětí s drogově závislými rodiči je převzetí dospělých rolí, péče o sebe, ale často i o sourozence, domácnost. „*Nejhorší věc na mém dětství? Podle mě to bylo to, že ona byla vlastně jako děčko a já máma.*“ (Dítě, str.109) Přijetí pečovatelské role z nutnosti a bez dostatečné vybavenosti zkušenostmi vede k dezorganizaci dětství jako takového. Z dětí se stávají dospělí, přestávají si hrát a radovat, vytvářejí si vlastní fantazijní světy. Cairnssová (2003) také říká, že tyto děti, potažmo lidé, přehnaně reagují i na každý neutrální podnět a neklid jim vlastní přisuzuje nadměrné ostražitosti. Jsou ze své minulosti zvyklé čelit hrozbám a jejich tělo si neustálým vyhodnocováním rizik tvoří ochranný štít (Cairnssová 2013). Do dospělého života si dále odnášejí patologická přednastavení, pocity bezmoci, našťvanosti a smutku. Nepříznivé podmínky dětství ve své celistvosti mívají za následek tendence k úzkostem a strachům. Kromě zlomku z možných osobnostních a emocionálních nalézáme i rysy kauzálně přímo spojené s užíváním, které mají vliv na kognitivní a behaviorální složku osobnosti. Preslová (2012) tvrdí, že děti bývají neklidné, s problémy s koncentrací a ve školním věku vykazují poruchy chování a učení. O problémech spojených s nevhodným působením rodiny pojednává také Vágnerová (2004) a tvrdí, že „*pokud je rodina v nějaké směru dysfunkční, některé důležité potřeby těchto lidí zůstanou neuspokojeny a rodina se pro ně stane spíše*

zdrojem zátěže. Pokud jde o dítě, jehož osobnost se teprve rozvíjí, mohou mu v důsledku narušených rodinných funkcí určité významné zkušenosti chybět nebo jeho další vývoj může být deformován různými negativními vlivy.“ (Vágnerová, 2004, str.589).

4.2. Protektivní a rizikové faktory ve výchově rodiči se závislostními problémy

Pedagogický slovník (Průcha, Walterová, Mareš, 2009) k pojmu výchova uvádí několik definic, jako například: „Proces záměrného působení na osobnost s cílem dosáhnout pozitivních změn v jejím vývoji“. Pelikán (1995) uvádí další, a to: „Výchovný styl je souhrn záměrných i spontánních způsobů chování vychovatele k vychovávanému. Tradičně se uvádějí: autoritativní výchova, liberální výchova, demokratická výchova. Novější klasifikace výchovných stylů vycházející z empirických výzkumů zejména rodinné výchovy, je zařazují podle několika nezávislých dimenzí, např. cirkumplexní model užívá 2 (láska-hostilita, autonomie-kontrola), jiné modely uvádějí i značně vyšší počet dimenzí. Tyto klasifikace pak umožňují popis nevhodných a pro dítě škodlivých stylů výchovy, jakými jsou například výchova rozmazlující, zavrhuje, nadměrně ochraňuje (overprotektivní), perfekcionistická, nedůsledná, popř. zanedbávající, týrající, nebo zneužívající dítě.“

Barlow (2013) v Evaluaci programu Rodiče pod tlakem (Parents under Pressure) k výchovným stylům u osob zneužívajících návykové látky uvádí, že v UK se mnoho dětí narodilo rodičům závislým na drogách a tato závislost na psychoaktivních drogách v postnatálním období byla spojena s vysokou mírou jejich týrání. Pro představu přibližně čtvrtina těchto dětí podléhala plánu ochrany dětí. Rodiče, kteří jsou závislí na psychoaktivních drogách, jsou ohroženi širokou škálou rodičovských problémů a studie zjistily sníženou citlivost na fyzické i emocionální potřeby dítěte. Například první dva roky života dítěte jsou obzvláště důležitou vývojovou fází, především z důvodu vlivu časné interakce mezi rodiči a dětmi na vyvíjející se neurologické a vazebné systémy dítěte (attachment). Rodiče závislí na návykových látkách vykazují řadu rodičovských obtíží a nedostatků, a zejména sníženou schopnost citlivosti během tohoto důležitého období, další negativní způsoby výchovy vyplývají z neschopnosti regulace nálad. I další přezkum programu Rodiče pod tlakem z roku 2015 se opírá o fakt, že děti žijící v rodinách se zneužíváním návykových látek jsou vystaveny vysokému riziku špatného zacházení a souvisejícím nežádoucím účinkům.

Podle Trávníčkové (2001) je dítě, které zůstává v prostředí s matkou užívající návykové látky samo konfrontováno s rizikovými faktory pro vznik závislosti. Kromě genetických a vývojových se zde vyskytují i významné sociální faktory. Konfliktní atmosféra a citové neuspokojení mají negativní dopady na vyrůstající osobu. Ta se často stává neurotizovanou a nejistou. Sami rodiče bývají osobnostně nezralí s nedostatečně integrovanou osobností a vykazují patologické obranné mechanismy. Jejich zájmy jsou zúženy na obstarávání drogy a vůči motivaci ke změně jsou lhostejní. Děti vnímají ambivalentně jak své rodiče, tak jejich role, mají tendence přebírat zodpovědnost. Tím se

stávají „dospělými“, nahrazují selhávajícího rodiče i v péči o sebe. Podle Hellera (1996) tak ztrácejí možnost prožít radost a přestávají si hrát.

Z hlediska socializace mohou být děti rodičů se závislostními problémy omezeny na adaptaci mezi vrstevníky, včetně menšího počtu zájmů, zhoršeného prospěchu ve škole. To se může negativně odrazit v dospělém, potažmo pracovním-sociálním uplatnění. Bývají častěji nemocné. Heller (1996) tamtéž uvádí že „Socializace dítěte je poškozována ve větším rozsahu u dětí, které mají závislou matku. Pokud se tyto děti dostávají do náhradní péče, objevují se adaptační obtíže až ve 30 %. V rodinách, kde je závislý otec v intoxikaci agresivní, se objevují psychické poruchy až u 40 % dětí. V dětských psychiatrických léčebnách je hospitalizováno až 25 % dětí z rodin s alespoň jedním závislým rodičem.“

V souvislosti s pohledem na matky – uživatelky, se Preslová zmiňuje: „V průběhu let jsme se postupně učili nebát se toho, že naši mnohdy problémoví klienti přivádějí na svět děti, což bylo někdy mnohem obtížnější, než se smířit s tím, že kradou, prodávají drogy, apod. Fenomén matky je v každém z nás zabudován hluboko a niterně. Očekávání, osobní prožitky, postoje a zkušenosti s tím spojené, nás na vědomé i nevědomé úrovni ovlivňují i tam, kde na to nejsme vnitřně připraveni. Naučili jsme se klientky neodsuzovat za užívání drog v těhotenství a za nezájem o dítě, stejně jako neodsuzujeme ostatní klienty za to, že jsou závislí a berou drogy. Má to jeden prostý důvod: nikomu tím nepomůžeme.“ (Preslová, 2009). Matky uživatelky jsou ze strany společnosti vnímány negativně a s velkou dávkou nedůvěry, a to i v případě, že se taková matka rozhodne svou situaci řešit a o dítě pečovat. I tak je vystavena každodenní kritice a kontrole ze strany svých blízkých, sociálních pracovníků či zdravotníků. Na psychickém stavu ženy se tento neustálý nátlak podepíše v podobě pocitů viny a nezdaru, zda je schopna svoji roli matky zvládnout. Tato nedůvěra v sebe samu bývá často překážkou pro vymanění se ze své minulosti a zařazení se zpět do tzv. normální společnosti. Preslová (2015) také říká: „Nepamatuju si uživatelku, která by si věřila, že je dobrá matka. Ony se bojí, že to nezvládnou, nezvládnou ten stres a často na něj nejsou ani vybavení a z péče o dítě utíkají.“

V populaci problémových uživatelů v Evropě se poměr mezi muži a ženami odhaduje na 2:1, v léčbě pak 4:1. Zaměříme-li se na hodnocení úspěšnosti a výsledky léčby, jsou na tom ženy srovnatelně jako muži. Co se psychických problémů týká, udávají ženy uživatelky dvakrát vyšší míru depresivity než muži. Také je jejich subjektivní prožívání despresivnější a úzkostnější než u mužů (Kotková, 2009 in Kalina, 2015). U ženské klientely se také setkáváme s prostitucí, a to ať přímou nebo nepřímou (tím, že se chovají účelově) a jsou to zajisté témata, která by se měla otevírat během léčby. Velmi častý jev, se kterým se setkáváme v léčbě závislých klientek, je určitá neúcta ke svému tělu a ženství. Těmto ženám také chybí dovednost navazovat zdravé a bezpečné vztahy (Kutálková, 2009 in Kalina, 2015).

Vhodné předpoklady

Tato podkapitola stručně shrnuje potřeby dětí, jež se narodily do dysfunkční rodiny se závislostním chováním. Obecně vzato, každé dítě potřebuje pro svůj prospěch a kvalitní vývoj podněty pro růst v různé míře a četnosti. Je nutné jej stimulovat nejprve v pohybu, posléze v řeči atp. Pro tyto procesy je nesmírně důležité rodičovské hodnocení, protože to vytváří budoucí obraz sebe samého. Vhodným předpokladem pro dobrý vývoj psychiky dítěte je tedy adekvátní stimulace a následná pozornost k výtvorům, výsledkům, pokrokům. Rodina by ovšem měla v první řadě konstantně poskytovat jistotu a bezpečí jako základ pro důvěru ve vztazích s okolím a sebeúctu. Dítě potřebuje zažívat pocit, že je pro někoho významné, důležité, aby bylo schopné pěstovat podobné vazby k ostatním a svět se pro něho stal bezpečným místem (Vágnerová, 2004). Neméně důležitý je způsob, jak se rodič staví k výzvám. Je-li schopen dítě podporovat, povzbuzovat a doslova jej při osahávání nových věcí držet za ruku, taktéž podněcuje důvěru a sebedůvěru. Zároveň tak pomáhá dítěti naplňovat svá očekávání a dává mu pocítit, že je milované ať tak, či tak. Ideálem a nejvhodnějším modelem k nápodobě by samozřejmě měli být sami rodiče.

Nevhodné předpoklady

Výchovné zanedbávání, jak píše Vágnerová (2004) se s léty projevuje v neschopnosti srovnat se s vrstevníky, neboť podněty, které dítě zná z dysfunkční rodiny, respektive, které nezná, jsou velmi odlišné od těch, se kterými se skrze vrstevníky nově setkává. Také netečnost a omezené nebo negativní hodnocení rodiči zavdává patologickému sebepojetí, které může mít za důsledek budoucí problematické směřování. To vše napomáhá k chápání světa jako nebezpečného místa. Emocionálně nedosažitelní rodiče dítěti kvazi vysílají zprávu o jeho nezajímavosti, postradatelnosti a budují v něm nedůvěru vůči všemu, včetně sebe na prvním místě. Neposkytují ani ochranu před světem, který bývá v dětských očích mnohdy nebezpečný. Z neschopnosti pečujících osob podívat se na svět dětskýma očima, potažmo nepodáním pomocné ruky ve chvílích, kdy dítě samo nezvládá situaci a vyhodnocuje ji jako hrozbu, pramení pocit celkového ohrožení. Takové děti často unikají do agrese, aby se takovým podmínkám bránily. Mnohé pečující osoby si také neuvědomují, že uchylováním k zákazům a příkazům namísto podpory a přítomnosti dávají svému dítěti najevo podceňování a pochybnosti o něm. I proto se rozkazování ukazuje jako velmi neefektivní, neboť děti ve snaze dokázat pečující osobě, že na to mají, budou tutéž činnost opakovat, dokud se nezraní, nebo se jim to nepodaří. Toto si lze dobře představit na příkladu šplhání po stromech a variovat podle rodičovského zájmu/ nezájmu.

Podle výzkumu předpokladů k plnění rodičovské role (Culbertson a Schellenbach in Vágnerová, 2004) usuzujeme, že existují vlastnosti zvyšující riziko špatného zacházení s dítětem. Mezi nimi:

- *Nedostatky v sociální orientaci, omezená schopnost empatie, neporozumění potřebám jiného člověka, rigidita, osamělost a problémy v mezilidských vztazích*
- *Problematické sebehodnocení, nízká sebeúcta, nespokojenost s rodičovskou rolí*
- *Rizikové chování, které se projevuje nedostatečnou sebekontrolou a nízkým sebeovládáním, impulzivitou a potřebou projevit negativní city*
- *Špatná zkušenost z vlastního dětství: 70 % lidí, s nimiž v dětství rodiče nezacházeli přiměřeným způsobem, mělo sklon chovat se podobně (Vágnerová 2004, str. 592)*

5. Pocity viny a studu

Hartl a Hartlová (2015) v psychologickém pojem „vina“ neuvádí. Popisují „pocit viny“ jako „subjektivně prožívané přesvědčení vztahující se k minulosti, v němž si jedinec myslí, někdy i nesprávně, že něco zavinil; trpí výčitkami svědomí a očekává trest.“ Jaspers (2006) rozděluje vinu jako fenomén do 4 kategorií. Jednou z nich je tzv. morální vina, a tu charakterizuje jako vinu vlastního já před vlastním svědomím. O vině pojednává jako o zcela subjektivním prožívání, tudíž považuje za problematické, aby svědomí v člověku probudil někdo druhý. Stejně tak problematické je její pochopení.

Slovník analytické psychologie (2006) popisuje, jak pocit viny vzniká. Děje se tak na základě intra / interpersonálního porušení norem, ať lidských, etických, morálních, nebo těch, které udává konkrétní víra – tedy religiózních (Muller & Muller, 2006, str. 267). Vina se mění ve stud ve chvíli, kdy o takovém pochybení vědí a všimají si i další lidé. Autoři uvádějí, že průvodní emoci u pocitu viny je zlost. Je-li to zlost adresovaná vlastní osobě, může působit k sebezpečenosti a rozvoji. Napomáhá vědomí „my“ na poli zodpovědného sociálního soužití. Pokud se osobě, jež pociťuje vinu, nepodaří zlost elokovat (např. formou odpuštění), může se uchýlovat k nesobeckým reakcím ve smyslu sebeobětování. To bývá posíleno velkým strachem, je proto žádoucí nalézt mezi těmito emocemi rovnováhu. Fenomén výčitek svědomí popisují tamtéž: „*Pocity viny provázejí fantazie potrestání, zahanbení, a proto úzce souvisí s fantaziemi ohrožení. Instance, která zastupuje normy (kolektivní vědomí, nadjá), trestá já, které je ochromeno strachem.*“ (Muller & Muller, 2006, str. 267). V otázce rodičovství se pocit viny objevuje ve spojitosti s přehnanými, nebo nulovými požadavky a bývá v obou směrech významně silný (Neuman in Muller & Muller, 2006).

Studie zabývající se vyvážením mateřství a drogové závislosti (Ballancing Motherhood and Drug Addiction) z roku 2013 zkoumá přechod do rodičovské role s 24 matkami ve věku 25-41 let, společně s jejich dětmi až do věku 32 měsíců. Na základě polostrukturovaných rozhovorů a následné analýzy zakotvenou teorií vyvozuje, že důležitým pocitem matek vůči mateřství je ambivalence. Na základě této nejednoznačnosti vůči mateřství vs. návykovým látkám cítí velké pocity viny. S touto ambivalencí se jejich

mateřská role většinou omezuje na funkčnost, s nedostatkem ochoty k jiným podnětům, jako je mluvení s dítětem, hra atd. (Silva, S. A., Pires, A. P., Guerreiro, C., & Cardoso, A. 2013). Joanne T. Ehrminová (2001) rovněž zkoumala nevyřešené pocity viny v mateřské roli žen, které v počátcích mateřství užívaly drogy. Našla 3 klíčové vzorce, které souvisejí s hodnotami a přesvědčením matek. Za prvé se matky stále vracely k době své závislosti a vnímaly své mateřství v té době jako špatné - intenzivně zraňující děti. Druhým nalezeným vzorcem byly pocity viny ze ztráty sebekontroly v době zneužívání drog. Posledním vzorcem byly výčitky svědomí za to, že matky s dětmi netrávily v době závislosti na drogách dostatek času. Tato přesvědčení v nich vyvolávala intenzivní emocionální bolest.

McGaffin ve své studii (2013) obecně uvádí že lidé s problémy s drogami a alkoholem často pociťují pocity studu a viny. Ty pak bývají spojené s horším zotavováním. Opuštění má potenciál tyto negativní zkušenosti omezit. Lund ve své studii (2017) zkoumá pomocí dvakrát opakovaných rozhovorů s 21 bývalými uživateli drog to, jak se jejich spiritualita, potažmo cesta k ní zasloužila o eliminaci pocitu viny a studu skrze odpuštění. Tyto sebevědomé emoce považuje z části za konstrukty sociokulturního tlaku a dalším kulturním nástrojem, jímž je víra, s nimi pracuje k uzdravení.

6. Výchovné styly

„Výchovné styly jsou způsoby výchovy, které odráží vzájemný vztah vychovatele a vychovávaného. Způsob výchovy, jaký si rodiče zvolí, je ovlivněn řadou faktorů, jako jsou vlastnosti a zkušenosti rodičů, doba, rodina, v jaké vyrůstali, výchovné tradice země, kulturní, ekonomické tradice, aj.“ (Čábalová In Blažková, 2013, s. 37). Čáp (1996, str. 135) uvádí následující: *„Způsob výchovy znamená celkovou interakci a komunikace dospělých (matky, otce, učitele, rodiny, školy atd.) s dítětem. Projevuje se volbou a způsobem užití výchovných prostředků, postupů a metod, tomu odpovídajícím prožíváním a chováním dítěte, které opět ovlivňuje prožívání a chování dospělého. Způsob výchovy vyjadřuje to podstatné ve výchově, co ovlivňuje volbu dílčích prostředků a postupů.“* Matějček (2000), jakožto další z odborníků v oblasti výchovy a dětské psychologie, se ve svých publikacích, mimo jiné, věnuje postojům a připravenosti na roli rodiče. Na otázku kdy se tyto postoje vytvářejí a kde se berou, podává několik odpovědí. Významným obdobím pro jejich utváření je poslední fáze těhotenství, kdy matka vnímá plod v břiše jako zcela konkrétní dítě a připravuje se na jeho příchod. Podnětný prostor vzniká samozřejmě v samotném soužití s narozeným a vyvíjejícím se dítětem. Ovšem nejdůležitější a podle Matějčka nejméně uvědomované je to, že rodičovské postoje má ukotvené každý v sobě již dlouho před příchodem dítěte na svět a pocházejí z vlastních rodin. Dále polemizuje o tom, jak jsou rodičovské postoje formovány věkem a říká: *„tak jako některé dítě není v šesti letech ještě zralé pro vstup do školy, tak jsou někteří lidé nezralí pro vstup do manželství a do rodičovské role.“* (Matějček, 2000, str.11). V praxi léčby závislosti se často setkáváme právě s velmi mladými rodičkami, kde příchod dítěte na svět nebyl plánovaný a stejně jako u mladých rodičů bez závislostních problémů se zde projevuje chabá schopnost přijetí odpovědnosti za někoho druhého.

Vyzdvihuje tedy pozitivní ráz plánovaného těhotenství, kdy dítě bude s největší pravděpodobností od počátku vnímáno kladně a vřele.

Pro dítě je stěžejní mít v životě „své lidi“. Matějček s odkazem na studie ústavních dětí udává, že není důležité, zda jsou to přímo rodiče, či lidé jinak pokrevně spjatí. Jsou to osoby rodičovsky se k dítěti vztahující. V případě absence rodičů dítě přejímá právě postoje, styly a hodnoty od člověka, ke kterému má nejbliže.

Výchovné styly můžeme bez opory konkrétních modelů rozdělit na ty, které jsou považovány za optimální a za nevhodné. Kýženým efektem výchovy je bezpochyby vzájemné porozumění mezi dětmi a rodiči za použití přiměřeného řízení, přátelskost a demokracie bez nadměrného užívání trestů. Matějček (1994) jmenuje několik forem rodičovského vedení s doporučením vyvarovat se jim. V první řadě popisuje výchovu **rozmazlující**, která nese důsledky jako nemožnost osamostatnění. Dítě se nenaučí samo se o věci zasloužit, obstarat se, pokusit se řešit vzniklé situace. Tyto děti velmi těžce snášejí kritiku a v dospělém životě se můžeme obávat ztíženého uplatnění. Rodiče, které své děti **nadměrně ochraňují**, hlídají a nedávají jim volnost, ve strachu, aby si neublížily, podobně jako rodiče, které své děti zanedbávají, nezvolili optimální výchovný styl a svým dětem tím spíše škodí. V případě **zanedbávající** výchovy nejsou na dítě kladeny velké nároky a komunikace směrem k dítěti není srozumitelná, odpovídající. Matějček uvádí, že právě tento styl výchovy je často doprovázen patologickými jevy v rodinách. V protikladu stojí rodiny, které mají od svých dětí očekávání přehnaná a jejich výchova by se dala nazvat **perfekcionistickou**. Tím, že děti ale nejsou vždy schopné v daném čase a s danými vlohami splnit tato přemrštěná očekávání, jsou trestané, stávají se zavrhanými a jejich sebedůvěra je podlomená. Obdobně působí styl **zavrhující**, kde jako by pro dítě v rodině nebylo místo. Čáp (1996) optimisticky uvádí, že byť jsou styly, které rodiče uplatňují, poněkud stálou záležitostí, jejich změna není nemožná. Ke změně může dojít ruku v ruce se změnou okolností v rodině, vhodnými intervencemi, s dopomocí nebo s přibývajícím věkem.

Jedním z nejznámějších vymezení stylů určil Lewin (1939) a to: **autokratický, liberální, integrační, demokratický**. Tyto styly ovšem neintegrují otázku emočního postoje vychovatelů k dětem, což bylo Lewinovým následovníky považováno za významnou proměnnou. Na styl řízení se začalo nahlížet optikou emočního pouta a z toho byly odvozeny například souvislosti s volbou, kladením a následnou kontrolou splnění nároků na dítě. Dimenze řízení a emočního vztahu v interakci byly rozpracovány v tzv. model čtyř stylů výchovy (Martin, 1983). V České republice možno jmenovat Čápa, který podobně pojal svůj model devíti polí způsobu výchovy (Čáp, 1996).

Model čtyř stylů výchovy

Zastřešující determinantou tohoto modelu je postoj k dítěti rozlišený mezi **odmítající** a **akceptující**. V kombinaci odmítajících rodičů, kteří kladou na své dítě velké nároky a přísně kontrolují jejich plnění, nazýváme tento styl **autoritářským**. Tito rodiče nerespektují potřeby a přání dítěte, požadují od něho dobré výsledky bez nabídky pomoci a pochopení individuálních limitujících charakteristik. Rodiče, kteří sice kladou na své děti velké

požadavky, ale s akceptujícím emočním laděním, podporují přes těžké úkoly své děti v jejich plnění, pomáhají jim docílit vyžadované a respektují své děti v jejich přáních a možnostech pracují tzv. **autoritativně vzájemným stylem**. Naopak rodiče, kteří po svých dětech nic nevyžadují, kladou na ně nulové nároky, a ještě zastávají odmítající postoj vydávají dítěti signály naprostého nezájmu, lhostejnosti, zamítání. To nazýváme **zanedbávajícím stylem**. S akceptujícím přístupem se nenáročnost a malá kontrola mění v sice **shovívavý**, ale bezhraniční **styl**.

Tabulka č. 1: Model čtyř stylů výchovy

RODIČE	ODMÍTAJÍCÍ	AKCEPTUJÍCÍ
NÁROČNÍ A KONTROLUJÍCÍ	AUTORITÁŘSKÝ STYL	AUTORITATIVNÉ VZÁJEMNÝ STYL
NENÁROČNÍ NEKONTROLUJÍCÍ	ZANEDBÁVAJÍCÍ STYL	SHOVÍVAVÝ STYL

Model devíti polí způsobu výchovy v rodině

Tabulka č. 2.: Model devíti polí způsobu výchovy v rodině

EMOČNÍ VZTAH	VÝCHOVNÉ ŘÍZENÍ			
	SILNÉ	STŘEDNÍ	SLABÉ	ROZPORNÉ
ZÁPORNÝ	1		2	3
ZÁPORNĚKLADNÝ	9			
KLADNÝ	4	5	6	7
EXTRÉMNĚ KLADNÝ			8	

- 1) V souvislostech tohoto pole spatřujeme charakteristiky **autokratického** stylu, který je specifický silným řízením, záporným emočním vkladem. Výchova je přísná, na potřeby a přání dítěte není brán zřetel, naopak je zahrnováno množstvím úkolů a požadavků.
- 2) Odpovídá **liberálnímu** stylu, kde se neobjevují požadavky, potažmo hranice a zájem o dítě spíše absentuje.
- 3) Spojení chladné vazby s rozporným řízením, tj. množství požadavků, ale i volnosti vytváří **nečitelné** a spíše nepříznivé podmínky pro vývoj dítěte a vztahů jako takových.
- 4) **Přísná**, zároveň **laskavá** výchova, kdy plnění kladených požadavků je samotným rodičem podporováno s ohledem na přání a možnosti dítěte.
- 5) Jednoznačné **přijímání** dítěte, vhodné řízení a kontrola, **porozumění**.
- 6) Toto pole vyznačuje pozitivní citové vazby, laskavost ve výchově, avšak **bez** vhodného vymezování a důsledného **hraničení**.
- 7) Zde kladný emoční vztah vyvažuje nedostatek podnětů, požadavků, případně jejich nedůslednou kontrolu. Jedná se o **rozpornou výchovu**.

- 8) Extrémně kladný emoční vztah s benevolentním dodržováním hranic a norem ústí v tzv. **kamarádský vztah**. Požadavky jsou srozumitelné, dítě je přijímá, plní na základě pocitu bezpodmínečného přijetí svými vychovateli na oplátku podporující rodině.
- 9) Pole vymezující emočně ambivalentní, tudíž **nečitelnou** a rozporuplnou **výchovu**.

Výsledky studií u Čápa (2001) obdobně s praxí ukazují, že největší ovoce přináší střední výchovné řízení. U dětí se vyvíjí svědomitost, cílevědomost s podporou vhodného sebezpojetí a stabilitou osobnosti. Záporný emoční vztah v kombinaci s rozporným, nebo silným řízením ústí v labilitu dětí, nedostatkem vytrvalosti, svědomitosti, s narušeným sebehodnocením. Do těchto zkoumaných procesů ovšem vstupují různé individuální veličiny a každý z jmenovaných výchovných stylů v sobě může nést i nejmenované výhody, či úskalí. Do procesu výchovy vstupují s věkem dítěte také další referenční osoby, které mohou kompenzujícími účinky příznivě ovlivnit jejich vývoj.

6.2. Bowlby a Attachment

Neboli také teorie přimknutí, dle anglického překladu ang.výrazu *attachment-připoutání, vazba*. John Bowlby byl pro zkoumání raných vazeb mezi matkou a dítětem inspirován setkáním s maladaptivními chlapci, posléze analýzou příběhů 44 mladistvých zlodějů (Fonagy & Target, 2005). Společné pro ně bylo velmi brzké odtržení od vlastních matek, což Bowlby plošně považuje za silný prekurzor vzniku duševních poruch. Na základě dalších a dalších pozorování v práci se separovanými dětmi vyvodil, přes nepřízeň stran kolegů, že děti reagují na odloučení ve třech fázích, jimiž jsou **protest** → **zoufalství** → **lhostejnost**. Za přímé důsledky považuje částečnou, nebo celkovou deprivaci a do nich pak zasazuje možné vypozařované interakce, jako například: přehnanou potřebu lásky a pomsty, provinilost a depresi, netečnost, tichou nereaktivnost, retardaci ve vývoji atp. (Fonagy & Target, 2005). „*Protest začíná, když dítě vnímá hrozbu odloučení. Projevuje se pláčem, zlostí, pokusy o útěk a hledání rodiče. Trvá až týden a bývá intenzivnější v noci. Po protestu následuje zoufalství. Pohyb ustává, pláč je přerušovaný, dítě působí smutně, odtahuje se od kontaktu, je pravděpodobnější, že se bude chovat hostilně k jinému dítěti, či oblíbenému objektu přinesenému z domova a zjevně vstupuje do fáze truchlení po ztrátě postavy, která byla objektem přimknutí* (Bowlby in Fonagy & Target, 2005). *Poslední fáze lhostejnosti se projevuje více či méně úplným návratem sociability. Dítě už neodmítá pokusy druhých dospělých, kteří mu nabízejí péči, ale pokud dospěje do tohoto stádia, bude se při shledání s pečující osobou chovat nápadně abnormálně* (Fonagy & Target, 2005, str.237).

Mary Ainsworth, jakožto velká průkopnice teorie přimknutí, vyvíjí pro práci s kojenci tzv. Strange Situation Test¹⁰ jehož základem je krátké odloučení kojence od svého pečovatele v neznámé situaci. Na základě reakcí podrobených kojenců vyvozuje čtyři vzorce attachmentu s jejich charakteristickými projevy, které jsou v knize Fonagyho & Target (2005) popsány. Jedinci, kteří se v přítomnosti primární pečující osoby chovají zvědavě a se změnou pečovatele začínají být úzkostní a vyhýbaví, vykazují podle Ainsworthové **jisté**,

¹⁰ Test neznámých situací

bezpečné přimknutí. Usuzovat na tento typ lze i na základě toho, že dítě k matce přimyká bezprostředně po jejím návratu, nechá se ukonejšit a vrací se do původní polohy – zvědavého kojence. Toto chování se zakládá na dobrém prožitku z citlivých mateřských interakcí a schopnosti stabilizovat tíživé emoce, se kterými si kojeneček neumí poradit (Fonagy & Target, 2005).

Kojenci, jejichž reakce na tyto dvě situace jsou plošší a méně výrazné, ve smyslu nevelkého rozladu a nezájmu na ukonejšení, zasazuje do ranku **úzkostného a vyhýbavého přimknutí.** Ainsworthová usuzuje, že tyto děti nezažily adekvátní pomoc s ohrožujícími emocemi a spíše mají zkušenost s rušivou rodičovskou péčí. Proto přehnaně regulují svůj afekt a vyhýbají se tak pocitům tísně. Jednoduše si to nepřipustí (Fonagy & Target, 2005).

Děti, které jsou vlivem krátkého odloučení velmi sklíčené a ani po návratu pečující osoby je lze jen obtížně uklidnit, vykazují **přimknutí úzkostné, rezistentní.** Je pro ně také specifická malá zvědavost a hravost. Bývají vzpurné a velmi plačtivé. Úzkost a zlost, kterou pociťují, jim zabraňuje v klidu. Svůj afekt regulují jen velmi málo v domnění, že se „dovolají pomoci“ (Fonagy & Target, 2005).

Poslední skupinou jsou kojenci s **dezorganizovaným, dezorientovaným přimknutím,** kteří prožívají silné konfliktní motivace kvůli pečující osobě, která je pro ně spíše zdrojem strachu. Vlivem toho, že zde ale pečující osoba také funguje zdrojem uklidnění, jsou tyto děti zmatené, zamrzají v pohybu a všechny jejich fyzické projevy značí, že chtějí uniknout z dané situace, a to i v přítomnosti pečující osoby. (Fonagy & Target, 2005)

6.3. Klein a Splitting

Melanie Klein se věnovala rozpracování Freudových popisů ega a superega s obohacením o pohled na vztah dítěte s pečující osobou. Její psychoanalytici předchůdci se domnívali, že děti nemají dostatečně vyvinutou osobnost na to, aby byly zkoumatelné. Kleinová nahlížela do dětské mysli a nevědomí sledováním toho, jak si hrají. Snažila se pochopit, jak se z kojence, ovlivněného svými primitivními pudy a impulzivitou, stává stále dospělejší jedinec. Pokusila se rozklíčovat, co a jak se může ve vývoji pokazit a zavdat neurotickým projevům v dospělosti. Novorozence vidí jako bezmocného jedince, zcela odkázaného na dospělou osobu, který nemůže plně porozumět tomu, co se kolem něho děje, kdo a jací jsou lidé, jež ho obklopují. Ani matku z počátku nevnímá v pravém slova smyslu, nýbrž jako pár ňader, která se objevují a mizí s nepředvídatelnou náhodností. Vztah k takové osobě se tedy zužuje na bolestný prožitek z nepřítomnosti prsu a prožitek intenzivního potěšení, pokud je přítomno. Prs, který je k dispozici, se stává zdrojem klidu a uspokojení, evokuje v kojenci pocity pohody, něhy a vděčnosti (emoce asociující s dospělou zamilovaností). V případě, že prs z nějakého důvodu není dosažitelný, kojeneček nejen že hladoví, ale je vyděšený, zuří a stává se pomstychtivým. To je podle Kleinové způsob, jakým si již v takto raném věku dítě osvojuje obranné mechanismy k odbourání úzkostí. Matku tedy dočasně rozlišujeme na dobrý a zlý prs. Ten zlý je nenáviděn, kojeneček jej kouše,

zdánlivě jej chce zničit. Dobrý prs je oceňován v laskavém slova smyslu podobnou měrou. Jedná se o jakési rozštěpení neboli splitting. V případě, že vývoj pokračuje zdravě, rozštěpení se zhojí a dítě pochopí, že neexistuje žádné dobré, ani zlé ňadro, ale že obě náleží matce, která je, jakožto každá osobnost, směsicí negativ i pozitiv. Zdrojem potěšení i zklamání, radosti i utrpení. Naučí se tak vnímat ambivalenci světa, což je podle Kleinové velkým úspěchem v psychickém vývoji osobnosti. Podaří-li se dítěti pochopit a do života si odnést schopnost vnímání ambivalence, toho, že není vše výhradně dobré, nebo zlé, zasazuje jej Kleinová do tzv. **Depresivní pozice**. Pochopí, že matka, potažmo lidé, jako takoví, nemůže být obviňována z každé překážky, protože nic není bezchybné a nikdy nebude. Věci kolem nás jsou komplikované, provokativní, dobré i zlé. Kleinová tedy například dětské zamyšlené pohledy přisuzuje dumání nad složitostmi dospěláckého světa. Na druhou stranu děti, které uvíznou ve fázi primitivního splittingu (prs dobrý nebo zlý/ svět dobrý nebo zlý), zasazuje do tzv. **paranoidně – schizoidní** pozice. Tyto děti mívají v životě problémy s přijetím nejjemnější ambivalence, budou vše kolem sebe silně polarizovat. Naučí se buďto milovat, nebo nenávidět. Idealizovat své okolí, nebo se stavět do role obětních beránek. Jejich vztahy bývají naplněné až násilnou láskou, načež v momentě nevyhnutelného zklamání náhle přepnou a nebudou již schopné cokoli cítit. Do života si vnáší impulzivitu k dělení lidí podle užitku, spíše než schopnost vidět a respektovat mnohotvárné podstaty každého z nás.¹¹

Projektivní identifikace je obranný mechanismus, při kterém je člověk veden až manipulován k tomu, aby se částečně, nebo úplně zidentifikoval s projekcí druhého člověka. Projikující osoba manipuluje s osobou sloužící jako projekční plocha tak, jako by byly identické. Ta se instinktivně brání, snaží se projekci kontrolovat a napadat (Muller & Muller, 2006).

Právě koncept projektivní identifikace pomáhá porozumět komunikaci mezi nemluvnětem a mateřským objektem. Podle Kleinové se jedná o nevědomou infantilní fantazii, že matka a dítě jsou jedno. Pocit omnipotence vyplývá z odštěpení vlastních segmentů ega a následného přisouzení mateřské postavě. Například tedy vlastní pocity vzteku a studu adresuje matce s vírou v to, že jsou její. Matka musí být schopna tento proces dobře uchopit a nevnímat jej jako manipulaci, schválnost. Měla by si být dobře vědoma toho, že její dítě si se všemi vjemy neví zatím dostatečně rady na to, aby je zvládlo samo zpracovat (Fonagy & Target, 2005).

6.4. Bion a Containment

Wilfred Bion figuruje v teorii projektivní identifikace jako ten, kdo rozpoznal, že se nejedná o dětskou fantazii ani obranný mechanismus, nýbrž o intrapersonální proces, jímž se dětské self zbavuje trýznivých pocitů tím, že je evokuje v druhém. Příjemce musí být vybaven takovou zkušeností, aby byl schopen dítěti pomoci zpracovat tyto negativní pocity.

¹¹Překlad: https://www.youtube.com/watch?v=HU3iSW6WTo8&feature=youtu.be&fbclid=IwAR1-lvyJViazB8OJjyX7di47tEqAG-D38_X2B0IgmMalnbhE-8jVTdqXOK

Tím se vysvětluje že projektivní identifikace slouží v určitém období jako komunikační prostředek. (Fonagy & Target, 2005)

Jeho teorie **Containmentu** se zakládá na tom, že dítě, které není v daném stádiu vývoje schopno absorbovat všechny své intenzivní zkušenosti, poradit si s tenzí, potřebuje dobře vybavenou mateřskou osobu, která je přijme do svého **Containeru** a negativní významy zpracuje tak, aby se s nimi nemluvně mohlo vyrovnat. V praxi se jedná například o schopnost konejšit své dítě. Tím může svou pečující osobu internalizovat jako objekt schopný snést jeho úzkost. V opačném případě se z projektivní identifikace stává patogenní proces, kdy je dítě zahlceno pocitem osamění v tíživé situaci a je takřka nuceně popírat realitu. Jinými slovy, matka ukazuje dítěti, jak se lze v životě vypořádávat se situacemi. Musí proto disponovat schopností tak činit, aniž by ji zahlcovaly. V tomto období také svými reakcemi prokazuje respekt k budujícím se psychickým stavům svého dítěte. (Fonagy & Target, 2005)

7. Zátěžové situace

Zátěžovou situací můžeme rozumět disproporcii mezi vlastními kompetencemi a požadavky dané situace. Jedná se o situace, které kladou na jedince vyšší nároky na mobilizaci sil pro jejich zvládnutí. Zátěží, nebo také náročnou složkou těchto situací je, že v nás vyvolává zátěž, stres a duševní nepohodu. Řadíme mezi ně především změny, selhání, životní zkoušky, ale také nepředvídatelné zásahy vyšší moci, jako například úmrtí. Míra odolnosti vůči stresu a zátěži (která na rozdíl od stresu není považována za škodlivý stav) je individuální. Nepřiměřenost a četnost expozice zátěžovým situacím může u jedince vést k poruchám a onemocněním (Urbanovská, 2010). Vágnerová (2004) hovoří o pozitivních pro vývoj osobnosti, které mohou náročné životní situace přinášet, stejně jako o rizicích vzniku psychických poruch.

7.1. Frustrace

Podle Hartla (1994) se jedná o důsledek nemožnosti naplnění potřeb, nebo uplatnění vlastní svobody, která v mnoha případech vede u dětí k regresi, neboli návratu do takové fáze vývoje, kterou již překonalo. Mezi další dopady řadí dětskou fixaci na činnosti, předměty, která snižuje úzkost. Jak píše Vágnerová (2004), frustrace je „*neočekávaná ztráta naděje na uspokojení. To vyvolává prožitek zklamání a stimuluje reakce na vyrovnání nepříznivé bilance.*“ (Vágnerová, 2004, str. 48). Dále pak jmenuje omezení pozitivních očekávání, jakožto jednu z možných obranných reakcí na neuspokojování potřeb. Užívá k tomu úsloví „*pokud člověk nic dobrého nečeká, nebývá zklamán*“. Pozitivnějšími postupy k překonání frustrace mohou být např.: odložení uspokojení, posílení vytrvalosti a úsilí, změna motivace. Frustrace přichází ve všech obdobích života z vnějšího okolí, ale její zdroj nacházíme i sami v sobě, především pak přemrštěnými cíly, nedůvěrou v sebe sama. Mezi vnější vlivy řadíme reakce blízkých lidí, překážky, absenci zdroje uspokojení potřeb aj. (Nakonečný, 1995). Atkinsonová et.al. (1995) popisuje tzv. hypotézu **frustrace – agrese**, popisující proces poté, co dítě zažije frustraci. Pociťuje vztek a má tendenci chovat se

agresivně. Ten, kdo dítěti zamezí dosažení cíle se stává terčem pro tyto pocity, což můžeme vidět například v dětské hře. Situace, kdy je frustrace neadresovatelná a dítě neví, odkud tyto pocity pramení, nebo mu něco brání v přímém útoku, často končí agresivním chováním k zástupnému předmětu. U dětí můžeme někdy pozorovat agresivní výstupy směrem ke zvířatům, zvláštní formu hry s hračkami atp. Příkladem může posloužit frustrované dítě, které ve vzteku na matku ničí dárky, které od ní dostalo (Atkinsonová, Atkinson, Smith, Bem, & Nolen-Hoeksema, 1995).

7.2. Konflikt

Podobně jako zdroje frustrace rozlišujeme konflikty na interpersonální a intrapersonální. Vždy se jedná o střet, v prvním případě možný střet protikladných tendencí, zájmů, v druhém případě o srážku psychických obsahů (Muller & Muller, 2006). Autoři uvádějí, že vnitřní konflikty mohou představovat externalizované vnitřní konflikty a o těch nevědomých hovoří jako o možných příčinách vzniku neuróz. Také Hartl (1994) uvádí, že neřešitelné a protahované konfliktní situace neblaze ovlivňují naše duševní zdraví. Vágnerová (2004) rozšiřuje o příklad významného vnitřního konfliktu jakožto prekurzoru psychosomatických potíží, jímž může být například přání týraného dítěte vyhnout se bolesti. Mimo jiné řadí Frustrace i Konflikty mezi tzv. denní mrzutosti, které nemají žádné negativní dopady na lidskou psychiku, v případě, že jich není nakumulováno více a není jim jedinec vystavován dlouhodobě (Vágnerová, 2004).

7.3. Stres

Psychologie definuje stres, jako stav nadměrného zatížení či ohrožení (Vágnerová, 2004, str. 50). Mezi průvodní znaky Vágnerová (2004) podle Atkinsonové řadí pocit, že situaci nemůže ovlivnit. Opačný pohled na věc vždy u daného jedince míru stresu snižuje. Dále jmenuje nemožnost se na takovou situaci připravit, neboť nelze dobře předpovědět, kdy se vyskytne. Třetím charakteristickým pocitem je nezvládnutelnost. Příkladem vhodným pro tuto práci uvádí: „ *Dítě trpí nevhodným chováním otce – alkoholika, ale zároveň by rádo získalo jeho lásku.* “ (Vágnerová, 2004, str. 50). Základním rysem stresu je také požadavek na mnoho změn, které nabourávají naše zvyklosti, mohou se zasadit o pocit dezorientace.

7.4. Trauma

Hartl (1994) definuje jako „*duševní úraz, který má za následek funkční poruchy, někdy i organické změny, buď jednorázové (smrt blízké osoby, znásilnění), nebo drobnější ale opakující se (rodinné hádky...), vedoucí k traumatizaci.*“ (Hartl, 1994, str. 213). Psychoanalytické pojetí traumatu podává rozsáhlejší ukotvení: „ *Trauma je následkem takových okolností, kdy je člověk uvězněn v ohrožující situaci, která překračuje individuální možnosti zvládnání a je provázena intenzivním prožitkem bezmoci a pocitem, že je člověk vydán na milost a nemilost. To vyvolá trvalý otřes v pojetí sebe a světa, kdy oběť považuje vnucenou bezmoc za vlastní selhání a za reprezentativní situaci.* “ (Muller & Muller, 2006

str. 427). Za trauma považujeme situaci, která vznikla náhle a prvotní reakcí na ni je šok (Vágnerová, 2004). Cairnssová (2013) u dětí, které prožily v raném stadiu vývoje nějakou traumatickou zkušenost, poukazuje na **posttraumatický syndrom** v podobě nadměrného trvalého rozrušení. Píše, že se jedná o trvalý stav spojený s mnoha somatickými příznaky a odráží se ve fungování organismu. U malých dětí můžeme například pozorovat vysoký krevní tlak, změny v procesu trávení, nebo vzrůstající napětí dlouhých svalů, což jsou procesy a orgány, které jsou funkční v boji o přežití. „ *S posttraumatickou poruchou souvisí zneužívání látek, násilí a interpersonální problémy. Ve studii 713 mužů, kteří sloužili ve Vietnamu, 16 % uvedlo, že mají problémy vyplývající z pití alkoholu, opíjejí se do bezvědomí.* “ (Atkinsonová, Atkinson, Smith, Bem, & Nolen-Hoeksema, 1995, str.594).

7.5. Krize

Krize lze chápat jako mezníky, které nás provázejí životem od narození do smrti. V kritických fázích jsme konfrontováni s novými situacemi a učíme se je chápat, překonávat, zvládat. Právě vyvedení z rovnováhy, které v případě nedostačujících možností ke zvládnutí nás do krize vtahují. V životě ovšem zakoušíme i ryze osobní krize, a to vývojové, osobnostní, vztahové, existenciální (Muller & Muller, 2006). Typickým znakem je selhání adaptačních mechanismů, narušení psychické rovnováhy a nutkání ke změně a můžeme jí rozumět jako vyvrcholení stresové situace, potažmo ukazatel, že naše copingové strategie nejsou dostačující (Vágnerová, 2004). Krize může mít pozitivní význam, pokud dobře uchopíme směr změny tohoto stavu. Lidé se ale podle Vágnerové uchylují k jejímu řešení právě úniku pomocí účinků psychoaktivních látek, což jen vede k dalším problémům.

7.6. Deprivace

Příčinou deprivace je dlouhodobé neuspokojování základních potřeb. Významným druhem je citová deprivace, kdy není uspokojena základní lidská potřeba lásky a jistoty, ale také např. deprivace biologická bez dosažitelnosti naplnění biologických potřeb (Hartl, 1994). Podle Vágnerové (2004) se jedná o nejzávažnější zátěžový vliv, který má v každém období psychického vývoje významné negativní dopady na lidskou psychiku. Dalšími druhy deprivace (např. podnětovou, sociální) mohou být postiženy děti z nevhodných rodinných podmínek, zanedbávané a týrané, opomíjené aj. Dopady jsou závažné, obzvláště pak v raném věku (Vágnerová, 2004). O důsledcích deprivace v dětském věku píše Herentin (2017). „*U dětí předškolního věku se setkáváme například s poruchami opozičního vzdoru s elektivním mutismem, širokým spektrem úzkostných poruch, nezdravě četnými a vystupňovanými fobiemi a pod. Nežřídka tyto děti bývají také značně dezinhibované (takzvané odbrzděné, nekontrolovatelné).* “¹²

¹²<https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/psychicke-problemy-ditete/emocni-potreby-ditete-a-dusledky-jejich-deprivace.shtml>

8. Výzkumný problém

Matky, které v léčbě pobývají se svými dětmi, musí kromě zaměření se na vlastní proces údravy fokusovat též na učení a výchovu vlastního dítěte. To je požadavek mnohdy zcela nový vzhledem k vlastní historii péče o dítě. Tato povinnost může být komplikovaná různými tíživými pocity. Z práce se samotnými klientkami vyplývá, že samotné mateřství není dostatečnou motivací k léčbě a změně. Facilitace vztahu matka-dítě je výraznou složkou údravy, která přináší nové výzvy v procesu léčení. Je jejich způsob výchovy ovlivněn pocity viny a studu? Jaké další pocity vstupují do tohoto procesu? Pociťují klientky terapeutické komunity, že jsou svým dětem něco dlužné?

- Matky s poruchami užívání návykových látek v Terapeutické komunitě Karlov během léčby zjišťují, že z nutnosti péče o dítě plynou povinnosti a těžkosti. To mnohdy představuje poměrně neznámé hledisko jejich života. Léčba je tedy provázena ještě dalšími úskalími ve spojitosti s mateřstvím.
- Snaha své dítě učit a vychovávat může být z různých důvodů oslabená. Podle řešerše bývá zatížena pocitem viny, studu a dalšími emocemi spojenými například odloučením, či jinou zátěží z minulosti.
- V práci s klientkami Terapeutické komunity Karlov se ukazuje, že pocit viny a studu je fenomén, který se ve snaze o sanaci vztahu zrcadlí a do jisté míry samotnou výchovu ovlivňuje.

9. Cíle výzkumu

- Zjistit, zda pocity viny a studu ovlivňují vztahování se a výchovu dětí matek s poruchami užívání návykových látek
- Zjistit, jaké vytvářejí bariéry, co znemožňují a co se jeví jako odlišné, na základě pocitů viny a studu.
- Určení dalších podobných determinant, které vstupují do procesu výchovy.

10. Výzkumné otázky

Na základě stanovených cílů byly vytvořeny výzkumné otázky:

- Pociťuje matka starající se o své dítě v TKK pocit viny a/nebo studu?
- Z čeho tento pocit vyvěrá, kde vznikl a co ho formuje?
- Jaké jsou projevy ve vztahu k dítěti u té matky, která pociťuje vinu a/nebo stud?
- Jakým způsobem se matky v TKK vypořádávají s pocity viny a/nebo studu?

11. Výzkumný soubor

V našem výzkumu budou cílovou skupinou ženy – matky, které užívaly, a je tedy nutné mít na paměti, že i v dnešní společnosti je genderová role ženy vnímána především jako role matky pečující o rodinu. Ženy, které bychom mohli označit jako problémové uživatelky návykových látek nejsou schopny tuto roli řádně plnit. Se svými dětmi mívají většinou jen minimální kontakt a v péči o ně jsou nestálé. Nutno podotknout, že tyto ženy často samy pocházejí z nefunkčních rodin a jejich partneři jsou také často závislí. Společnost jako by tolerovala závislost u mužů více než u žen (Nepustil, et al., 2012).

11.1. Základní soubor:

Základní soubor tvoří ženy, uživatelky nelegálních návykových látek, které jsou zároveň matkami nebo jsou těhotné. Další podmínkou je, že absolvovaly pobyt na detoxifikační jednotce a následně nastoupily do léčby do TK Karlov pro matky s dětmi. Z výroční zprávy (Sananim, 2017) za rok 2016 vyplývá, že se v tomto roce v Karlově léčilo 66 klientek a průměrná doba léčby je 6-8 měsíců.

Z výroční zprávy Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky za rok 2016 vyplývá, že ženy tvoří asi 30 % problémových uživatelů nelegálních drog. Což z celkového počtu cca 47 700 je 14 310 drogově závislých žen. Současné zdroje (Mravčík et al., 2015) udávají, že v roce 2014 bylo v České republice 16 terapeutických komunit a z toho jich bylo 10 certifikovaných Radou Vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Tyto certifikované zařízení disponovaly 173 lůžky, celkový počet lůžek byl cca 277. Zde se léčilo 401 klientů, z toho bylo 33 % žen.

11.2. Výzkumný soubor:

Výběr výzkumného souboru proběhl metodou záměrného účelového výběru v TK Karlov. Metoda záměrného účelového souboru přes instituce patří mezi tzv. nepravděpodobnostní metody výběru výzkumného souboru v rámci kvalitativního přístupu, a jak píše Miovský (2006), je v tomto případě nejlepší volbou pro výběr výzkumného souboru. Výzkumný soubor obsahuje pět klientek, které podstupují léčebný program v TK Karlov a pobývají zde se svými dětmi. Po nashromáždění dat bude vyhodnocena saturace dat. Pět klientek bylo zvoleno z toho důvodu, že se jedná o první práce, které jsem se na toto téma věnovala a mým cílem bylo prozkoumat raději menší vzorek dopodrobna. V konečné fázi lze zhodnotit, zda by bylo vhodné vzorek obohatit o další respondentky pro nasycení dat. I dle Smithe a Osborna (Smith, 2007) je vhodný menší výzkumný vzorek, pro diplomovou práci dokonce doporučují 5 respondentů. Vzorek byl homogenní. Vzhledem k povaze fenomenologického výzkumu – detailní analýza zkušenosti – bylo smysluplné zaměřit se na menší počet participantů (případně na jednoho člověka) dobře reprezentující zkoumaný fenomén (Larkin, Watts a Clifton, 2006). Menší výzkumný vzorek poskytl prostor pro provedení následné mikroanalýzy podobností a rozdílů napříč případy. Kritéria pro výběr respondentek: pobyt v TKK spolu s dítětem, anamnéza s problémy z užívání návykových látek, především nealkoholových drog, mateřství, zkušenost s odloučením od dítěte, například vlivem odebrání z péče, náhradní rodinné péče, vlastních pobytů a hospitalizací v léčebných zařízeních. Popis vlastností tohoto souboru byl problematický a k volbě konkrétních respondentek bylo přistupováno hlavně na základě vztahu a znalostí, které jsem o konkrétních klientkách vzhledem k dlouhodobé práci s nimi měla. S klientkami jsem se setkávala téměř denně, důvěrně jsem znala jejich příběhy, podílela se na vedení dokumentace atp., tudíž mi bylo umožněno předejít formálnímu vymezování a zjišťování naplnění kritérií.

12. Metody

Pro svůj výzkum jsem vycházela z fenomenologického zkoumání, konkrétně z interpretativní fenomenologické analýzy (dále jen IPA). Koutná, Kostínková a Čermák (Řiháček et al., 2013) uvádí, že IPA je zaměřena na porozumění žité zkušenosti člověka. Je založena především na respondentově podrobném popisu a vnímání, které výzkumník získává nejčastěji pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Důležitost je kladena na dynamickou a aktivní roli výzkumníka v interakci s respondenty a následně na dobré interpretační činnosti. Fenomenologicky jsem zkoumala zkušenost každé matky s pocity viny a studu vyplývajících z výchovy dítěte a další perspektivy vidění, které jsem zamýšlela interpretovat na základě získaných teoretických poznatků. Dále jsem se pokusila zahlédnout a pojmenovat další charakteristiky výchovy matek s problémy z užívání.

12.1. Výzkumné nástroje

Pro sběr dat byl použit polostrukturovaný rozhovor. Je to jedna z nejrozšířenějších metod sběru dat v kvalitativním přístupu. Nespornou výhodou této metody je kombinace strukturovanosti a volnějšího přístupu v kladení otázek. Díky polostrukturovanému rozhovoru také výzkumník získává většího dosahu a možnosti zkoumání bohatých dat. Nevýhodami jsou riziko odchýlení se od cíle, nedodržení struktury, což může zamezit docílení požadovaných odpovědí respondenta. Smith a Osborn (Smith, 2007) doplňují, že kromě kontroly výzkumníka je nevýhodou delší čas nutný pro rozhovory a těžší analýza. Dále je důležité pokusit se navázat s respondentem kontakt a dobře sledovat jeho reakce, například strach, zájem, smutek atp. (Řiháček et al., 2013). Požadavky na technickou přípravu jsou náročnější, než je tomu v případě nestrukturovaného rozhovoru. Jádrem polostrukturovaného rozhovoru je vytvoření určitého schématu, které je pro tazatele závazné. Toto schéma specifikuje okruhy otázek, na které se výzkumník bude ptát. Pořadí otázek lze během rozhovoru zaměňovat a dle potřeby upravovat, aby bylo dosaženo maximální výtěžnosti. Tazatel se může během rozhovoru doptávat na ne zcela jasné odpovědi, aby vše bylo jasné a srozumitelné. Předem vytvořené schéma umožní výzkumníkovi nevzdálat se od tématu, které je předmětem jeho zájmu a výzkumu (Miovský, 2006). Tazatel si vytvoří tzv. jádro interview. Tím se rozumí minimum otázek, na které bude respondent odpovídat, což je de facto, jak píše Miovský (2006) „určitý stupeň jistoty, že všechna tato témata probrána budou“. Důležité je v rozhovorech nespěchat, tudíž si zajistit dostatek času a vhodný prostor pro každého respondenta. Rozhovor stavěl na klíčových pojmech, v tomto případě vztahujících se k emocím, pocitům viny a studu. Byly sledovány vynořující se podobnosti v míře relevance k daným výzkumným otázkám (Smith, Flowers a Larkin, 2009). Neočekávané obraty v rozhovoru bývají cennými momenty (Smith, 2012). Podoba zmiňovaného jádra vznikla pomocí myšlenkové mapy pro téma pocitu viny a studu ve výchově. Před sběrem dat byla vytyčena oblast zkoumání, která souvisí s výzkumnými otázkami a od kterých byly odvozeny otázky zařazené do samotných rozhovorů. Rozhovory byly po celou dobu nahrávány, samozřejmě se souhlasem participantek.

Okruhy otázek:

-Vzpomínky na vlastní dětství, situaci v rodině (Jak byste popsala svoje dětství, dospívání a rodinu? Jací byli vaši rodiče?)

-Přítomnost adiktologické anamnézy v původní rodině a vlastní historie závislosti (Měl někdo z vaší rodiny problémy s užíváním návykových látek? Jakých? Jak jste na to pohlížela?)

-Okolnosti otěhotnění, porodu: plánování těhotenství, partnerství, užívání NL v těhotenství, předčasný porod atp. (Plánovala jste v danou dobu otěhotnět? Jak probíhalo těhotenství a příprava na porod? Jak v tomto období figurovaly drogy?)

-Zda bylo dítě přítomno nějaké formě patologického chování: užívání drog, konfliktní situace (Bylo vaše dítě přítomno něčemu, čemu byste ho raději dnes uchránila? Co to bylo za situaci/e? Kdy a kolikrát to bylo?)

- Odloučení od dítěte, jeho průběh a doba: formy náhradní rodinné péče, ústavní výchova (Došlo ve vaší rodinné historii k odloučení od dítěte? Proč a za jakých okolností? Jak dlouho to trvalo? Kdo se staral o vaše dítě? Co jste v tu dobu dělala? Co bylo motivací pro obnovení/ udržení péče o dítě?)

-Pocit'ují vinu nebo stud ve vztahu ke svému dítěti/dětem (Je něco, čeho ve vztahu k vašemu dítěti litujete? Můžete to popsat? Jak se s tím vypořádáváte? Snažíte se svému dítěti něco vynahradit?)

-Jaké jsou nejtěžší momenty výchovy (Co považujete za nejtěžší otázku výchovy? Dělá vám něco ve výchově problémy? Co to je? Jak to řešíte?)

-Jak vypadá jejich den s dítětem (Popište, prosím, svůj běžný den s dítětem/ dětmi. Jak si se svým dítětem hrajete? Je něco, co vám činí obtíže? Co naopak považujete za příjemnou složku mateřství?)

-Jak vnímají svoje dosavadní počínání ve výchově, co se jim nedaří, daří (Jak byste se popsala, jako matku? Existuje něco, na čem byste chtěla v otázce výchovy zapracovat? Za co byste se pochválila? Co vás dělá dobrou matkou svému dítěti?)

Toto schéma okruhu otázek bylo pro můj výzkum závazné. Dle situace bylo pořadí otázek upravováno a pro maximální výtěžnost rozhovoru jsem se doptávala do té doby, dokud jsem považovala odpovědi za užitečné a nevyčerpala jsem časové možnosti mých respondentek. Vše bylo zaznamenáváno zvukově a pomůckou mi byl list s okruhy otázek pro vlastní jistotu, že žádná nebyla opomenuta. K přípravě rozhovorů patřilo oslovení vytipovaných respondentek a požádání o účast na mém výzkumu. To jsem provedla zcela individuálně a osobně. Hledání participantů jinou formou, navazování vztahu a prvotní důvěry nebylo v tomto případě nutné, neboť s danými klientkami dlouhodobě pracuji a známe se. Dbala jsem především tomu, aby se mé respondentky necítily být pod tlakem vyhovět mi, jakožto nadřícené a ctila jsem variantu, že se výzkumu nebudou chtít účastnit. Bylo nutné vhodně vyhodnotit a naplánovat, kdy a kde budeme rozhovor realizovat. Počítala jsem, že je nutné vyčlenit alespoň 90 minut času pro jeho dostatečnou realizaci. Z mé strany to bylo po konzultaci s vedením TKK v osobním čase mimo vlastní službu, u klientek byla zvolena taková doba, kdy neměly pracovní a jiné povinnosti, tzn. o víkendu, například v době spánku jejich dětí v prostorách terapeutického pokoje. Realizace proběhla základním představením výzkumu. Obezpečila jsem respondentky s formou jeho provedení, ubezpečila o plné anonymitě a požádala o podepsání informovaného souhlasu ke zpracování dat. Pro rozehrání jsem se ujistila o tom, že je vše v pořádku, že má daná respondentka čas a cítí se na rozhovor připravená, nabídla jsem nápoj. Dále jsem podle návodu a jádra interview do doby, než nebyly otázky vyčerpány. Ke konci rozhovoru jsem se snažila volit otázky

pozitivnějšího rázu, například týkající se vnímání kladů rodičovství. Poděkováním a rozloučením byl rozhovor ukončen. Očekávala jsem, že téma pocitu viny se bude mých respondentek velmi dotýkat a dbala na to, aby byl náš rozhovor ukončen v klidném stavu, bez rozrušení.

Pro svůj výzkum jsem zúročila osobní zkušenosti z kontinuální práce s danými respondentkami. Ve výkonu své profese se zaměřuji především na pozorování klientek v interakci s jejich dětmi a posléze na facilitaci jejich vztahu, na poradenství, názornost v péči o dítě atp. Další kvalitativní metodou, která rozšířila data, bylo nestandardizované zúčastněné pozorování. Pro maximální reflexi bývá využíváno videozáznamu, v mém výzkumu byly využity poznámky, které jsem si vedla, ale také zápisy z dokumentace, kterou u každé klientky ve vztahu k jejímu dítěti obstarávám a poznámkuji. Možnost pozorování se mi naskytla při společných aktivitách – práce s dětmi, procházky, hraní, vyrábění, ale i u běžných situací, jako je společné jídlo, doprovody k lékařům, do mateřských škol, nebo po čas osobních konzultací v otázkách výchovy dítěte. Stěžejním tématem mé práce byl pocit viny a studu, který se u matek může zrcadlit v různých situacích. Především ale v chabém hraničení svých dětí. Tyto procesy jsem pozorovala a zjišťovala, zda je má hypotéza o náročnosti hraničení vlivem pocitu viny správná. Očekávala jsem, že popsané obrazy situací objasní, jak je pro matky složité pod tíhou viny učit své děti dodržovat pravidla, vyžadovat je a případně vyvozovat důsledky. Tato metoda měla za cíl přiblížit využívaný styl výchovy, a to na základě sledování rodičovských postupů, které byly jednotlivě zaznamenávány v Čáповě Modelu devíti polí výchovných stylů, kde se hledí emocionální pouto k dítěti a styl výchovného řízení.

12.2. Metody zpracování a analýza dat

V souladu s výzkumným přístupem byla i analýza dat prováděna v souladu s postupy IPA. Smith a Osborne (2007) doporučují tyto dva kroky sloučit. Nejprve byl pořízen doslovný přepis nahrávky prvního rozhovoru. Ten byl podrobně opatřen kódy, vyjadřovaly myšlenky výpovědi. Zaměřila jsem se především na to, zda respondentky pocítují vinu a stud, z čeho to vyvěrá a jak se s těmito pocity vypořádávají. Zároveň jsem se snažila vyvodit další fenomény, které mohly jakýmkoli způsobem ovlivnit současné vztahování a výchovu dětí. Směrodatnými jevy byly okolnosti otěhotnění (např. znásilnění), nebo vlastní prožívání dětství. Kódy byly nejprve vneseny do transkripce, později byly řazeny k mým výzkumným otázkám. Nerelevantní výpovědi byly odstraněny a otázky případně upraveny tak, abych se v budoucích rozhovorech vyvarovala pokládání neužitečných otázek. Tím se rozumí, že z textu byly odstraněny např. opakující se výpovědi nebo takové výpovědi, které se nevztahovaly k tématu, nedokončené věty atd. (Miovský, 2006). Zkoumáním prvního rozhovoru vyvstaly zajímavé poznatky, pokusila jsem se proto na podobné otázky zeptat i dalších respondentek. Metoda kódování spočívá v seskupování daných výpovědí do větších celků dle jejich podobnosti. Toto kódování nebylo konečné, většinou dochází k vytváření nových a nových kódů za účelem co největší konkretizace (Schwand, 2001 in Miovský, 2006). Pro lepší přehled a systematičnost byly dané kódy roztřizeny dle mých výzkumných témat a otázek do tabulky pro větší přehlednost. Stejný postup byl použit u dalších tázaných.

Jednotlivé rozhovory byly vzájemně porovnávány, hledala jsem podobnosti a odlišnosti. V závěru jsem interpretovala výsledky a opatřila je stručnými citacemi respondentek, které explicitně vyjadřují danou myšlenku.

U každé respondentky jsem rovněž popsala vybranou pozorovanou situaci (nebo více) v interakci s dítětem, následně jí podrobně rozebrala a interpretací, s přihlédnutím k výsledkům interview, zařadila do tabulky Modelu devíti polí výchovných stylů. Okomentovala jsem případnou podobnost výchovného stylu s výpovědí o vlastním dětství dotazovaných. Každé respondentce byl vytvořen jakýsi profil, a i ty jsem vzájemně porovnávala se všemi charakteristikami.

13. Etické aspekty výzkumu

Miovský (2006) uvádí, že „o etických pravidlech a normách je třeba uvažovat ve třech základních rovinách: vliv výzkumníka na výzkumné pole a jeho zpětné ovlivnění polem, ochrana účastníků výzkumu, ochrana výzkumníků.“

Realizace tohoto výzkumu proběhla v TK Karlov, což mi umožnilo provádět rozhovory ve známém a bezpečném prostředí a zároveň bylo zajištěno soukromí respondentů. Před samotným šetřením bylo nutné požádat etickou komisi Sananimu a terapeutický tým TK Karlov o povolení k výzkumu. Účastnice výzkumu byly informovány, že veškerá získaná data a informace zůstanou anonymní. Také každá respondentka podepsala informovaný souhlas (viz příloha) a byla poučena o dobrovolnosti se výzkumu zúčastnit, a také možnosti kdykoliv z něj odstoupit. Respondentky byly také informovány o zvukovém nahrávání našeho rozhovoru, který byl neprodleně po zpracování získaných dat smazán. Získaná data nebyla poskytnuta dalším osobám ani institucím a bude s nimi nakládáno dle zákona 101/2000 Sb. O ochraně osobních údajů a dle nového nařízení EU GDPR.

14. Interpretace dat

O každé klientce bude na základě kvalitativního šetření a výsledků rozhovoru sestaven medajlonek.

14.1. Mona, 26 let

i) Charakteristika respondentky a její zázemí

Mona je klientka Terapeutické komunity Karlov, která se léčí se závislostí na pervitinu, v její drogové anamnéze se vyskytuje ve větší míře také alkohol a gambling, jemuž propadala převážně v posledních letech. Jedná se o prvoléčbu, ve které pobývá se svou 6měsíční dcerou Miou. Je také matkou Sama (7 let), který je v náhradní rodinné péči u klientčinych prarodičů od svých 3 let.

Ve stručném hodnocení vlastního dětství říká, že bylo fajn a hezké, přesto zaznívá významná řeč o strachu vůči vlastnímu otci. Ten dnes vnímá jako vybudovaný stran matky, která byla podle jejích slov hysterická. Mona toto vnímání dnes zcela přehodnocuje a říká, že k tomu ani jedna neměla důvod. Matku si z dětství příliš nepamatuje, neboť prý „*stále někde lítala*“. Důležitými osobami jí byli prarodiče, u kterých trávila mnoho času. Jako jedináček měla, dle svých slov, vše, co potřebovala a často si také věci vydupávala. „*Věděla jsem, že jsem sama a můžu si cokoli dovolit, nedostávala jsem žádný hranice.*“, Příkladem uvádí rozhodnutí ukončit školu a v 15 letech se odstěhovat od rodičů, což jí bylo dovoleno. O bydlení s kamarádkou říká: „*Byla jsem dítě a pořád jsem, tím, že jsem odešla brzo, tak jsem nedospěla. Pak už jsem se k rodičům nikdy nevrátila.*“ Mona v závěru bilancuje nad vlivem, který na ní rodiče měli a za pozitivum považuje pokoru, naproti tomu říká, že jí rodiče měli učit zpomalit a zamýšlet se nad věcmi, stejně jako nedopustit, aby si vše vydupávala.

ii) Klíčová témata

(1) Přítomnost adiktologické anamnézy v původní rodině

Otázky směřované na přítomnost závislostních problémů v rodinném kruhu rozvádí stručně, neboť v rodině „*je hodně alkoholiků.*“, Matčinu otci byly v důsledku silného pití amputovány nohy, a nejen on v této rodové linii podle klientky užívá přemíru alkoholu. Dalším jmenuje svého otce, který pije, ale klientka zdůrazňuje, že se u toho stará i o rodinu. Také hraje automaty. Mona hovoří o společném hraní, scházení se v herně a také popisuje jednorázové užití pervitinu s matkou. Klientka v zamyšlení nad vlastními odpověďmi mluví o tom, že takhle se rodiče zachovat nikdy neměli a také, že jim „*nedošlo, že s tím můžu mít problém. Nechovali se jako rodiče, ale ani jako partáci, ti by mě nenechali v takových situacích. Oni tam nebyli, když jsem je potřebovala, sáhla jsem si na dno a kde byli?*“. Jako dítě tuto situaci vnímala ve strachu nosit domů špatné známky, protože otec byl přísný. Zdůrazňuje ovšem, že ji nikdy neuhodil.

(2) Těhotenství a jeho okolnosti

Mona poprvé otěhotněla v 18 letech, neplánovaně. Nadšení z prvního miminka a společné vymýšlení jmen vystřídala panika vlivem mizivé podpory stran partnera. Za peníze od rodiny podstoupila interrupci. Znovu ovšem otěhotněla velmi brzy po zákroku, což popisuje jako úlevu od špatných psychických stavů po ukončení 1. těhotenství. Partner nebyl opět příliš silnou oporou, v průběhu těhotenství Mony nastoupil také do výkonu trestu, což bylo pro klientku nelehké. V průběhu 2. těhotenství užívala drogy a říká, že si vlastně pořádně neuvědomovala, že bude matkou, stejně jako, že by mohla plodu ublížit. Po dobu těhotenství nenavštěvovala gynekologa, ani služby pro drogově závislé. Navazování vztahu s miminkem hodnotí jako umělé, byť si „*s ním občas povídala, dávala si skleničku na břicho a tak*“. Péči o syna popisuje tak, že byla na vše sama a když už byl partner přítomen, hodně se hádali a prali.

Dcera Mia se narodila už v průběhu léčby, kam Mona nastoupila v 7. měsíci těhotenství. Mona otěhotněla se stejným partnerem a těhotenství neprobíhalo podle představ. Mona se na miminko velmi těšila, ale od partnera se jí opět nedostávala žádné podpory. „*Neměnil se, to, co jsem si myslela, že si uvědomí, si neuvědomil.*“ Nakonec od otce svých dětí odešla a těhotenství trávila na ulici a v hernách, kde přemýšlela, že půjde na potrat. „*S malou jsem prolítala herny, hledala příležitosti, kde někoho okrást a čekala na zázrak. Neuvědomovala jsem si, že ho nosím v břiše.*“ Před nástupem do léčby po celou dobu užívala pervitin a alkohol. S pomocí otce se nakonec dostává na Karlov, kde přivádí na svět zdravou holčičku Miu.

(3) Patologické chování a přítomnost dítěte

Sam byl svědkem domácího násilí, ale nikdy nebyl přítomen aplikaci drog. Na otázku, proč vnímala důležitým, aby syn neviděl drogy, odpovídá: „*Nechtěla jsem nikdy, aby to viděl, to by nebylo správný. Pořád jsem to přece měla pod kontrolou. Bylo to jen v ten den, protože jsem se potřebovala uklidnit, ne napořád. Proto jsem to nechtěla dávat do jeho života, ale byla to taková ta feťácká naivita*“. V návyku a stavech s ním spojených měla časté „*záseky na malém*“ a také neadekvátně vyhodnocovala situace péče o syna. Hovoří o strachu z chování miminka, aby zabránila přenosu látek potem, nebo o noční návštěvě nemocnice ve chvíli, kdy „*stačilo dát čípek na zvýšenou teplotu*“.

(4) Odloučení od dítěte/ dětí

Syn Sam se ocitl ve výchově prarodičů tak, že ho Mona odvedla na hlídání. Poté už se pro něj ovšem nevrátila a od té doby proběhl zhruba po 3 letech pouze asistovaný styk se synem. V současné době se klientka pokouší o znovunavázání vztahu nejen se synem, ale také s vlastními prarodiči, neboť ten původní byl Mony chováním silně narušen. Dnes se Mona potýká s velkou nedůvěrou a pravděpodobně i špinění svého jména před synem. Dosud došlo ke dvěma setkáním, o kterých Mona hovoří poněkud zklamaně. Říká: „*Už v těch očích skoro nevidím to, co tam bylo dřív, to že jsem máma. Hledám to tam a nemůžu to najít. Když jsme si spolu hráli, tak jsem měla chvilku pocit, že to tam bylo, ale uniklo mi*

to pod rukama. To, co jsem tam dřív viděla, byla láska, máma a on. Dneska je tam strach, bojí se, je zmatenej. ‘‘

(5) Pocit viny a studu

Mona ve směru k Samovi říká: *„Cítím velkou vinu za celý jeho dětství. Nebyla jsem máma. Je mi smutno z toho, že se ptá, proč nemůže být s maminkou a tatínkem, jestli je to kvůli tomu, že zlobil. Malej mě ale do budoucna potřebuje a já nechci čekat, až jestli se něco stane a s babičkou a dědou. Snažím se o tom všem nepřemýšlet, nechci se utápět, protože už to nevrátím, ale je mi to moc líto. Měla jsem hodně vyčítky, když jsem byla na ulici, ale nedokázala jsem s tím nic dělat. Strašně se bojím, jestli mu to dokážu vynahradit a abych to nepřeháněla.‘‘* Vinu k Mie nepocituje momentálně vůbec, byť se ohlíží za bráním v těhotenství: *„Cítím vinu, že jsem brala v těhotenství, ale teď vůbec. Jsem moc ráda, že je zdravá a vypadá, jako šťastný miminko.‘‘* Dále vzpomíná na konkrétní situaci, která se stala již v léčbě. *„Pro mě byla zásadní chvíle, kdy jsem malé neobstarala mlíko, pořád jsem spoléhala na druhý a ne na sebe, nechala jsem to zajít moc daleko a byla za to potrestaná. Z toho mám výčítky, ale jinak ne.‘‘*

Do budoucna se Mona obává hlavně toho, že jí syn bude připomínat minulost a že bude jako matka přehnaně plnit všechno, co si bude přát. *„Ted’ už má věk a hodně věcí vnímá. Já se budu snažit být tvrdá, ale láskyplná. Dávat mu vše, co bude potřebovat, ale bojím se, že toho bude využívat. Bude tam i ta malá, budou dva a já vím, že radši koupím cokoli jemu, protože ta malá se mnou byla od začátku. U něj jsem strašně moc zanedbala, a tak to budu chtít vynahrazovat. Ale musím se snažit nedělat rozdíly.‘‘*

(6) Výchova a její těžkosti

Mona vzpomíná na to, jak si počínala s výchovou Sama do 3 let, kdy o sobě hovoří jako o pevné matce, která uměla dodržet své slovo v dobrém i špatném. *„Můj chlapeček věděl, třeba už ve dvou letech, že když ne, tak ne, a to i když to chtěl můj partner jinak.‘‘* Dále hypotetizuje nad tím, jaké to bude získat syna zpět do péče např. v jeho 9 letech: *„Já vlastně svoje dítě neznám, o to to bude těžší. Jak na něj budu vědět až potom a myslím si, že budu vyhledávat odbornou pomoc, protože sama to asi nezvládnou. Ale opravdu nevím, co mi asi bude dělat problémy, určitě nedopřát mu to, co bude chtít, protože on slovo ne od babičky a dědy nezná.‘‘* Pozastavuje se nad faktem, že syn má představu o jejím počínání a bude s ním o tom muset mluvit: *„Budu k němu upřímná, nebudu mu ale říkat vše přesně, jak bylo, nebudu nikoho špinit a vyhnu se věcem, které vědět nemusí. Nevím ale, jak s ním o tom mluví teď, babička mu řekla, že jsem nemocná, ale vím, že mu říkali i to, že máma je feťačka, že má radši chlapy a automaty. Tohle bude těžký, ale vyhledám si k tomu pomoc.‘‘* K těžkostem s výchovou dcery se Mona nevyjadřuje.

(7) Můj den s dítětem

„Vzhledem k tomu, že jsem ve třetí fázi, tak jsem s malou už opravdu. Ne jenom ve volném čase. Je to hrozně fajn, často spolu ležíme, povídáme si, učím jí indiánka a říkat ne ne ne, protože to po mě jednou napodobila. Ještě si nejde na nic hrát, nebo jí úplně něco učit, ale snažím se s ní ten čas užívat, ne, že bych jí někam frkla. Věci, které potřebuju, si udělám, když spí. Nejhezčí na tom je, když spolu ležíme, prostě ty oči a jak já se u toho cejtim. Nemám u sebe všechno, co bych si přála, tím myslím Sama, ale mám vlastně to nejvíc. Já Miu vnímám, jako svůj zázrak někdy jí to řeknu, protože nebejt jí, tak tady nejsem. Bůh ví, kde jsem. Se Samem jsem kvůli drogám ztratila i sama sebe a jak ty roky ubíhaly, přišla jsem o všechno. Nebyla jsem schopná se tomu postavit, byly to vždycky jen ty feťácký kecý.

(8) Náhled na vlastní počínání ve výchově

Záměrně podporuji otázkou směřující k vnímání svých silných stránek, načež Mona reaguje: „ V čem jsem Mie dobrou mámou? Takhle malinký holčičce? No přece ve všem. Ona mě potřebuje a já nemůžu říct, že bych něco zanedbávala. Vždycky se jí budu snažit na všechno připravit, na ty věci, se kterýma mě moje máma neseznámila, třeba ty chlapy. Budu se jí snažit varovat před vším zlym. Ví, že si to stejně udělá po svém, ale budu vědět, že jsem udělala maximum, a i když se dostane do něčeho těžkýho, tak vim, že se k tomu postavím úplně jinak, než moje máma a táta. “ Otázka k Samovi cílí na věci, na které se Mona těší. S pláčem odpovídá, že: „úplně na všechno, prostě až budu mít tu možnost. Nevím, jak k tomu dojdu, ale doufám, že dojdu. “

14.2. Anna, 27 let

i) Charakteristika respondentky a její zázemí

Anna je klientkou TKK, kde se léčí ze závislosti na pervitinu. Anna se ovšem v průběhu života silně potýká s problémy vyplývajícími z jejího pití, lze tedy usuzovat, že závislost na alkoholu je v jejím případě primární. V léčbě pobývá spolu se synem Petrem (4 roky). Jedná se o první léčbu závislosti.

Annin popis dětství působí převážně negativně. Říká: „první si vybavuju otčíma, protože ten nad náma držel pevnou ruku. Byl to teror. Rubal nás i za rozsypanou sůl, mlátil mě vařekou, dokonce jí o mě zlomil. “ Biologický otec klientky byl od jejich 3 let vně rodiny, matka nechtěla svolovat k setkávání, tak za ním Anna již ve velmi nízkém věku utíkala do vedlejší vesnice. Ohledně matky se Anna vyjadřuje takto: „ mamku si pamatuju jenom výjimečně, spíše její známý, ke kterým nás s bráchou dávala hlídat. Byla pořád v práci a pak šli s otčím hned do hospody. Vždycky jsme se s bráchou těšili, že tam pudou, protože jak byli připití, tak byli hodnější. Taky jsme se mohli dívat na televizi a jenom jsme hlídali z okna, jestli se už nevracejí. Mamka byla taky přísná, ale když nás otčím mlátil, tak třeba jen řekla ať už nás nechá. Asi se ho taky bála. Jednou jsem byla u toho, jak jí napadl. “ Anna vzpomíná na tvrdý režim bez pomoci s přípravami do školy. To zajišťoval její bratr. „Už ve druhé třídě jsem měla žákovskou plnou poznámek, že něco zapomínám, nebo nejsem připravená. Měl to

se mnou dělat brácha, ale ten se chystal sám. Pak jsem dostala bití. “ Jako děti byly také velmi zaúkolované v domácnosti a pokud nesplnily požadované, dostali výprask. Starší bratr musel také Annu hlídat venku, vodil jí mezi své kamarády, kde mu byla na obtíž.

Otčím zemřel na rakovinu, když bylo Anně 11 let. Ta to přes těžké časy s ním vnímala jako ztrátu, neboť to prý *„poslední rok už bylo lepší, tolik mě nemlátil a jak byl ležák, tak jsem se o něj starala převážně já. Máma už měla jinýho chlapa.* “ Matčín nevelký zájem o děti s novým partnerem přetrval a dětem to bylo vynahrazováno velkou volností. Sama Anna říká, že s matkou mohla sedět v hospodě již od 13 let, být venku jak dlouho chtěla. Anna popisuje situaci, kdy jí matčín nový partner sexuálně obtěžoval, ale matka tomu nechtěla věřit, nepostavila se za ní. V této době opouští rodné město, s přítelem utíká a začíná užívat pervitin.

Většinu dětství dle svých slov trávila u tety, známých atp. Vlastní babička upřednostňovala bratra. Tendence vynahrazovat dětem nepěkné chvíle si klientka nevybavuje, až na jednu, kdy ji po zmiňovaném útoku na matku, kterému Anna přihlížela, vzali na slavnosti ochutnat pivní sýr. Anna říká, že to byla záminka k tomu se napít.

ii) Klíčová témata

(1) Přítomnost adiktologické anamnézy v původní rodině

Situace v rodině se v podstatě odvíjela určitým směrem hlavně kvůli alkoholismu rodičů, Anna vypráví o tom, jak to v daném věku vnímala. *„U nás, co se týče pití, je to dlouhá linie, hlavně z mamčiny strany, její mamka taky pije. Bylo to hrozný, my je s bráchou kolikrát hledali po celém městě v hernách. Věčně se pak hádali kvůli penězům a já kradla ve škole dětem svačiny, i peníze. Vždycky jsem si říkala fuj, co tam můžou dělat. Bylo mi z toho blbě, ale pak jsem to poznala sama.* “ Na to, že v rodině není vše v pořádku sama upozornila asi v 8 letech, když dostala několikátou poznámku: *„Dostala jsem hysterickéj záchvat, že za to nemůžu, že nám naši nepomáhají. Zavolali si i bráchu, ale ten byl starší a věděl, co by přišlo, kdyby to potvrdil. Tak se to smetlo ze stolu. Měla jsem kvůli tomu doma peklo, zbili mě a ve škole jsem to musela odvolat.* “ V těchto rodinných poměrech nikdy nezasahoval orgán SPOD.

(2) Těhotenství a jeho okolnosti

Poprvé Anna otěhotněla s partnerem uživatelem, se kterým byla na útěku z domova. Bylo jí 17 let. Původně si miminko plánovali nechat, ale zklamání z nulové podpory stran partnera Anně změnilo názor. *„Neměla jsem peníze ani na registraci u doktora, takže jsem tam celý těhotenství ani nebyla, to až 14 dní před porodem.* “ V těhotenství užila jednou a celkově ho vnímala jako *„hrozný, něco se ve mně hýbalo, něco tam bylo, já vůbec nevěděla, co se děje* “. Přes nátlak rodiny ovšem i partner změnil názor a Anna předala dítě po porodu do adopce. Říká, že dnes jsou v kontaktu, neboť adoptivní rodina měla zájem vědět, jaká je původní rodina dítěte. Anna říká: *„Párkrát jsem toho zalitovala, ale to těhotenství bylo celý takový divný, já jsem to vůbec neprožívala jako matka. Byla jsem v šoku, nebylo mi z toho dobře, rozhodně jsme to neplánovali* “. Partnera záhy po porodu opustila a vrátila se do rodného města k matce.

Podruhé Anna otěhotněla s dlouholetým partnerem, jímž byl vaříč a uživatel. Anna říká, že pro ni byl důležitý hlavně přísunem drog. Dítě nebylo plánované, ani chtěné, tak se s podporou matky rozhodla jít na potrat a celé těhotenství před partnerem zatajit. To jí nakonec nepřišlo férové, partnerovi o otěhotnění řekla a ten jí „*nakonec přemluvil.*“ Po celou dobu Anna užívala pervitin. Těhotenství prožívala podobně, jako poprvé, popisuje jej jako divné a vzpomíná na pohyby miminka, kterých se bála. Vlivem úniku plodové vody se dostala do péče lékařů, kteří jí do karty uvedli abúzus pervitinu. To v ní vyvolalo strach, že by o dítě mohla přijít odebráním OSPODU. Porodila zdravého chlapečka Petra, kterého asi měsíc kojila a abstinovala. Přesto říká: „*S Petrem jsem neměla extra vztah, štválo mě, že mi s ním partner vůbec nepomáhá a to jsem ho ani nechtěla. Nějak mi nešlo to mlíko, tak jsem se zase rozfetovala. Pak ale jak Petr rostl jsem si uvědomovala, že to není v pořádku, abych měla jenom kámoše, chlast a drogy.*“ Petrův otec zemřel, když mu byli 2 roky, od té doby Anna více vnímala nutnost péče o syna, bez přísunu drog také větší nároky na starost o sebe. „*Vnímala jsem to hlavně jako ztrátu pro Petra, ale na druhou stranu jsem věděla, že už bych s ním stejně nebyla. A pokud to, tak bysme Petra nejspíš ani neměli u sebe.*“

(3) Patologické chování a přítomnost dítěte

Petr nebyl nikdy svědkem varu, příprav, nebo aplikace. Několikrát ovšem viděl, jak se rodiče perou a dle slov Anny plakal.

(4) Odloučení od dítěte/ dětí

K dlouhodobému odloučení od syna v rodinné historii nedošlo. Petr byl po celou dobu ve výhradní péči matky a nikdy na něj nedohlížel orgán SPOD. K jednorázovému kontaktu došlo až krátce před léčbou, neboť bylo na Annu podáno anonymní udání. Anna popřela jakýkoli problém s pitím, či drogami a dále se o ní a syna orgán nestaral. Bytové podmínky matky s dítětem nebyly vždy zcela vhodné, často docházelo ke střídání bydliště, většinou šlo o azylové domy a ubytovny. Babička v tomto období figurovala pouze jako hlídání na noc, kdy Anna chodila pracovat do nočního klubu. Říká ovšem, že Petra vodila ráno do školky, vyzvedávala jej a trávila s ním čas až do 20. hodiny, kdy ho opět předávala své matce. Více se o Petra babička starat nechtěla, protože na něho „*nemá nervy.*“

(5) Pocit viny a studu

Anna se k pocitům vlastního provinění vyjadřuje takto: „*Hrozný, hrozně se stydím, co jsem před ním dělala, jak to chudák od malička měl. Bylo mi ze sebe na blití, já se nemohla vystát za to, jaká vůči němu jsem. Celkově lituju toho, že jsem to prožívala špatně, ne jako ty mamky. Vždycky jsem ho měla bokem, nevěnovala jsem se mu, protože jsem si myslela, že to nevnímá. Hrozně si vyčítám, že když se mnou mluvil, že jsem mu odsekávala, byla jsem na něj zlá.*“ Petr trávil většinu času od mala hraním her na telefonu a Anna mimo jiné také hovoří o tom, že byl často na hlídání u kamarádů, usínal vyčerpáním a býval v noci doma sám. Anna se slzami v očích popisuje situaci, kterou slyšela z úst dnes již 4letého syna: „*Já ho vždycky dala spát do zavírací postýlky s tyčkama i když nechtěl a kolikrát jsem odešla s mámou do herny a nechala ho tam. Dnes mi vypráví, jak mě vidí odcházet za těma mřížema,*

to byly ty tyčky, že se nevracím a ty tyčky ho nechtěly pustit. Brečel u toho, jak mi to říkal. Je hrozný, že si na to vzpomíná, pro něho to musel být horor. ‘‘

Momentálně je jejím strachem důvěra vlastního syna a hrozba, že ho to poznamenalo. Hovoří o snaze vynahradit mu tyto chvíle, která je ale ztížena vlastním psychickým stavem a neschopností *„udržet myšlenky“*. Na otázku, co a jak Petrovi vynahrazuje odpovídá: *„ Snažím se ho poslouchat. Každý den si s ním jdu lehnout před spaním. Řekneme si modlitbu, pohladíme se, dáme si pusy a přečtu mu třeba nějakou pohádku. To předtím vůbec nebylo. Když vedle něho teď ležívám, tak si říkám, jak je úžasnej a vzpomenu si na to, co se všechno dělo, ‘‘* vypráví s pláčem. Anna říká, že se k těmto myšlenkám vůbec nechce vracet a když ji vyvstanou na mysl, hned se je snaží odehnat pryč. Nedokáže si představit, že si někdy odpustí. *„Ne, ne, určitě ne. Možná až bude Petr velkej a uvidím, že jsme to nakonec dobře zvládli. Ale ne, stejně na sebe budu pořád nasraná. ‘‘*

(6) Výchova a její těžkosti

Anna ze svého pohledu vnímá jako nejtěžší otázku výchovy klást synovi hranice a udržet je. *„Když něco řeknu, že to tak bude, tak mám problém v tom potom nepolevit. A ty hranice mu dávám až ve chvíli, když toho mám dost. Pak mu řeknu Petře nedělej to, ale hned mi utečou myšlenky a už to potom neohlídám, zapomenu na to. Dřív bych mu hned povolila, abych od něho měla pokoj, ale teď se snažím mu říct ne. Snažím se mu věnovat pozornost a neodbíjet ho. ‘‘* Klientka v minulosti, mimo rozhovor, jmenovala jako problém také to, že si se synem neumí hrát, protože jí to nebaví. Moje otázka tedy směřovala i tudy. *„ S hraním už je to o moc lepší, vymýšlíme, co by nás bavilo oba. Pomohlo mi v tom to, že jsme to stále zkoušeli, dělali častěji a přicházela jsem na další věci, co by mě taky bavily. ‘‘*

(7) Můj den s dítětem

O dni stráveném se svým synem hovoří mile, zmiňuje upřímně také to, že si vyčleňuje i čas pro sebe. *„Díváme se na pohádky, chodíme venku koukat na zvířata, hrajeme si na to, co Petr chce. Potom teda jdeme k telce a já někdy dovolím i aby nechodil po obědě spát a když je hodný, může koukat se mnou. Třeba dvě nebo tři hodinky. Venku se budu snažit taky ušetřit nějaké koruny, abychom se mohli jít někam podívat, na výlet, nebo do cukrárny. ‘‘*

(8) Náhled na vlastní počínání ve výchově

Pro Annu je evidentně těžké zhodnotit své počínání také v dobrém světle, zkusíme se tedy ke kladům dostat přes otázky na to, co by matka rozhodně měla dělat, mít. *„Matka by měla určitě umět naslouchat, měla by být důsledná a pečlivá a taky nastavovat úsměvavou tvář, být schopná nedávat najevo svoje problémy. To já třeba ještě moc neumím, hodně si třeba povídám o věcech, co mě štvou sama se sebou, ale nahlas. Ale jsem třeba ráda, že se mi povedlo prostě ho konečně vidět jako svého syna a že ho mám strašně moc ráda, i když je to možná blbý. Za to bych se pochválila. ‘‘* Anna poté ještě pozitivně a s nadšením hodnotí rituál, který mají se synem vytvořený a říká, že má velkou snahu a zájem se jako matka zdokonalovat.

14.3. Věra, 36 let

i) Charakteristika respondentky a její zázemí

Věra je klientka Terapeutické Komunity Karlov. Za svůj život podstoupila mnoho pokusů o léčbu a v její historii užívání se nachází kromě pervitinu také heroin, alkohol a benzodiazepiny. Konkrétně pervitin začala užívat ve 13 letech. Několik pokusů o abstinenci bylo relativně úspěšných, nejdelší mezidobí trvalo 4 roky. Věra je matkou 5 dětí, spolu v léčbě s ní pobývají chlapci Max (4 roky) a Tim (1,5 roku).

Své zázemí Věra popisuje jako „*velkou rodinu*.“ Vyrostla v úplně rodině, kde se hodně pracovalo, ale přesto žilo příjemně. Spolu se dvěma staršími sestrami Věra vzpomíná hlavně na tátu, který je pro ni dodnes důležitou osobou. Dle jejích slov byl sice přísnější, ale oceňovala to, že vždy „*dodržel to, na čem se dohodli*.“ K otci měla vždy blíže nežli k matce. Ta Věru jejími slovy „*podrážela v ženských věcech*.“ O starších sestřích mluví rozdílně, mladší z nich jí byla oporou a kamarádkou, starší sestra žárlila na to, že v jejím věku nesměla dělat totéž, co Věra ano. Klientka říká, že byla „*rozmazlenec*“. Dětství hodnotí jako hezké, jmenuje spousty zážitků a výletů, pěkné rodinné prostředí, ve kterém se zpívalo, vyprávělo a bylo tam hezky. Věry život byl ovšem v útlém věku poznamenán sexuálním útokem rodinného známého, a to podle ní zapříčinilo všechny problémy. V dospívání si brzy našla partnera, jemuž bylo v té době 30 let a s ním poprvé zkusila pervitin. Bylo to v době, kdy rodiče jezdili se zbylými dcerami na chalupu a Věra se toho dál už nechtěla účastnit. Mluví o snaze přebít bolest a nenávist k sobě samé, ale také o ambivalenci k rodičům, které chtěla a zároveň už více nechtěla mít blízko-

ii) Klíčová témata

(1) Přítomnost adiktologické anamnézy v původní rodině

Věry rodina nebyla nikdy poznamenána užíváním návykových látek, nebo jinou patologií. Situace, kdy se rodiče napili byla jen po „*mastném obědě, nebo na rodinných oslavách*.“ Přesto je v této otázce významná osobnost otcovi matky, která trpěla bipolární afektivní poruchou. Zneužívala fermetrazin, pro podporu hubnutí a vzhledem k jeho stimulačním účinkům rodina poznala podobné projevy Věry, když začala experimentovat s pervitinem.

(2) Těhotenství a jeho okolnosti

Věra poprvé otěhotněla plánovaně, se svým manželem. Toto manželství ovšem popisuje jako nešťastné. Nefigurovaly v něm drogy, ani alkohol, neboť Věra ještě před začátkem vztahu úspěšně absolvovala léčbu, ale podle respondentky v něm nebyla ani láska, jako spíš pohodlí a jistota. Narodila se dcera, kterou oba manželé chtěli a těšili se na ní. „*Když byl dceři asi rok, na týden jsem utekla a fetovala. Návrat proběhl přes detox, ale manžel se dozvěděl, co všechno jsem venku prováděla, začal hrozně žárlit a taky popíjet, to se pořád zhoršovalo*.“ Věra postupně čelila větší a větší agresi, která vyústila v násilí. Manžel přes den fungoval relativně normálně, ale večer se opil a Věru bil. Znovu čekali miminko, tentokrát dvojčata, která plánovaná nebyla, ale byla chtěná. Věra v těhotenství s prvními třemi dětmi drogy neužívala, ale krátce po porodu se dle svých slov „*rozjela*.“

Velmi odlišné okolnosti mělo otěhotnění s nejmladšími dvěma chlapci, jejichž otcem je uživatel drog. Věra po čas obou těhotenství užívala. Syn Max, byl dle jejích slov plánovaný, ale nezodpovědně, užila celkem 6x. S pláčem říká: „úplně zvráceně jsem si říkala, že o holky už jsem stejně přišla, tak že si uděláme další dítě.“ Těhotenství s Maxem hodnotí hezky: „hodně jsem s ním komunikovala a říkala mu, že je bojovník, že to spolu zvládnem“. Nikdy neuvažovala, že by si Maxe nenechala v péči, ani poté, co na něj zůstala sama. Po dvou otěhotněla znovu, tentokrát s Timem, ale k němu měla od začátku velmi negativní vztah, jak s pláčem říká: „Tima jsem si chtěla nechat vzít, ale už to nešlo, tak jsem si řekla, že si ho vyfetuju z těla. Často jsem to říkala i jemu, nechodila jsem vůbec k doktorovi, vůbec jsem s ním nekomunikovala. A rodila jsem ho v podstatě doma. Zrovna jsem hlídala plno dětí, protože jsem chtěla, aby se Miša aspoň s někým vídal, se stejnejma dětma feťáků, no a přišlo to na mě, ale já myslela, že mě bolí vředy, nebo tak. Nakonec jsem porodila na chodbě v nemocnici. A okamžitě mi ho vzali, protože jsem měla v krvi amfetamin a neměla jsem ani těhotenskou průkazku. Byli na mě hrozně hnusný, ale já se ani nedivím.“ Věra dále popisuje převrat ve vnímání nechtěného dítěte. „Něco se ve mně tím porodem probudilo a já najednou věděla, že ho nechci dát pryč, tak jsem začala domlouvat kojeneckej ústav a stacionář, kde jsme byli všichni 3 asi půl roku spolu.“

(3) Patologické chování a přítomnost dítěte

Věra odděluje situace, které se děly jejím 3 dcerám a zvláště pak hovoří o svých synech Maxovi a Timovi. Dcery byly přivedeny do nefunkčního manželství, které sice trvalo 12 let, ale děly se v něm velmi zlé věci. Věra vzpomíná na to, jak při hádkách nejstarší z dcer konejšila dvě mladší. Drogovým excesům nikdy přítomny nebyly, ale prý si vzpomínají „jak jezdily za maminkou do takového zavřeného domečku s okýnkama.“ Dnes, ve vyšším věku již vědí, že to byla psychiatrická léčebna. Starší dcera byla přítomna jedné z Věřiných psychóz, při které „si vyřezávala navigace z předloktí“, nebo také nepřímo tomu, kdy Věru vlastní manžel bodnul. Podle Věry měl naplánováno zabít jí, i děti. Ty ale stihla včas odvézt k rodičům poté, co našla otevřený článek o ubodání manželky a dětí. V přítomnosti chlapců Maxe a Tima docházelo taktéž k formám násilí, na které chlapci reagovali bezmocným pláčem. Ani jedno z dětí nebylo nikdy přítomno přípravě a aplikaci drog.

(4) Odloučení od dítěte/ dětí

Věra postupem času přišla o právo péče o všechny své děti. U děvčat k tomu došlo ve chvíli, kdy Věra prodělala další toxickou psychózu, ve které si, jak je zmíněno výše, vyřezávala z rukou navigační zařízení a všemu přihlížela její nejstarší dcera. V tento moment zasáhl Věřin otec, který si spolu s matkou vzali všechny tři dcery k sobě. „Vzali si děti k sobě a asi doufali, že se nějak pokupim, jenže já to brala hrozně sobecky. Sice mě bolelo, že jsem takovej sráč, ale hledala jsem si důvody k fetování. Rodiče mi sice nikdy nebránili ve styku s holkama, já jsem to ale stejně vzdala, protože jsem si myslela, že už je nikdy nedostanu. Několikrát na mě čekaly, byly jsme domluvený, ale já nepřijela“ vypráví s pláčem. V těchto situacích nijak nezasahoval OSPOD, v případě synů tomu bylo jinak. „Po doděláním stacionáře a odstěhování z kojeňáku jsem stejně pořád ujížděla. Poprosila jsem tátu, ať nás vezme k sobě a tenkrát jsme s nima jeli na dovolenou. Odtud jsme ale s dětma a

přítelem jeli domů asi o 14 dní dřív, protože nám došel perník. Pak jsme bydleli společně v azylovém domě, ale dostala jsem byt po nějakém dealerovi, takže mi noc, co noc klepali na okno fetky. Kvůli ospodu jsem chodila pravidelně na testy, i na azyláku mě testovali. Nejdřív jsem si počítala, kdy si můžu dát, pak jsem nosila kluků moč ve zkumavkách v kabelce. Jednou jsme přišli asi o hodinu později, než se na azyláku smělo. Tak mě chtěli hned testovat, jenže se mi to vylilo v kabelce a byla jsem najetá. Vyčůrala jsem se a doufala, že se nějak domluvíme, ale ředitelka ještě tu noc zavolala na sociálku a za chvíli si pro kluky přijeli. Kluci brečeli, hrozně křičeli, to bylo hrozný. Tenkrát byli beze mě v kojeňáku asi 6 měsíců.“ To bylo nejdělnější odloučení od obou chlapců, na které navazuje společný pobyt v Karlově.

(5) Pocit viny a studu

Věra otevřeně a úderně popisuje situace jak směrem k děvčatům, tak chlapcům Maxovi a Timovi. Většinu tohoto času pláče. „*Pořád cejtim vinu, za všechny. Tím, že holky už jsou starší a můžu s nima mluvit otevřeně, tak vědí, že to všechno nebylo kvůli tomu, že bych je neměla ráda. Největší vinu cejtim za Tima. Že nikdy v tom bříse neslyšel nic hezkýho... (pláč). A za Maxe taky, co všechno jsem zavinila tím, v čem vyrůstal. Že jsem mu ukradla kus dětství, protože musel konejšit Tima, když plakal a měl astmatický záchvaty. Že sám teď má záchvaty vzteku a opakuje to, co viděl, jenom násilí. Oba jsou tak strašně chytrý, kdybych se jim víc věnovala, mohli být už teď jinde.“ Pro vyjádření pocitů spojených s proviněním použije další z Věřiných autentických citací: „*Ze začátku se mi tyhle pocity a výčitky vynořovaly často, ale já jsem si řekla, že to tady změním. Věděla jsem to už z kojeňáku, že jim nebudu umět dávat hranice, protože jim to budu chtít vynahrazovat a taky jsem to tak dělala, ale zjistila jsem, že to opravdu nemá cenu. A i když mě to bolí a často pak večer brečím, když kluci spí, vidím, že to má smysl. Říkám si totiž, že když teď budou žít ten normální život, že jim to všechno vynahradím a zachráním, že zapomenou na ty špatný věci.“**

(6) Výchova a její těžkosti

Věra se v mateřské pozici cítí dobře, sama staví na silných základech, o kterých mluvila ve spojitosti s rodinou, takže s výchovou a péčí o děti nemá výraznější problémy. Jmenuje ovšem následující: „*Nejtěžší pro mě ze začátku bylo trestat Maxe, když do mě kopal, nebo ho jakkoli zastavovat. Protože jsem to způsobila já, koukal se na to celej svůj život. Dávat hranice Tomášovi je pro mě ještě těžší, protože je mi ho ještě pořád hrozně moc líto. Bojím se, že má z toho braní následky, že proto je tak vzteklej. A tak je pro mě mnohem těžší ho trestat. Nakonec jsem to ale i přes svojí bolest začala dělat. Nejsem na děti zlá, ale dávám jim ty hranice a když řeknu, že něco nebude, že si nezaslouží, tak to i přes tu bolest a pláč kluků dostojím.“ Věra popisuje, jak ve projevech u synů vidí sama sebe, když je rozzlobená a dobře rozumí tomu, proč se takhle projevují její synové.*

(7) *Můj den s dítětem*

Věra tráví se svými syny čas hlavně aktivně, s maximálním zapojením do všech her, často je učí, trénuje řeč a také si s nimi zpívá, recituje, tancuje. Sama říká: „*když nefetuju, tak jsem normální, nezažívám žádné obtíže, jsem schopná fungovat a starat se, být dobrá máma.*“

(8) *Náhled na vlastní počínání ve výchově*

Když si večer sednu a zrekapituluju den, jsou tam i věci, který mě netěšej, ale říkám si, že je to pořád dobrý. Myslím si, že pro děti je nejdůležitější udržovat teplo domova a cejtít se dobře tam, kde ta máma je. To si myslím, že umím a díky tomu se mi podařilo znovu s klukama, vlastně i holkama navázat vztah. Daří se mi to, že když něco řeknu, tak si za tím stojím a už to tolik nebolí, protože u kluků vidím ty pokroky. U Tima to jde pořád hůř, ale říkám si, že jestli vydržím v těchhle kolejkách, tak to bude dobrý.“ Věra popisuje také snahu o to vychovat z kluků dobré lidi, ale sama vzápětí mluví o tom, že je to spíše paradox.

14.4. Eva, 25 let

i) *Charakteristika respondentky a její zázemí*

Eva je klientka Terapeutické komunity Karlov, kde podstupuje svou první léčbu a pobývá zde se synem Adamem (1,5 roku). Je také matkou 5leté Táni, kterou vychovává otec. Primární drogou v její anamnéze je pervitin, který s přestávkami užívá od 17 let.

Eva o svém rodinném zázemí mluví zpočátku velmi negativně. Zmiňuje přehlížení stran otce, který upřednostňoval jejího staršího bratra. Ten měl veškerou pozornost i od matky, neboť byl oproti klientce „*náročnější a hyper*“. Dále říká: „*táta byl zlej na mámu, ale nám neublížoval, stejně tak babička, oba na ní byli zlí, hrubí, dávali jí všechno sežrat.*“ Silný vliv na toto chování měl otcův alkoholismus, viz Klíčová témata. Rodiče se rozvedli, když bylo Evě 10 let, ale i po odloučení se vídali a otec u rodiny často přebýval, neboť se nad ním matka „*slitovala*“. O dětství mluví v dobrém duchu při vzpomínání na časy strávené u prarodičů z matčiny strany, kde měla hodně kamarádů, se kterými je dodnes v kontaktu. Eva říká, že „*zvrat nastal až v 8. třídě, když jsem potkala kamarádku X, ona byla taková párty dáma a stáhla mě s sebou.*“ V tomto vývojově kritickém období se také často starala o mladší sestru, neboť matka byla pracovně velmi vytížená. O tom říká: „*Neměla jsem čas být dítě, proto teď umím hodně věcí v domácnosti, ale chyběj mi ty kraviny.*“

Na emocionální úrovni vnímá a popisuje problémy s otcem takto: „*Nenáviděla jsem ho, ale hrozně jsem toužila, aby si mě všímal. Dělal mezi mnou a bráchou obrovský rozdíl a doted' se cejtím nechtěná.*“ Eva dodává, že jako otcovskou figuru vnímá druhého manžela své matky.

ii) *Klíčová témata*

(1) *Přítomnost adiktologické anamnézy v původní rodině*

S ohlédnutím do širší rodiny zmiňuje v otázce adiktologických problémů otce, který je dle jejích slov alkoholik a gambler, stejně jako jeho bratra, který pije a nadužívá léky. Popisuje otcovy výstupy pod vlivem alkoholu, mezi něž patří kromě hádek a útoků například přítomnost dětí v hernách, barech atp. Klientka vzpomíná, jak viděla otce držíc polštář na obličeji 2měsíční sestry za účelem utišit její pláč. Rodina byla kvůli jeho počínání také zadlužená. *„Citově nás vydíral, lehnul si k nám do postele úplně ožralej a říkal, že má rakovinu, že mu zbývá měsíc života. To bylo furt. Měl všechny nemoci světa.“*

(2) *Těhotenství a jeho okolnosti*

Eva poprvé otěhotněla ve 20 letech v době, kdy abstinovala. Táňa byla počata přes užívání hormonální antikoncepce s tehdejšími čerstvými partnery. Ten se k Evinu těhotenství stavěl tak *„že mu zničí život“*; od Evy se distancoval odjezdem do ciziny, kde byl až do 1. narozenin své dcery. Evě v tomto těžkém období pomáhal jiný partner, zamilovaný pár se tedy na miminko velmi těšil a neuvažoval nad jakoukoli jinou variantou. *„Táňa se narodila a pak už toho na něj bylo moc a začal si s jinou. Hrozně mi ublížil. V tu dobu se vrátil Táni otec, tak jsme si řekli, že to spolu zase zkusíme.“* Rodičovské role se vyměnily a Eva nastoupila do práce. Péče o dceru ovšem nebyla dle Evy optimální a tak započaly hádky a rozepře. *„Ponižoval mě a ptal se mě, koho si myslím, že si zasloužím, jako bejvalá feřačka. Vyháněl mě tím, začala jsem chodit ven, pařit, zatímco Táňa byla s ním.“* V tomto období se Eva setkává s otcem syna Adama, jimž je uživatel, který jí *„prosil o záchranu.“* Namísto pomoci se stabilizací nového partnera Eva znovu upadá do závislosti a v této fázi přichází do jiného stavu se synem Adamem. Od začátku byla rozhodnutá, že podstoupí interrupci. Rodina jí finančně pomohla, aby mohla výkon zaplatit, ovšem nejprve do tohoto obnosu sáhl její partner a záhy i ona, aby si mohli obstarat drogu. Později se pokouší o abstinenci, ale od 30. let opět nitrožilně užívala pervitin. Syn Adam se narodil s vývojovou vadou. Po jeho narození se jí opět podařilo 4 měsíce abstinovat. S oběma dětmi v těhotenství docházela do gynekologické poradny.

Prožitky z obou těhotenství byly dle jejích slov příjemné, konkrétně Adam jí *„hodně pomáhal. Když jsem brečela, Adam mě kopal a já se držela toho břicha a bylo mi hrozně dobře. On byl takovej i jako miminko, se vším mi pomáhal.“*

(3) *Patologické chování a přítomnost dítěte*

Otázka nevhodnosti chování před zraky dítěte byla odpovězena stroze, neboť děti podle klientky nebyly nikdy přítomny aplikaci. Maximálně *„Táňa slyšela, jak jsme se hádali.“*

(4) *Odloučení od dítěte/ dětí*

K úpravě péče o dceru došlo po ročním odloučení. Téměř po celou dobu je tedy v péči svého biologického otce a na základě domluvy v péči pomáhají také prarodiče z Eviné strany. V ohledu péče o syna došlo k dohledu orgánu SPOD poté, co byla Eva testována

policií při jízdě kontrola a orientační test na drogy byl pozitivní. Od té doby docházela na kontrolní testy v krajském městě, což řešila uchováváním dětské moči ve zkumavkách. K odebrání syna došlo několik měsíců poté, co byla situace neudržitelná a „*máma to upekla se sociálkou*.“ Eva nebyla ve styku se synem celé 4 měsíce, neboť prarodiče, kterým byl svěřen do péče se stykem nesouhlasily. K návratu k matce došlo až s nástupem do TKK.

(5) *Pocit viny a studu*

„*Vůči Táně vinu ani tak nepociťuju, protože tu jsem si do roka užila. S Danem to byly fety, rozhodně cítím vinu, obrovskou. U obou dětí jsem propásla první kroky. Ty děti mi vždycky jenom překážely.*“ Eva má pocit, že vynahrazování není její velké téma, neboť to, jak se nyní vztahuje k dětem jí připadá jako „*normální*“. O vině hovoří jako o silném tématu do budoucna, neboť se obává toho, že nemá svým dětem co předat, ba dokonce, že se mohou věci ještě více zkomplikovat. „*Ani nevím, čím jim to mám vynahrazovat, možná až budou starší, ale já nevím, já prostě vůbec nevím jak. Hlavně u Táni, ale Adam měl mámu v mojí mámě.*“

(6) *Výchova a její těžkosti*

Posouzení vlastního počínání a těžkostí výchovy působí stroze. Eva „*neví*“. Po bližším doptávání hodnotí: „*V některých situacích se směju a vím, že nemám, moc mu povoluju. Nemám problém mu ty hranice dávat, ale udržet je.*“ Eva také říká, že má pocit „*že se to nezblázní*“ a rozvádí tuto myšlenku. Eva má tendence situace hodnotit zvlášť, jak sama říká „*podle nálady*“ a její slabinou je dle jejích slov smích v neadekvátních situacích. Doplnuje : „*Nejtěžší je pro mě udržet nervy, když ví, že nesmí a kouká na mě, třeba s tím jídlem, on si s ním hraje, tomu se nejde zasmát.*“ Odpověď na tuto otázku vztáhla v podstatě výhradně na syna, k dceři se ohledně strastí výchovy nevyjadřuje.

(7) *Můj den s dítětem*

Eva pojala odpověď na tuto otázku v podobném duchu, jako předchozí a říká: „*Náš den vypadá jako každé jiné. Je pro mě těžký si s ním najít nějakou aktivitu, protože u ničeho nevydrží, a to, co chci dělat já, nechce. Nemůžu mu brát, že si dokáže hrát sám. On je takovej hrozně svůj.*“ Na druhou stranu dodává: „*Ráda ho pozoruju, jakou má fantazii.*“

(8) *Náhled na vlastní počínání ve výchově*

Pro Evu není jednoduché zhodnotit se v obou směrech, jak negativním, tak pozitivním. Říká, že k tomu, aby se pochválila to potřebuje nejprve slyšet od druhých. U syna se jí v relativně útlém věku podařilo zvyknout si na dioptrické brýle, které jsou s jeho dispozicemi nezbytné. Vyjadřuje se k intervencím stran terapeutického týmu a toho, že příklonění se k jejich radám se vyplatilo. „*Pochopila jsem, že děti potřebujou pofoukat bebíčko a taky vědět, kde ta máma je, když jdou spát a když se probouzí. Vždycky, když přijdu ze skupiny, jdu se s ním přivítat, protože už vím, že se na mě těší a potřebuje to.*“

14.5. Karolína, 24 let

i) *Charakteristika respondentky a její zázemí*

Karolína je klientkou Terapeutické komunity Karlov, kde postupuje léčbu závislosti na pervitinu. Jedná se o druhý léčebný pobyt. První proběhl v psychiatrické nemocnici. V osobní historii užívání se převážně v posledních měsících také významně objevuje alkohol. Karolína pobývá v zařízení se svým 5letým synem Tadeášem, jenž je jejím jediným potomkem.

Co se týče dětství Karolíny, okamžitě po položení otázky se vrací do dob, které trávila se svými prarodiči. Ti se o ní starali od 3 let, poté, co matka odešla od rodiny a otec nastoupil do výkonu trestu odnětí svobody. S babičkou a dědou žila s pauzou, kdy se vrátila do péče k matce až do 16 let, kdy sama nastoupila nejprve do diagnostického a posléze do výchovného ústavu. Ve vzpomínkách na tuto dobu se usmívá a hodnotí své dětství jako hezké. *„Neměla jsem ani svůj pokoj, spala jsem s babičkou v posteli a pak jsem měla v obýváku svůj koutek, ale přes to všechno. Babička mě všechno učila, vodila mě do lesa, ukazovala mi stromy. Děda mi zase vyráběl panenky ze dřeva. Koupili mi i psa.“* Ohledně času stráveném s matkou říká: *„Jednou si pro mě přijela na víkend, asi ve 3. třídě a vzala mě k ní. Byl to privát, kam si vodila chlapy. Chytla jsem tam svrab. Taky každé rok probíhalo strašně moc soudů a psychologických vyšetření, potom jsem se vrátila k babičce, hrozně mi chyběla. Rodiče mi nechyběli, ty jsem pak už nechtěla. Já mámu nikdy nebrala jako mámu. Táta mi řekl, že pracuje v Německu. Já jsem si zakořenila, že mě nechtěj, potom už jsem nechtěla já je.“*

Matka v životě Karolíny mateřsky příliš nefigurovala a v současném kontaktu nemá pro dceru slova podpory, jako spíše výčitek a rad. Karolína s pláčem vzpomíná na babičku, ke které se v dobách intenzivního užívání nechovala dobře. Dlouze o ní hovoří ve spojení s pocity viny k zemřelé babičce, což je bezpochyby silné téma pro vlastní terapii, nicméně jedná se o informaci nerelevantní pro tento výzkum.

iii) *Klíčová témata*

(1) Přítomnost adiktologické anamnézy v původní rodině

Karolína popisuje životní styl svého otce a zmiňuje *„že z doslechu snad někdy kšeftoval s drogama“*, ale dodává, že tomu nevěří. Z povídání o dětství vyplynulo, že matka se živila prostitutí, nicméně s návykovými látkami, ani hracími automaty tou dobou problémy neměla. *„Dneska žije v takový čtvrti, kde je strašně moc bohatých lidí a oni prostě chlastaj. Když jsem tam teď přijela, tak jsme vypily asi 6 lahví šampaňskýho. Začaly jsme si vyčítat věci.“* Byť se v interview nevyskytují informace o závislostních problémech v rodině, důležitou zmínkou je: *„Táta byl hroznej proutník a spal se stejně starejma holkama jako jsem byla já, psal mým kamarádkám. Bylo to trapný, hrozně mě tím ponižoval.“* Informace používám z toho důvodu, že se v následujících okruzích zajímám o podobné téma, jímž je přítomnost dětí jakémukoli druhu patologického chování.

(2) Těhotenství a jeho okolnosti

„*Otěhotněla jsem ve 20 letech, už jsem byla 5 let na jehle, na velkých dávkách. Na squatu jsem se seznámila s klukem a hrozně jsme se do sebe zamilovali.*“ Tento toxikom byt se nacházel v bezprostřední blízkosti babiččina bydliště, takže Karolína se s ním často potkávala. Bylo jí nabídnuto nastěhovat se zpět k ní, spolu s novým partnerem, čehož Karolína i on využili. Tou dobou oba partneři krátce abstinovali a Karolína „*ihned otěhotněla*“. Karolína bilancovala nad tím, co „*jí na to řekne táta.*“ Plod po celou dobu nazývala „*vetřelcem*“ a přesto, že partner o dítě stál a babička byla připravena pomoci, Karolína o miminko rozhodně nestála. Říká „*on mě namotal, přemluvil, nasliboval mi plno věcí.*“ Opět začala brát drogy zhruba v polovině těhotenství „*protože jí partner zmlátil.*“ Dítěti v břiše se nic nestalo, přestože se útoky na těhotnou Karolínu opakovaly častěji. Narodil se zdravý syn Tadeáš, přestože Karolína od 4 měsíce intenzivně užívala. Ve zdravotní kartě nebylo uvedeno, že by matka užívala návykové látky, přestože byla pod vlivem – nedošlo k testování. Tadeáš byl brzy odstaven od kojení, neboť Karolína podle svých slov „*těžce prožívala to, že partner je ve výkonu trestu*“ a tak „*jela bomby, střílela si do tepny, začala prodávat drogy.*“

(3) Patologické chování a přítomnost dítěte

Syn Tadeáš byl od narození přítomen jak užívání drog, tak fyzickým útokům stran partnera. „*Byl u všeho, jednou jsem usnula s buchnou v ruce. A když mě přítel topil, Tadeáš se úplně zalykal, strašně brečel, nemohl ani dýchat. Byl prostě u všeho od miminka. On mě bil i když jsem Tadeáše kojila.*“ Všechno výše zmíněné Karolína zažívala v čistém stavu, zatímco partner užíval a měl toxické psychózy.

(4) Odloučení od dítěte/ dětí

Časový horizont odloučení byl nejdéle 4měsíční, v době, kdy matka nastoupila do psychiatrické léčebny. Říká: „*ani v těch nejhorších stavech jsem ho nechtěla dát pryč, ani našim, protože jsem věděla, že bych o něj přišla.*“ V této době byl syn v dočasné péči Karolíny otce a jeho partnerky, nikdy ovšem nebyly zvláště uspořádané výchovné poměry.

(5) Pocit viny a studu

Karolína se primárně vrací k pocitu viny vůči babičce. V otázce výchovy syna říká: „*Myslela jsem, že to bude jiný, že to s tím partnerem zvládneme, a ne, že se stane tohle. Mohla jsem mu dát jiný život. Byla jsem prostě furt sjetá.*“ V Karolíny příběhu silně figurují muži, se kterými se vždy „*zdejhla a byli pro ni na prvním místě.*“ „*Připadalo mi, že mě nepotřebuje, že stejně nic nevnímá, byl strašně hodnej, klidnej.*“ Karolína se pozastavuje nad možnou regresí syna, ke které došlo vlivem svědectví u domácího násilí. „*Předtím, než mě partner bil a topil, než to Tadeáš všechno viděl, tak uměl krásně říct Karolína, spal bez plínky,*“ říká s pláčem.

Výčitky svědomí vůči synovi se jí vynořují ve vzpomínkách a v představách o dokonalé rodině, při které myslí na Tadeášovo otce. „*Každý večer usínám s tím, že chci být jiná, že musím být jiná, vždyť já jsem jeho střed vesmíru, on mě úplně zbožňuje. Jsem ráda, že to konečně vim,*“ popisuje to, jak si začala uvědomovat svoje chyby. Tadeáš se dle jejích

slov „*všeho bojí*“, což si Karolína uvědomuje a říká, že je jediná, kdo to může zvrátit. Výčitky se snaží potlačovat a vůči synovi je chce „*vynulovat*“ tím, že změní své chování. Říká o sobě, že je přehnaně ochranná, protože na něho byla v minulosti velmi „*zlá*“. Také jeden z partnerů syna uhodil, čímž si také vysvětluje, proč je aktuálně jako matka hyperprotektivní. Karolína věří, že „*jednou ty výčitky pominou*.“

(6) *Výchova a její těžkosti*

Karolína říká, že těžké je odpoutat se od vlastní nálady, od svého rozpoložení. O hranicích mluví s lehkostí, protože „*dokáže být přísná i zlá*.“ Největší těžkostí aktuálně vnímá intelektové rozvíjení syna, protože má tendence využívat spíše direktivní styl. „*Já bych to uměla dirigovat, ale neumím si s ním hrát, nevzpomínám si, jak si hráli se mnou, jak mě učili a tak*,“ říká s pláčem. „*Chtěla bych dát Tadeášovi to, co mi dala babička, vyprávěla mi pohádky, hrála si se mnou hry, ale nemůžu si na to vzpomenout. Neumím to, nejde mi to*.“ Dětské hry a aktivity, které syn vyžaduje opakovat Karolínu nudí a také má strach, že „*to dělá špatně*.“ V budoucnu by ráda vyhledala odbornou pomoc v otázce péče a výchovy.

(6) *Můj den s dítětem*

Karolína se uchyluje k popisu dne, který je řízen režimem terapeutické komunity. Vyjadřuje se s důležitostí o tom, jak je pro ni složité se synem si hrát, vydržet u dětských aktivit, které chce „*opakovat pořád dokola*.“ Často se spolu mazlí, Tadeáš upřednostňuje matčinu přítomnost před hraním s vrstevníky, či jinými dětmi.

(7) *Náhled na vlastní počínání ve výchově*

Karolína s radostí hovoří o tom, že „*vidí a cítí, že Tadeáš jí miluje*“, což ji motivuje ke změně. Je si vědoma, že syn je na ni na základě traumat z minulosti silně upnutý. Po vzájemném odloučení nyní vnímá jako pokrok především uvědomění, že má „*žít pro dítě a přiznat si, že dříve to tak nebylo*“ a dodává, že tento pokrok je „*čistě její*.“ Pokroky s Tadeášem, kromě toho, že jsou „*konečně spolu*“ zatím nepozoruje. Snaží se chápat všechny dětské projevy, především strachy a vést ho bezpečně k zahojení.

15. Rozbor

15.1. Přítomnost adiktologické anamnézy v původní rodině

	ANO	NE	
Mona	X		Alkohol a gambling u otce
Anna	X		Alkohol a gambling u matky, otčíma a širší rodiny po matčině rodové linii
Věra		X	Oba rodiče pouze příležitostně alkohol
Eva	X		Alkohol a gambling u otce
Karolína		X	Oba rodiče pouze příležitostně, matka až v současnosti excesivně alkohol

Ve třech případech se v původní rodině respondentek explicitně vyskytovalo nadměrné užívání alkoholu a hazardního hraní. Přítomnost problémů z nadměrného pití klientky jmenovaly i u některých členů širší rodiny, například u prarodičů. Ani v jednom případě se zde nevyskytuje užívání drog. V jednom případě, u Karolíny, se vyskytuje patologie v podobě páchání trestné činnosti, potažmo výkonu trestu odnětí svobody ze strany otce a prostituce ze strany matky. Významnější výskyt byl zaznamenán u násilí v rodině, viz níže.

Přítomnost násilí v původní rodině

	ANO	NE	
Mona	X		Přísný otec, fyzické násilí na matce
Anna	X		Agresivní otčím, fyzické násilí na matce i dětech
Věra		X	Žádný výskyt násilí v rodině
Eva	X		Agresivní otec, fyzické násilí na matce
Karolína		X	Žádný výskyt násilí v rodině

15.2. Okolnosti otěhotnění

	Užívání v těhotenství ANO	Užívání v těhotenství NE	Další okolnosti
Mona- 2 děti	u obou dětí po celou dobu – u dcery do nástupu do TKK		Děti mají stejného otce, těhotenství bylo v obou případech neplánované, původní nadšení vystřídané panikou a myšlenkami na potrat. Matka nedocházela do gyn. poradny, obě děti narozeny v pořádku, bez obtíží.
Anna- 2 děti (1.v adoptivní péči)	při 1.těhotenství jednorázově, při druhém po celou dobu		Prvorozená dcera odevzdána v porodnici k adopci, syn neplánovaný, nechtěný, bez navázání pouta. Anna nenavštěvovala gyn. poradnu, narozen v pořádku, bez obtíží
Věra- 5 dětí	u posledních 2 dětí po celou dobu	u prvních třech dětí pouze v mezidobí	První tři děti počaté plánovaně, v manželství. Nejmladší synové s jiným partnerem neplánovaně, druhý z nich nechtěně-matka si jej chtěla „vyfetovat z těla“, navázání pouta až po narození. Po dobu všech těhotenství matka monitorována v gyn. poradnách, všechny děti narozeny v pořádku
Eva- 2 děti	u 2.dítěte do 30.tt	u 1. dítěte	Obě děti počaty neplánovaně, s jinými partnery, první dítě chtěné, druhé zcela opačně – uvažování nad interrupcí, potažmo adopcí, v obou případech sledována v gyn. poradnách druhorozený syn narozen s vývojovou vadou ledvin
Karolína- 1 dítě	před a zhruba od poloviny těhotenství		Syn počat v době abstinence neplánovaně, potažmo zcela nechtěně – nazýván „vetřelcem“. Bez monitoringu v gyn. poradně, narozen zdravý, v současnosti výskyt a medikace ADHD, navázání vztahu po narození

Z výše uvedených dat vyplývá, že většina dotazovaných klientek po dobu alespoň jednoho těhotenství excesivně užívala drogy. Gynekologickou poradnu navštěvovaly pouze 2 dotazované. Ani jedna klientka v době užívání návykových látek neplánovala otěhotnění a všechny děti byly alespoň po určitou dobu zcela nechtěné. Jedno dítě bylo odevzdáno k adopci, ke zbylým dětem se podařilo matkám navázat vztah po narození, pokud nebyl již tvořen v době těhotenství – to vypověděla 1 klientka. Kromě případu vrozené vývojové vady a pozdějšího výskytu ADHD se děti narodily bez zdravotních obtíží, v termínu.

15.3. Patologické chování a přítomnost dítěte

	Užívání návykových látek	Násilí, agrese	Popis
Mona		X	Prvorozený syn byl v útlém věku často vystavován agresivním výstupům obou rodičů, na které reagoval pláčem a křikem. Přípravě, nebo aplikaci byl matkou vždy chráněn.
Anna		X	Syn, který zůstal v péči rodičů byl často svědkem násilí mezi rodiči, ve dvou letech našel spolu s matkou doma mrtvého otce. Rodiče se celou dobu s přípravou a aplikací drog dítěte stranili.
Věra		X	Děti byly svědky násilí mezi rodiči, na které reagovali pláčem a křikem. Přípravě, nebo aplikaci byli matkou vždy chráněni. Patrné agresivní projevy po vzoru rodičů.
Eva			Partnerský vztah nebyl násilný. Přípravě nebo aplikaci drog nebyly děti nikdy přítomné.
Karolína	X	X	Syn byl od útlého věku svědkem brutálního fyzického násilí, stejně jako přípravě a aplikaci drog ze strany matky. Patrná vývojová regrese.

Získaná data ukazují, že pouze v jediném případě nebyly děti vystaveny ani násilí, ani užívání návykových látek. Všechny zbylé klientky, tj.4, se ve vztazích potýkaly s různými formami domácího násilí, jímž byly jejich děti přítomné. V případě Karolíny se jednalo například o pálení cigaretami, topení ve vaně, nebo bití při kojení. Její syn byl sám obětí útoku agresivního partnera. V tom samém případě se dítě účastnilo přípravě a aplikaci drog. Jedná se o jediný případ z dotazovaných. V případě klientky Anny došlo společně se synem k nalezení mrtvého partnera v místě společného obydlí. Nejstarší dcera klientky Věry

byla přítomna toxické psychóze matky, kdy si „*vyřezávala z rukou vysílačky*.“ Stejně tak prvorozená dcera figurovala mladším sourozencům jako ochránce, když se báli. Pouze ve dvou případech respondentky otevřeně hovoří o možných dopadech přítomnosti násilí, jimiž jsou v jednom případě agresivní projevy u dětí a v druhém vývojová regrese.

15.4. Odloučení od dítěte / dětí

	ANO	NE	Výchovné poměry
Mona	1.dítě	2.dítě	Prvorozený syn 4 roky v pěstounské péči u prarodičů matky, bez styku, dcera ve vlastní péči, bez dohledu OSPOD
Anna	1.dítě	2.dítě	Prvorozené dítě po porodu předáno k adopci Syn po celou dobu ve vlastní péči, 1 udání na OSPOD, aktuálně bez dohledu
Věra	Všechny děti		Tři nejstarší dcery v pěstounské péči u prarodičů Dva nejmladší synové předběžným opatřením v kojeneckém ústavu po dobu 6 měsíců bez matky, synové aktuálně zpět v péči matky
Eva	Obě děti		Odloučení od dcery bez shledání cca 1 rok, od syna cca 4 měsíce. Dcera je orgánem SPOD přisouzena do péče otce, syn bez dohledu OSPOD, v minulosti dohled na základě udání
Karolína	Ano		Odloučení od syna na dobu 4 měsíců z důvodu pobytu v PN, bez dohledu OSPOD

Výsledky šetření ukazují, že k odloučení od dítěte/ dětí došlo u všech respondentek. Výjimkou v obou případech je Anna, která prvorozené dítě předala po narození k adopci, ale s druhým dítětem, synem, nedošlo k žádnému odloučení. Nejkratší doba odloučení u zbylých klientek je 4měsíční interval, nejdelší aktuálně 4letý. Orgán sociálně právní ochrany dětí u respondentek zasahoval ve 4/5 případech.

15.5. Pocit viny a studu

	ANO	NE	Důvody
Mona	X		Velká vina k oběma dětem, především za užívání v těhotenství, u syna v pěstounské péči za ztracené roky a vazbu, u dcery za nezvládnutou situaci ohledně výživy. Strach, zda to půjde napravit, z přehnaného vynahrazování, úplné ztráty syna nebo nespravedlivého dělení mezi oběma dětmi
Anna	X	ve vztahu k prvnímu dítěti nikoli	Vůči dítěti v adopci, vzhledem k jistotě o vhodné rodině, nikoli. Vůči synovi hrozná pocity, výčitky za užívání v těhotenství, nesnášenlivost k miminku v břiše, odkládání dítěte, nezájem, nepozornost. Do budoucna strach ze ztráty důvěry a rizika poznamenání synovy osobnosti.
Věra	X	u starších dcer již nikoli	Se staršími dětmi otevřeně hovoří o problémech, což jí pomohlo zbavit se výčitek. Vůči synům obrovsky tíživé pocity, hlavně vůči nejmladšímu, neboť byl zcela nechtěný a nesnášený. Výčitky za užívání v těhotenství a svědectví dětí hrozným situacím. Vina za vývojovou opožděnost a agresivní projevy u dětí, které tomuto přisuzuje. Strach z nedostatečné kompenzace, potažmo přetrvání obtíží u dětí.
Eva	X	u starší dcery méně	U obou dětí významně bolestivě prožívá to, že neviděla první kroky, přesto pocit viny u starší dcery nemá, neboť byla dostatečně nahrazena péčí babičky. Vůči synovi má výčitky především kvůli užívání v těhotenství, ale také významně hovoří o vině ve vztahu k budoucnosti.
Karolína	X		Silné výčitky a pocit viny za neřízené užívání po narození dítěte, a hlavně za násilí, kterému byl syn od mala přítomen, přisuzuje tomu jeho regresi ve vývoji a ustrašenost. Vinu pocítuje také kvůli dřívějším neadekvátním projevům ve vztahu k dítěti a dojmu, že matku ještě nepotřebuje.

Rozvaha s respondentkami na téma pocit viny a studu přinesla výsledek, že každá z nich se s ním v určité formě potýká, a i v případě, že se podařilo jej částečně odbourat, odpuštění je pro ně obtížné. Podařilo se to u klientek, kde péči o jejich děti zajišťuje vhodná osoba, jako například prarodiče. Všechny klientky shodně litují užívání těhotenství, které nejen že zamezilo vytvoření mateřského pouta, ale usuzují na něho i v případě vývojových charakteristik a vad u dětí. Obdobně také jmenují provinění z nezájmu a strach z opětovného

navázání důvěry. Významný pocit viny a studu přináší výše analyzované svědectví dětí patologickým jevům, konkrétně násilí.

15.6. Výchova a její těžkosti

	Popis
Mona	Obavy o schopnost hraničení a nerozmažování syna, který je zvyklý na jiné poměry z 4leté náhradní rodinné péče, strach z nerovnoměrného dělení mezi ním a dcerou, která je v její péči a stará se o ni adekvátně. Ve vztahu k ní je se svou péčí spokojená, motivovaná. V obou případech je pro Monu složitě tuto otázku uchopit.
Anna	Za nejtěžší otázku výchovy považuje soustředěnost a důslednost v dodržování stanovených hranic, zhodnocení nevhodnosti chování a případné zastavení.
Věra	Obtížným vnímá zastavování projevů, které jsou důsledkem nevhodného rodičovského působení z minulosti. Z počátku hodnotila nutnost hraničení jako bolestivé, nyní tak koná i přes vlastní nepohodlí. Výchovu nepovažuje za příliš náročnou, když je střízlivá.
Eva	Problémy ve výchově vyvstávají na základě nedůslednosti a hraničení, kdy se ve chvílích nutného zásahu buďto směje, nebo reaguje neadekvátně, nepřívětivě, hrubě. Popisuje to, že synovi povoluje až příliš, často s omlouváním takového počínání
Karolína	Je obtížné syna hraničit hlavně na základě jeho silné až úzkostné vazby na matku. Výkyvy nálad zapříčiňují nedůslednost a mnohdy i nevlídnost, které následně lituje. Těžkosti vnímá v učení a hraní, limitována strachem, zda to dělá dobře.

Výsledky rozhovorů rozkrývají, že ve všech případech je velkým mateřským tématem nutnost pokládat hranice. Stěžejní problém je v jejich důsledném dodržování. Klientka Věra jediná popisuje to, že přes bolest, kterou prožívá tak činí, neboť vidí kladné efekty. Respondentky také vyjadřují nejistotu v otázce vynahrazování a neadekvátní reagování na potřeby dětí.

15.7. Můj den s dítětem

	Popis
Mona	Dny prožívané s dcerou naplněny štěstím a radostí, nadšené sledování vývoje a brzká snaha novorozenou dceru učit novým věcem. Plnění povinností v čase, kdy dcera spí, snaha trávit s ní maximum volného dne.
Anna	Komplikované hledání společných aktivit, soustředěnost a pozornost k tomu, co syn vyžaduje se zlepšuje spolu s časem a zkoušením nového. Vyčlenění času pro sebe i přes nevhodnost ve vztahu k režimu v TKK. Vytvoření společného rituálu před spaním.
Věra	Výrazná schopnost komunikace s dětmi a společné práce. Věra si s dětmi často čte, maluje, zpívá a každý společný čas je naplněný také společnou aktivitou.
Eva	Společný čas trávený spíše pasivně, problematické napojení a shoda v aktivitách. Evu nebaví synovy zájmy a naopak. Oceňuje a ráda sleduje syna, jak si hraje sám.
Karolína	Schopnost komunikovat se synem na dětské úrovni je znemožněna nejistotou, zda je to tak správné. Karolínino téma je nesoustředěnost a neschopnost vzpomenout si „jak na to“. Patrné snahy o hledání společných aktivit jsou zatíženy prožívanou nudou ze stereotypního hraní. Aktivní čas trávený spíše procházkami atp.

Jednotlivé popisy dne, tak jak ho v TKK tráví matky s dětmi, se ve třech případech podobají v otázce obtížného naladění na dětskou vlnu, potažmo hraní si se svým dítětem. Pro klientky je nelehké shodnout se s dítětem na společné aktivitě, a především pak v jejím pozitivním prožívání, aniž by se u toho nudily. Významně se ve výpovědích vyskytuje také nesoustředěnost, hlavně u klientky Anny a Karolíny.

15.8. Náhled na vlastní počínání ve výchově

	Popis
Mona	Hodnotí jako dobré, svému synovi bývala pevnou a láskyplnou matkou, své dceři poctivě naplňuje veškeré potřeby. Svou dceru považuje za zázrak, který si konečně uvědomila.
Anna	Své dosavadní snahy vidí spíše jako nefunkční, za stěžejní ovšem považuje to, že si k synovi našla opravdový vztah a prožívá vděk. Ke schopná vidět ho v dobrém světle a nahlíží také následující kroky, které je nezbytné ve výchově podniknout.
Věra	Věra se v mateřské roli cítí dobře, uplatňuje zkušenosti ze svého dětství, které bylo hezké a stran rodičů dobře vedené. Za dobré považuje to, že oba synové dělají pokroky v nápravě chování, mluvení atp. a také přesvědčení, že i v prostředí léčebného zařízení jim vytvořila teplo domova.
Eva	Pro Evu je komplikované zhodnotit dosavadní počínání. Přesto jmenuje pokroky, které se synem zvládla, jako naučení nosit dioptrické brýle.
Karolína	Za svůj největší krok v otázce výchovy považuje pochopení synova prožívání a opětovné vzplanutí vřelého citu k němu.

Klientky TKK v oblasti sebehodnocení pozitivně hovoří o navázání mateřského pouta ke svým dětem, které bylo v minulosti buďto přerušeno, nebo nebylo zcela vytvořeno. Klientka Věra se snaží zúročit to, co sama v dětství pojmula z vlastní rodiny.

16. Pozorování

Nestandardizované zúčastněné pozorování, jakožto další využitá metoda kvalitativního šetření, bylo zaměřené na pozorování klientek v interakci s jejich dětmi. Pro konkrétní výzkum bylo vybráno pět interakcí od čtyř respondentek výzkumu. Respondentka Mona byla pro tuto metodu vyňata ze vzorku, neboť by bylo relativně snadné sledovat výchovné působení na její 7měsíční dceru Miu. Byla nahrazena respondentkou Věrou, která pobývá v TKK se dvěma dětmi a sledování jejich interakcí přineslo výzkumu cenné podněty. Na základě tohoto pozorování a následně popsané situace bude každá respondentka zanesena do tabulky tzv. Modelu devíti polí způsobu výchovy v rodině podle Čápa z roku 1996 a zhodnocením emočního vztahu vůči výchovnému řízení bude usuzováno na jeden z devíti stylů výchovy, jak jsou Čápem popsané.

Anna, matka 4letého Petra. Petr je energický hoch, s velkým zájmem na pohybových aktivitách. Mnoho času tráví neúnavně na trampolíně, skákáním do bazénu, nebo lezením po konstrukcích houpaček, které se nacházejí v prostorách TKK. Na nových místech většinou rychle objeví nové možnosti a hrne se mnohdy do nebezpečných situací. Zde se vyskytuje komplikace, a tedy matka Anna, která jim mnohdy není ani přítomná, nebo přihlíží bez nutkání syna jistit, pomoci atp. Petr je většinou upozorňován jinými matkami, nebo je mu jimi i pomáháno. Annou je na toto pohlíženo kriticky, nicméně bez náhledu na to, že pro Petra mohou být jeho zájmy nebezpečné, pokud ho v nich matka nedoprovází a nepomáhá. Jeho reakce na řízení od cizích lidí je taková, že začne plakat, žalovat a doslova si běží za maminkou pro svolení. Ta mu ho zpravidla udělí a zjevně se jí dotýká, že je Petrovo chování v očích jiných matek či pracovníku TKK nevhodné. Spolupráce nastává v situacích, kdy je Petrovo způsob hry nebo chování nebezpečné jemu, nebo ostatním dětem (např. skákání salt na trampolíně kde jsou i další děti), nicméně Anna je schopná toto hlídat pouze po určitou dobu a nakonec přehlídne, že Petr po chvíli pokračuje stejným stylem. To lze potvrdit její výpovědí o subjektivních těžkostech výchovy. Za nejtěžší otázku výchovy považuje soustředěnost a důslednost v dodržování stanovených hranic, zhodnocení nevhodnosti chování a případné zastavení.

Emoční vztah k dítěti byl na základě výpovědí a kontinuálního pozorování vyhodnocen jako *kladný*, výchovné řízení pojmenováno jako *slabé/ rozporné*.

EMOČNÍ VZTAH	VÝCHOVNÉ ŘÍZENÍ			
	SILNÉ	STŘEDNÍ	SLABÉ	ROZPORNÉ
ZÁPORNÝ	1		2	3
ZÁPORNĚKLADNÝ	9			
KLADNÝ	4	5	6	7
EXTRÉMNĚ KLADNÝ			8	

Toto pole vyznačuje pozitivní citové vazby, laskavost ve výchově, avšak bez vhodného vymezování a důsledného hraničení/ Kladný emoční vztah vyvažuje nedostatek podnětů, požadavků, případně jejich nedůslednou kontrolu. Jedná se o rozpornou výchovu.

Věra, matka 4letého Maxe. Max je veselý chlapec se zájmem o vše, co se mu nabízí, a to včetně knížek, malování, zpívání atp. Velmi rád si hraje s ostatními dětmi v TKK, je přátelský a velmi rozumný. Lze jej poměrně snadno motivovat pro žádoucí chování a matka je v této roli silná a důsledná. Je schopná dobře rozhodovat o tom, co je pro Maxe dobré a co nikoli, stejně jako stát si za svým rozhodnutím. Max se mnohdy pokouší vydobýt požadované křikem a pláčem, nicméně Věra ve valné většině případů své původní rozhodnutí nemění (např. Max záchvatovitě pláče u večeře, protože mu nebylo dovoleno sníst třetí kousek koláče, především proto, aby mu nebylo špatně). Věra již více nepovažuje hraničení a důslednost u Maxe za obtížnost ve výchově, neboť, jak sama vypověděla „*přes vlastní bolest pochopila, že je to pro syna to nejlepší a je vidět, že to přináší ovoce*“.

Emoční vztah k dítěti byl na základě výpovědi a kontinuálního pozorování vyhodnocen jako *kladný*, výchovné řízení nejvíce odpovídá *střednímu*.

EMOČNÍ VZTAH	VÝCHOVNÉ ŘÍZENÍ			
	SILNÉ	STŘEDNÍ	SLABÉ	ROZPORNÉ
ZÁPORNÝ	1		2	3
ZÁPORNĚKLADNÝ	9			
KLADNÝ	4	5	6	7
EXTRÉMNĚ KLADNÝ			8	

Toto pole vyznačuje jednoznačné přijímání dítěte, vhodné řízení, kontrolu a porozumění.

Věra, matka 1,5letého Tima. Tim je šťastné dítě, které se do všech aktivit pouští s energií sobě vlastní a velkou vervou i v případě, že se jedná o činnost neodpovídající jeho věku. Je velmi nebojácný, rád se sdružuje se staršími dětmi, oproti svým vrstevníkům je napřed jak vzrůstem, tak intelektem. U Věry je patrné, že její výchovné vedení je bohaté na dětské aktivity a obě její děti jsou velmi schopné, například v sebeobsluze, soustředěné, hravé, veselé. Tim doposud nemluví, jeho domluva s ostatními dětmi je tedy obtížná, zvláště pak, když Tim vyhledává společnost dětí starších, s jinými zájmy a schopnostmi. Často toto přirozené klima neporozumění, které mezi nimi vzniká řeší útoky a dětskou agresí (např. starší bratr si hraje s odrážedlem, Tim k němu přijde, chvíli jej pozoruje a začne se s ním o motorku přetahovat. Po krátké chvíli ho bouchne, nebo se snaží kousnout). Věra v těchto situacích okamžitě zasahuje vždy, když je jim přítomná, sama ovšem říká, že obtížným vnímá zastavování projevů, které jsou důsledkem nevhodného rodičovského působení z minulosti. Hraničení Tima je u Věry ztížené také pocitem viny. „*Vůči synům mám obrovsky tíživé pocity, hlavně vůči nejmladšímu, neboť byl zcela nechtěný a nesnášený.*“

Emoční vztah k dítěti byl na základě výpovědi a kontinuálního pozorování vyhodnocen jako *kladný*, výchovné řízení jako *slabé*.

EMOČNÍ VZTAH	VÝCHOVNÉ ŘÍZENÍ			
	SILNÉ	STŘEDNÍ	SLABÉ	ROZPORNÉ
ZÁPORNÝ	1		2	3
ZÁPORNĚKLADNÝ	9			
KLADNÝ	4	5	6	7
EXTRÉMNĚ KLADNÝ			8	

Toto pole vyznačuje pozitivní citové vazby, laskavost ve výchově, avšak bez vhodného vymezování a důsledného hraničení.

Eva, matka 1,5letého Adama. Adam je klidný chlapec, o kterém matka trefně říká, že je „*svůj*“. V Adamově chování silně figuruje velká upjatost na matce. Adam každý její odchod snáší velmi špatně, pláče, nebo je v její nepřítomnosti úzkostný. Postavení ve skupině dětí je komplikované pro jeho věk a zájmy, potažmo komplikace se s dětmi dorozumět, podílet se na společných aktivitách. Častými projevy je pláč, křik, trucovitost, stejně jako množství dětských úrazů pro jakousi nemotornost. Právě situace, kdy Adam pláče, nebo je v nepohodě významně vystupují z celého obrazu matka – dítě. Evina únava z neustále opakujících se projevů tohoto typu a možná také nedostatek nápadů pro jejich řešení ústí v momenty, kdy je Adam v takové náladě odkázán sám na sebe (např. nepohoda vyjadřovaná křikem a Eva, které velmi dlouho trvá, než syna zaregistruje, posléze pouze tiché držení na klíně a nezúčastněný pohled, dále dětské zranění typu oděrky, kterou Adam prožívá výrazně dramaticky a Eva beze slov desinfikuje, lepí náplast, bez vyjádření jakékoli podpory, pochvaly, snahy převést téma). Korespondující výpovědi mohou posloužit kódy: ve chvílích nutného zásahu se buďto směje, nebo reaguje neadekvátně, nepřívětivě, hrubě.

Emoční vztah k dítěti byl na základě výpovědi a kontinuálního pozorování vyhodnocen jako *záporněkladný*, výchovné řízení jako *slabé*.

EMOČNÍ VZTAH	VÝCHOVNÉ ŘÍZENÍ			
	SILNÉ	STŘEDNÍ	SLABÉ	ROZPORNÉ
ZÁPORNÝ	1		2	3
ZÁPORNĚKLADNÝ	9			
KLADNÝ	4	5	6	7
EXTRÉMNĚ KLADNÝ			8	

Toto pole vyznačuje emočně ambivalentní, tudíž nečitelnou a rozporuplnou výchovu.

Karolína, matka 4letého Tadeáše. Tadeáš je velmi kontaktní dítě, které je také po většinu času klidné a spíše tráví čas odpočinkem nežli zapojením se do hry svých vrstevníků. Inklinuje k mnoha dospělým osobám bez dětského studu, nebo strachu. Rád se mazlí a jen tak klidně si povídá. Významný je stesk po matce, který Tadeáš prožívá i při nejmenším odloučení, například když Karolína odběhne na toaletu. Často se ptá „*kde je maminka*“. Ve společném kontaktu jsou spokojení, Karolína poskytuje synovi náruč, často jej chová atp. Pozorovanou situací je jeden z momentů, kdy se matčina reakce vymkne obvyklému průběhu (např. když se Tadeáš zraní, odře si koleno, matka oplakává vzniklou situaci s ním, za malou chvíli ovšem začne svého syna nazývat miminem a obrátí svou reakci do opačné roviny, je nepřívětivá). Říká, že je ve výchově limitovaná hlavně vinou za násilí, kterému byl syn od mala přítomen, přisuzuje tomu jeho regresi ve vývoji a ustrašenost. K ambivalentním projevům nasedá sdělení o výkyvech nálad, které zapříčiňují nedůslednost a mnohdy i nevládnost, které následně lituje.

Emoční vztah k dítěti byl na základě výpovědí a kontinuálního pozorování vyhodnocen jako *kladný*, výchovné řízení jako *rozporné*.

EMOČNÍ VZTAH	VÝCHOVNÉ ŘÍZENÍ			
	SILNÉ	STŘEDNÍ	SLABÉ	ROZPORNÉ
ZÁPORNÝ	1		2	3
ZÁPORNĚKLADNÝ	9			
KLADNÝ	4	5	6	7
EXTRÉMĚ KLADNÝ			8	

Toto pole vyznačuje kladný pozitivní vztah vyvažující nedostatek podnětů, požadavků, případně jejich nedůslednou kontrolu. Jedná se o rozpornou výchovu.

17. Výsledky

Matky, které se léčí v TKK a pobývají zde se svými dětmi pociťují *silný pocit viny*. Stud z odpovědí nevystupuje, nebo není vymezen, často verbálně ve výpovědích namátkově zaměřován za *vinu* (případně *provinění, svědomí*) a naopak. *Silným* jej nazývají všechny respondentky, tj. 5 dotazovaných. Dvě klientky jej pociťují *k některým dětem*, v případě, že jsou matkami dvou a více, konkrétně u tohoto výzkumu se jedná o děti, které jsou v náhradní rodinné péči, shodně u prarodičů. Jedna klientka dodává, že také významně cítí vinu *k jiné osobě*, čímž však nevylučuje odpověď na původní výzkumnou otázku vztahující se k dítěti.

Provinění a stud vyvěrá ve všech případech primárně z *užívání návykových látek v těhotenství*. Dvě dotazované hovoří o naprostém *nezájmu v těhotenství*, potažmo v jednom případě explicitně o *nenávisti* k plodu. Dále pocit viny přisuzují ve dvou případech *ztrátě kontaktu* s dítětem, o které se již aktuálně starají, ale hlavně s dětmi, které nyní v péči nemají. Shodně dvě respondentky uvádějí, že pocit viny mají v důsledku *dětské přítomnosti násilí. O netečnosti a slabém citovém poutu v minulosti* vypověděly, nezávisle na sobě, dvě dotazované. Emoce jako vina a stud se dle výpovědí momentálně formují nejčastěji, tj. ve čtyřech případech, *uvědomovaným mateřstvím*. Dále vždy po dvou případech *patrností dopadů na dítě, znatelnou potřebností mateřské osoby* a také relativně čerstvým *vytvořením citového pouta k dítěti*.

Matky v TKK, jejichž vazby k dětem jsou zatíženy pocity viny a studu se jejich směrem projevují *obtížným hraničením*, a to celkem ve třech výpovědích. Ve stejném počtu hovoří o *nedůslednosti* ve spojitosti s udržováním těchto hranic. Významně se mezi odpověďmi vyskytuje pojem „rozmazlování“, jež je pro tento výzkum nahrazen výrazem *hyperprotektivita*, o které hovoří tři respondentky. Dále jsou vždy pro dvě matky stěžejní projevy *nerovnosti péče* vůči různým svým dětem, *obtížná seriózita* v základních otázkách výchovy. V návaznosti na tyto otázky jedna dotazovaná říká, že se na základě pocitů viny a studu směrem k dítěti projevuje *benevolencí* a podporou *porušování pravidel*. Jediná respondentka vnímá svým projevem *úzkostnost*.

Oblast vypořádávání se s tíživými pocity je u respondentek tohoto výzkumu obsazena ve třech případech vnášením do terapie, tedy *tématem terapie*. Přesně dvě dotazované si myšlenky *připouští* a rozvádí je, dvě dotazované naopak nikoli. Myšlenky na vinu a stud *odhání, nerozvádí, snaží se nad těmito tématy nepřemýšlet*. Shodný počet hovoří o *postupném odhalování souvislostí*, ve smyslu procesu uvědomování dříve nevnímaného teprve v současnosti. Dvě respondentky se dotýkají úvah o odpuštění, v názorech se rozcházejí na odpuštění *možné a nemožné*. V tomto tematickém poli vyčnívá odpověď a úvaha o *vině budoucí*, kterou otevřeně rozvádí jedna dotazovaná a usuzuje na to „co dalšího se může stát“.

Kódování: Mona

Otázka	Kódy
1	ano, silný
2	užívání NL, ztráta kontaktu, strach ze znovunavázání Formování: citové pouto k dítěti, uvědomované mateřství
3	hyperprotektivita, nerovnost péče
4	připouští si, téma terapie

Kódování: Anna

Otázka	Kódy
1	ano, silný
2	užívání NL, nezáměr v těhotenství, slabé pouto v minulosti, netečnost Formování: vytvoření vztahu k dítěti, uvědomované mateřství
3	obtížné hraničení, nedůslednost, překračování pravidel seriozita
4	myšlenky odhání, odpuštění je nemožné

Kódování: Věra

Otázka	Kódy
1	ano, silný, k některým dětem
2	užívání NL, nezáměr, nenávisť v těhotenství, přítomnost násilí Formování: vytvoření vztahu k dítěti, uvědomované mateřství, patrnost dopadů na dítě
3	hyperprotektivita, obtížné hraničení, nerovnost péče
4	připouští si, odpuštění je možné, téma terapie

Kódování: Eva

Otázka	Kódy
1	ano, silný, k některým dětem
2	užívání NL, ztráta kontaktu Formování: znatelná potřebnost mateřské osoby
3	nedůslednost, seriózita
4	téma terapie, postupné odhalování souvislostí, otázka viny budoucí

Kódování: Karolína

Otázka	Kódy
1	ano, primárně však v jiných vztazích
2	užívání NL, netečnost, přítomnost násilí, patrnost dopadů na dítě Formování: uvědomované mateřství, znatelná potřebnost mateřské osoby
3	hyperprotektivita, obtížné hraničení, nedůslednost, úzkostnost
4	myšlenky odhání, postupné odhalování souvislostí

Na základě pozorovaných situací a následného vnesení vypořádaného do Čápova schématu Modelu devíti polí výchovných stylů bylo zjištěno, že celkem čtyři pozorované interakce odpovídají výhradně kladnému emočnímu ladění, jedna participantka byla vyhodnocena jako záporněkladně se vztahující. Je to také jediný případ, kdy v Modelu devíti polí zastává svému dítěti nečitelnou a rozporuplnou výchovnou postavu. Ostatní pozorované matky v interakcích s dětmi obsadily mnohá místa na Čápově škále. Ve dvou případech se na základě výrazně slabého výchovného řízení usuzuje na bezhraniční výchovu, u jedné z popisovaných s přesahem do rozporné výchovy. Stejně tak další pozorovaná matka spadá se svým rozporným řízením do ranku nedůsledné a rozporné výchovy. Jediná účastnice výzkumu zaujímá styl zcela přijímající s vhodným řízením, kontrolou a porozuměním, a to pouze u jednoho ze svých dětí.

Lze vyhodnotit, že všechny pozorované interakce jsou postaveny na akceptaci dítěte a vzniklých emočních vazbách. Důraz na výchovné řízení se u dotazovaných liší, přesto se pohybuje nejčastěji v rozmezí slabého. Slabé výchovné řízení lze charakterizovat shovívavostí, avšak absencí hranic a jejich stanovování. V odpovědi na korespondující výzkumnou otázku „*Jaké jsou projevy ve vztahu k dítěti u té matky, která pocítuje vinu a/nebo stud?*“ lze znovu potvrdit, že vyhodnocování nutnosti, stanovování a důsledné dodržování hranic je u matek s problémy z užívání významným tématem ve výchově.

18. Diskuse

Mého výzkumu se zúčastnilo celkem 5 respondentek, klientek Terapeutické komunity Karlov, kde podstupují léčbu závislostí a zároveň zde pobývají se svými dětmi. Věk klientek se pohybuje mezi 24–36 lety. Výzkum si kladl za cíl zjistit, čím je ovlivněno vztahování a výchova jejich dětí, která je ruku v ruce s léčbou bezpochyby náročná. Mnohdy klientky vypovídají, a nasvědčují tomu také studie na téma motivace, že v nástupu do léčby a touze změnit životní styl hrají jejich děti významnou roli. V léčbě se ovšem potýkají s nároky, které jsou pro ně mnohdy zcela nové, a to jak v oblasti zajišťování potřeb dítěte, tak vytváření vztahu a vhodného rodičovského působení. Analýza rozhovorů odhalila, že kromě jedné dotazované se po dobu vlastního dětství všechny potýkali s těžkostmi v rodinném kruhu, shodně způsobenými přítomností patologických jevů. Ve třech případech sehrál důležitou roli alkohol spolu s násilím, kterému buďto v raném věku svědčily, nebo byly jeho oběťmi. V jednom případě se jednalo o dětství strávené v náhradní rodinné péči z důvodu brzkého odchodu matky a nepřítomnosti otce pro vykonávání trestu odnětí svobody. Domnívám se, že provázanost těchto traumatických zážitků, potažmo zcela negativních dopadů s následným užíváním návykových látek nelze nepotvrdit. Právě přítomnost adiktologické anamnézy ve vlastní rodině zastávala jedno z důležitých témat výzkumu. Překvapivě se ani v jedné z rodin neobjevovaly nealkoholové návykové látky ani zneužívání farmak, z výpovědí však zcela explicitně a velmi významně vystoupilo právě domácí násilí. Toto téma se tedy stalo také předmětem vlastní analýzy výsledků. Velmi zajímavě tato sdělení korespondovala s vyprávěním o vlastních vztazích respondentek, kde se kromě návykových látek s obdobnou důležitostí objevovalo právě násilí a agrese. Podobnost mezi životy rodičů nebo pečovatелů s jejich vlastními vztahy, které byly naplněny drogami a agresí, je nezpochybnitelná. Agresivní chování partnerů se také nečekaně objevilo v odpovědích na stěžejní oblast výzkumu, jímž je pocit viny a studu. Provinění za to, že dítě bylo svědkem, nebo v jednom případě i obětí násilí stran partnera, se stalo nejčastější odpovědí a klientky na základě těchto zkušeností pociťují silnou vinu. Stanovením vlastních hypotéz jsem spíše očekávala odpovědi ohledně užívání v těhotenství a dětské přítomnosti přípravám a aplikaci drog. Druhá hypotéza se mi potvrdila pouze v jednom případě, kdy matka neskrývala užívání drog před svým synem, v ostatních případech klientky uváděly promyšlené argumenty, proč před dětmi drogy skrývaly. Moje hypotéza byla chybná a zjištění překvapivé, nicméně první z usuzovaných příčin pocitu viny se mi potvrdila ve všech pěti případech. Všechny matky užívaly v těhotenství návykové látky, dvě z nich s kolísající tendencí, nebo nárazově. Otázka uvědomovaného mateřství přinesla rozličné odpovědi. Respondentky opět s velkou podobností hovořily o tom, že chtěly podstoupit interrupci, ale jejich partner, taktéž narkoman, je přesvědčil k ponechání dítěte. Nedlouho na to matku v očekávání opustil. To bylo častým spouštěčem neřízeného užívání. Tento poznatek mi připadá taktéž zajímavý, neboť jsem usuzovala, že by tomu mohlo být naopak. K pocitu viny, studu a jeho důvodům se často v odpovědích řadilo chabé pouto mezi matkou a dítětem, žité nulovou komunikací s bříškem, neprožívání pohybů plodu, ale také nedocházení do gynekologické poradny. Konkrétně tento aspekt zcela vynechaly dvě dotazované. Mrazivá promluva o nemožnosti podstoupit interrupci a následném plánu dítěte sprovodit ze světa drogami, padla z úst jedné klientky, která naopak ve výsledcích výzkumu

přinesla obdivuhodné výsledky, založené na zájmu o dítě, práci s ním a uvědomění chyb z minulosti.

Cílem výzkumu bylo zjistit, zda tento pocit jakkoli zamezuje matkám hraničit své děti. Subjektivním pozorováním v práci s klientkami jsem usuzovala, že právě pocit viny a studu je stěžejní bariérou před důslednou výchovou. Z výpovědí vzešlo, že tomu tak skutečně je, neboť tyto ženy žijí s pocitem velkého dluhu ke svým dětem. Nejjednodušší formou, jak tyto ztráty kompenzovat, je velká benevolence a nezájem zastavovat nežádoucí chování, pomáhat jej měnit a poctivě jej vyžadovat. Takové fungování by bylo pro klientky bolestné, nepředstavitelné, ba dokonce drastické. V žádném případě se ovšem nejedná o fyzické tresty. Malým příkladem může posloužit zákaz konzumace sladkostí před spaním. Pro moje respondentky je těžké hraničit jak v banálních záležitostech, tak např. i v otázkách bezpečí dítěte. Povolení překročit hranici je v každém případě jednodušší, neboť dětské testování křikem a pláčem je pro ně nejen bolestivé, ale také nepříjemné a před ostatními přihlížejícími shazující. Rozvolňování hranic, včetně velké volnosti nebo rozmazlování, klientkám zajišťuje cosi jinak obtížně dosažitelného. Trefně na toto téma promlouvala první dotazovaná, kdy obsahem jejího sdělení kontextuálně zaznělo – hodnou maminku má dítě rádo a když maminka všechno povolí, vrátí se jí vděk v podobě radosti v očích. Podobně zkreslené představy konstruuji na základě vlastního strachu i ostatní klientky. Jejich strach vyvěrá, podobně jako vina a stud, například z budoucnosti a otázek, jak v ní budou figurovat drogy, jak to svému dítěti vysvětlím, jak ho tomu ubráním atp. Hranice tedy vystupují napříč analýzami jako stěžejní a nejtěžší fenomén výchovy. Stanovování bezpečných hranic, které chrání svobodu a zajišťují bezpečí, je bezpochyby velmi složité pro každou matku, rodiče. Matky v léčbě, moje respondentky, bohužel pracují také s velkými výčitkami a osobně si myslím, že právě to je nejen zásadní překážkou ve vytvoření dobrého pouta k dítěti, ale také je to vstup do bludného kruhu. Pro ilustraci použiji přehledovou tabulku z výzkumu Čablové a Miovského (2013), která vymezuje rizikové a protektivní faktory a predikci užívání u dětí a dospívajících. Sama v ní zahlížím dvojí propojenost s vlastním výzkumem, a to jak se zázemím mých respondentek, tak v otázce budoucnosti jejich dětí, na základě rizika opakování zažitých vzorců.

	RIZIKOVÉ FAKTORY	PROTEKTIVNÍ FAKTORY
Dillon et al. (2006);	Nedostatek emočních vazeb a špatné vztahy v rodině	Resilience (odolnost)
	Nízká sociální opora	Sociální dovednosti
Hogan et al. (2003)	Rodičovská kontrola	Pozitivní vazba k rodině a společenství
	Rodinné konflikty	Zdravé postoje, hodnoty a jasné normy
NIDA (2003)	Nedostatek vazby a péče ze strany rodičů nebo pečovatelů	Pevná vazba – silné citové pouto mezi rodiči a dětmi
	Nedůsledný přístup a neefektivní rodičovství	Zapojení rodičů v životě dětí
	Přítomnost pečovatele, který sám užívá drogy	Jasně hranice a důsledné prosazování disciplíny

Srovnáním vlastních výsledků s teoretickými poznatky, které vymezují v teoretické části diplomové práce, docházím k následujícím závěrům. Ehrmin (2001) popisuje klíčové

vzorci přesvědčení matek, které jsou zaviněné nezodpovědným mateřstvím. Shodně zde popisuje, že matky, s ohlednutím za svou závislostí, vnímají své počínání jako velmi zraňující pro své děti. Druhým významným, a rovněž shodným tvrzením je, že pocit viny vyvěrá z odloučení nebo z nedostatku času věnovaného dítěti. O silném pocitu viny, potažmo tíživých emocích hovořily otevřeně i moje respondentky a nepředstavitelným vnímaly vlastní odpuštění. Lund ve své studii z roku 2017 longitudinálně pracoval se zotavenými matkami a zkoumal, zda se jejich sebeobviňování zmírnilo, či se jim podařilo pocit viny zcela eliminovat. Dvě z mých respondentek hovořily o tom, že se jim to také podařilo a vnímám, že velkou roli v tomto procesu sehrál čas, dosažený věk dětí a jejich aktuální zaopatření vhodnými osobami. Pro klientky je důležité, aby jejich děti porozuměly tomu, že závislost na návykových látkách nevyklučuje cit k nim, což lze dítěti vysvětlit až v určitém věku. Právě u dětí mladšího školního, nebo dokonce předškolního věku, matky bojují s dětskými přesvědčeními (např. maminka mě nemá ráda, proto tu není a nevodí mě do školky), které dokáží zvrátit, nebo nahradit zatím pouze věcnou kompenzací. Silva (2013) také popisuje další výzvy výchovy a zacházení s pocitem viny, čímž je podle jeho studie mluvení s dítětem a hra. U svých respondentek dedukcí pozorování a analýzou výsledků vyvozují, že je to často dovednost neosvojená, ba dokonce nepoznaná vlivem vyrůstání ve vlastním nevyhovujícím rodinném prostředí.

Přínos výsledků výzkumu spatřuji hlavně v osobní rovině, ve větším porozumění žité zkušenosti respondentek, potažmo vlastních klientek. Mezigenerační provázanost považuji za nepopiratelnou a spatřuji velký potenciál v poukazování na tato témata. Přínosem pro klinickou práci by mohlo posloužit zaměření na to, že téma mateřství skýtá mnohé obtížnosti a vyvěrá z nich strach, vina, stud atp. Považuji za nutné hovořit s matkami o těchto tématech a pomáhat je detabuizovat s velkou citlivostí a respektem k jejich hodnotě. Proto rozumím, že je pro klientky náročnější vnášet tato témata do několikačlenné skupiny a myslím si, že by každá matka v léčbě závislostí měla mít svůj individuální prostor a čas na řešení výhradně mateřských témat.

19. Limity výzkumu

Jako jeden z limitů pro svůj výzkum v prostředí TKK jsem vnímala vlastní pracovní zařazení v týmu komunity. V tomtéž jsem ovšem spatřovala i některé výhody pro sběr dat. Jiným úskalím jsem hodnotila riziko nedosažení potřebného obsahu dat právě pro povinnosti, které mě k TKK váží, nebo variantu, že se bude počet klientek v TKK neovlivnitelně měnit.

20. Závěr

Diplomová práce s názvem Klientky Terapeutické komunity Karlov, význam pocitu viny a studu ve výchově dětí u klientek léčících se v rezidenčních programech terapeutických komunit pro závislé přinesla na základě výzkumu následující odpovědi. Matka, která se vedle vlastního léčebného procesu stará současně o své dítě, vnímá subjektivní pocity viny a studu. Tyto pocity nejčastěji pramení z nezodpovědné péče o dítě, ať už nenarozené, či narozené. Konkrétními příklady původu emocí viny a studu jsou u dotazovaných respondentek převážně užívání návykových látek po dobu těhotenství a nezájem o potomka. Provinění prožívají také kvůli dětským svědectvím násilí v rodině. Nyní je u stejných respondentek pocit viny formován negativními dopady, které na svých dětech spatřují, ale i výrazným zpevněním citového pouta k nim s velkou lítostí ke společné minulosti.

Výsledky práce také přinesly pojmenování některých překážek, které výchovu těchto dětí znatelně ovlivňují. Mezi nimi nevoli k hraničení a důslednosti dodržování pravidel, ale i hyperprotektivitu a úzkostnost. Tyto procesy těsně nasedají právě na zmiňovaný pocit viny a studu, který ke svým dětem a okolí chovají.

Diplomová práce svými poznatky z výzkumu potvrdila obsahy teoretického ukotvení, včetně svých cílů. Nebylo podrobně prozkoumáno, co by mohlo být klientkám Terapeutické komunity Karlov, potažmo jiných rezidenčních programů, více nápomocné nejen v práci s těmito těžkostmi, ale hlavně s detabuizací těchto témat a častějšímu vnášení do terapie.

21. Zdroje

Arpa, S. (2018). *Zaostřeno*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Barlow, J., Sembi, S., Gardner, F., Macdonald, G., Petrou, S., Parsons, Dawe, S. (2013). An evaluation of the parents under pressure programme: a study protocol for an RCT into its clinical and cost effectiveness. *Trials*, 14(1), 1–11.

Blažková, I. (2013). *Výchovné metody a styly využívané v rodině a výchově*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati.

Čablová, L., Miovský, M. (2013). Rizikové a protektivní faktory v rodině, které predikují užívání alkoholu u dětí a dospívajících. 57(3), 255–270. Retrieved from <http://search.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,uid,url&db=asn&AN=89665499&lang=cs&site=ehost-live>

Čáp, J. (1996). *Rozvíjení osobnosti a způsob výchovy*. Praha: ISV.

Čáp, J., Mareš, J. (2001). *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál.

Dalziel, K., Dawe, S., Harnett, P. H., & Segal, L. (2015). Cost-Effectiveness Analysis of the Parents under Pressure Programme for Methadone-Maintained Parents. *Child Abuse Review*, 24(5), 317–331. <https://doi-org.ezproxy.is.cuni.cz/10.1002/car.2371>

Ehrmin, J. T. (2001). Unresolved Feelings of Guilt and Shame in the Maternal Role With Substance-Dependent African American Women. *Journal of Nursing Scholarship*, 2001; 33:1, 47-52. Retrieved November 28, 2008, from SAGE Database at <http://jhl.sagepub.com>

Ettore, E. (1992) *Women and substance use*. New Brunswick: Rutgers University Press.

Gillnerová, I. (2004) *Způsob výchovy v současné české rodině z pohledu dospívajících chlapců a dívek*. *Psychologické dny: Svět žen a svět mužů*. Praha: UK FF.

Hanzal, P. (2009). Po porodu neberu. In: I. Preslová and V. Maxová (Eds.), *Sborník odborné konference Ženy a drogy 2009* Praha: Sananim.

Hartl, P., & Hartlová, H. (2015). *Psychologický slovník*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál.

Heller, J., Pecinová, O. (1996). *Závislost známá, neznámá*, Praha: Grada.

Jaspers, K (2006). *Otázka viny: příspěvek k německé otázce*. Praha: Academia.

Kalina, K. (2003). *Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup*. Praha: NMS/Úřad vlády ČR.

- Kalina, K. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.
- Lewin, K., Lippit, R., White, R., K. (1939). Patterns of Aggressive Behavior in Experimentally Created Climates. *Journal of Social Psychology*
- Lund, P. (2017). Christian faith and recovery from substance abuse, guilt, and shame. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work*, 36(3), 346–366. <https://doi-org.ezproxy.is.cuni.cz/10.1080/15426432.2017.1302865>
- Matějček, Z. (1994). *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. Praha: SPN.
- McGaffin, B. J., Lyons, G. C. B., & Deane, F. P. (2013). Self-forgiveness, shame, and guilt in recovery from drug and alcohol problems. *Substance Abuse*, 34(4), 396–404. <https://doi-org.ezproxy.is.cuni.cz/10.1080/08897077.2013.781564>
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Grolmusová, L., Tion Leštinová, Z., Malinová, H. (2015). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Nešpor, K. (2000). *Návykové chování a závislost. Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál.
- Oakleyová, A. (2000). *Pohlaví, gender a společnost*. Praha: Portál.
- Pelikán, J. (1995). *Výchova jako teoretický problém*. Ostrava: Amosium.
- Preslová, I. (2009). Drogy, ženy a my. In I. Preslová and V. Maxová (Eds.), *Sborník odborné konference Ženy and Drogy*. Praha: Sananim.
- Preslová, I. (2011). *Manuál práce s dětmi drogově závislých klientů*. Praha: Sananim.
- Preslová, I. (2012) Děti rodičů se závislostí. Šance dětem. Retrieved from: <https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/rodice-jsou-zavisli/deti-rodicu-se-zavislosti.shtml>
- Preslová, I. (2015). *Drogově závislí rodiče – možnosti a meze pomoci*. Dne 23. 6. 2015 Prezentováno na semináři *Drogově závislé matky a jejich děti*, Praha.
- Průcha, J., Mareš, J., Walterová, E. (2009). *Pedagogický slovník*. Praha: Portál.
- Řiháček, T., Čermák, I., Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova Univerzita.

- Silva, S. A., Pires, A. P., Guerreiro, C., & Cardoso, A. (2013). Balancing motherhood and drug addiction: The transition to parenthood of addicted mothers. *Journal of Health Psychology*, 18(3), 359–367. <https://doi-org.ezproxy.is.cuni.cz/10.1177/1359105312443399>
- Simpson, M., & McNulty, J. (2008). Different needs: Women's drug use and treatment in the UK. *International Journal of Drug Policy*, 19(2), 169–175. <https://doi-org.ezproxy.is.cuni.cz/10.1016/j.drugpo.2007.11.021>
- Smith, J. (2007) *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods*. London: Sage.
- Thomas, J. Y. (2004). *Educating Drug-Exposed Children: The Aftermath of the Crack-Baby Crisis*. New York: Routledge.
- Trávníčková, I. (2001). *Specifické aspekty zneužívání drog u žen*. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci.
- Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Vavřínková, B., Binder T., Živný J (2001) *Charakteristika populace drogově závislých žen v ČR*. Praha: Česká gynekologie.