

**UNIVERZITA PARDUBICE**  
**FAKULTA FILOZOFICKÁ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2008**

**Renata Pekařová**

**Univerzita Pardubice**

**Fakulta filozofická**

**Role blízkých osob v léčbě a sociální rehabilitaci drogově závislých**

**Renata Pekařová**

**Bakalářská práce**

**2008**

## **SOUHRN**

Práce se zabývá rolí signifikantních osob v procesu léčby a sociální rehabilitace drogově závislých. Tato role je sledována z hlediska jejího významu ve vzniku a rozvoji závislosti a z hlediska dopadů, které má drogová závislost na blízké osoby. Zabývá se různými možnostmi práce se signifikantními osobami.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

bio-psycho-socio-spirituální model, léčba závislostí, signifikantní osoby, sociální rehabilitace

## **TITLE**

Role of significant others in treatment and social rehabilitation of drug addicts

## **ABSTRACT**

The work is focused on the role of significant others in treatment and social rehabilitation of drug addicts. This role is viewed in light of its importance in addiction emergence and in light of consequences for significant others. It is engaged in possibilities of cooperation with significant others in various ways.

## **KEYWORDS**

addiction treatment, bio-psych-social-spiritual model, significant others, social rehabilitation

# OBSAH

<b>Úvod práce.....</b>	<b>5</b>
<b>Závislost jako bio-psycho-socio-spirituální model.....</b>	<b>6</b>
<i>Biologická úroveň.....</i>	<i>8</i>
<i>Psychologická úroveň.....</i>	<i>9</i>
<i>Sociální úroveň.....</i>	<i>11</i>
<i>Spirituální úroveň .....</i>	<i>12</i>
<b>Léčba a rehabilitace drogově závislých.....</b>	<b>15</b>
<i>Multidisciplinární přístup.....</i>	<i>15</i>
<i>Konkrétní možnosti léčby poskytované drogově závislým v ČR.....</i>	<i>16</i>
<b>Zapojení blízkých osob do procesu léčby a sociální rehabilitace.....</b>	<b>18</b>
<i>Kodependence.....</i>	<i>19</i>
<i>Dospívající uživatelé a rodina.....</i>	<i>19</i>
<i>Závislé matky v léčbě.....</i>	<i>22</i>
<i>Skupiny s blízkými závislého.....</i>	<i>25</i>
<b>Práce s rodinou, rodinná terapie.....</b>	<b>28</b>
<i>Rodinná etiologie.....</i>	<i>28</i>
<i>Vývoj přístupů rodinné etiologie.....</i>	<i>29</i>
<i>Rodinná etiologie a užívání návykových látek.....</i>	<i>30</i>
<i>Rodinná terapie.....</i>	<i>37</i>
<i>Vývoj rodinné terapie.....</i>	<i>38</i>
<i>Současný stav rodinné terapie.....</i>	<i>40</i>
<b>Rezidenční léčba v terapeutických komunitách.....</b>	<b>41</b>
<i>Charakteristika terapeutických komunit.....</i>	<i>41</i>
<i>Historie.....</i>	<i>43</i>
<i>TK jako metoda (demokratický typ).....</i>	<i>44</i>
<i>Svépomocné TK pro uživatele drog (hierarchický typ).....</i>	<i>44</i>
<i>Terapeutické komunity v ČR.....</i>	<i>45</i>
<i>Možnosti spolupráce s blízkými osobami v TK.....</i>	<i>46</i>
<b>Závěr práce.....</b>	<b>50</b>
<b>Přílohy.....</b>	<b>52</b>

## Úvod práce

Žádný problém nevzniká ani se nevyvíjí sám ze sebe. Ke vzniku a vývoji je obecně zapotřebí vhodné půdy k zapuštění kořenů a přísunu živin nezbytných k růstu. Živná půda společně s kvalitou prostředí určuje růst či stagnaci a zánik problému. Toto přirozeně platí i pro problém zneužívání návykových látek. Pro člověka je typická odvěká tendence sdružovat se do společenstev, přizpůsobovat se kvalitě sdíleného života a zároveň ji působením své individuality formovat. Z toho vyplývá, že interakce mezi jedincem a osobami, jež ho obklopují, má na chování člověka nezpochybnitelný vliv. Blízké osoby jednotlivce rozhodně nelze paušalizovat na živnou půdu pro vznik, udržování a rozvoj závislosti na návykových látkách, ovšem jejich role je v tomto procesu vždy nějakým způsobem přítomna. Vzhledem k tomu, že každý problém je třeba řešit v příslušném kontextu a že blízké osoby jsou důležitou součástí kontextu drogové závislosti, je logické, že jejich role je zastoupena také v léčbě drogové závislosti. Ve své práci se pokusím postihnout míru a charakter této role a nastínit možné způsoby jejího využívání, vycházející z teorií a klinických zkušeností různých přístupů aplikovaných v léčbě drogových závislostí. Cílem této práce je zjistit, kde stojí blízké osoby v ozdravném procesu závislého jedince a na základě jakých mechanismů se jejich místo v tomto procesu různými směry posouvá. V hledání odpovědí na tyto otázky jsem se opírala o dosavadní výsledky odborné práce týkající se teoretické roviny i klinických zkušeností, které jsem konfrontovala s vlastním pozorováním tématicky odpovídajících situací.

## Závislost jako bio-psycho-socio-spirituální model

Od doby, co se závislost na návykových látkách stala významným fenoménem a problémem, který je potřeba nějakým způsobem pochopit, uchopit a vyřešit, se jako východisko pro práci se závislými lidmi objevily různé přístupy, reagující na aktuální charakter a rozšířenost problému a odpovídající dobovému paradigmatu. Jednotlivé přístupy byly založeny na předpokladu, že problém vzniká v určité oblasti, a pouze v dané oblasti byly hledány jak příčiny, tak způsoby léčby závislosti. Od počátku novodobé historie šíření drog, tj. od 19. stol., byla problematika závislostí odbornou oblastí, již se na straně poptávky zabývali vysoce kvalifikovaní specialisté, a výchozím přístupem drogové politiky byl tzv. biomedicínský model, který byl založen na chápání závislosti jako nemoci v lékařském slova smyslu. Závislost byla vnímána jako chronická nemoc, která se, pokud vůbec, dá vyléčit jen velmi těžko. Závislý člověk se nikdy nestane zdravou osobností, může být maximálně abstinujícím toxikomanem/alkoholikem. Závislí lidé byli, stejně jako duševně nemocní, izolováni v ústavech, kde byli po detoxikaci léčeni farmaky a prací; alternativní průkopnické metody byly velmi ojedinělé a z celkového pohledu zanedbatehé<sup>1</sup>. Po 2. světové válce vstoupil do psychiatrie současný, bio-psycho-socio-spirituální model, jehož základem je komplexní pohled na lidskou osobnost, tedy pohled zahrnující všechny její složky – biologickou, sociální, psychologickou a spirituální, a z toho vyplývající mezioborový přístup. V 60. letech minulého století se bio-psycho-socio-spirituální model stal dominantním přístupem v oblasti léčby závislostí. Nástup tohoto pojetí závislosti je spojen s proměnami tehdejší drogové scény západního světa<sup>2</sup>, která začínala zasahovat stále více sociálních vrstev. Přímou úměrně s výrazným nárůstem počtu uživatelů drog přibývalo i vážných sociálních a zdravotních důsledků, které bylo třeba řešit. Drogy se z odborného problému staly problémem společenským, což vyvolalo potřebu rozšířit dosud téměř bezvýhradně užívaný biomedicínský model o psychosociální náhled. Potřebnost tohoto doplnění vzešla z poznání o komplexnosti příčin vzniku závislosti na psychoaktivních látkách, což je také výchozím bodem bio-psycho-socio-spirituálního modelu. Příčinná komplexnost konkrétně znamená, že nemoc (a tedy i drogová závislost) vzniká v průběhu vývoje osobnosti ve vzájemné interakci

---

<sup>1</sup> Kalina, K. *Drogy a drogové závislosti; mezioborový přístup*, s. 78, 79.

<sup>2</sup> Střední a východní Evropa tento trend následuje po pádu komunistického režimu – tzv. odložená epidemie.

*biologických, psychologických a vztahových faktorů*<sup>3</sup>. Zabýváme-li se v následujícím textu jednotlivými faktory, je třeba mít stále na paměti jejich vzájemnou provázanost, ovlivňování a prolínání. Je přirozené, že každý člověk, odvisle od svého osobnostního založení, považuje za více důležitou a snad též klíčovou jednu oblast, na kterou také zaměřuje své pozorování a práci. To je zcela v pořádku, pokud jsou uznávány a zahrnovány do práce i ostatní osobnostní složky, což by mělo být samozřejmostí pro každého, kdo pracuje s uživateli návykových látek. Opomenout jednu z těchto složek znamená rezignovat na jednu z významných součástí klientovy osobnosti a vnímat jej neúplně, *takže po ukončení programu je klient znovu vystavován riziku, které pramení z jeho nejslabšího místa – opomenuté stránky osobnosti*<sup>4</sup>.

Nutnost komplexního pohledu a mezioborového přístupu je obecně přijímána, praxe tomu však často neodpovídá. Dilem je to dáno stále patrným vlivem již překonaného psychoanalytického přístupu, podle něhož je problém závislosti uložen v tak hlubokém nevědomí a jedná se o tak rané poškození, že nejsme schopni jej psychologickými prostředky postihnout a zpracovat. Z části se zde projevují přístupy minulého režimu, vycházející z lineární kauzality a sociální determinace, a v podstatě zcela blokující přístup k duchovním rozměrům člověka. *Mezi další příčiny zjednodušujícího pohledu můžeme zařadit naši pohodlnost a možná i nevědomou obavu zabývat se klientem příliš osobně a v neposlední řadě tlak společnosti k rychlým, snadno měřitelným a „to pravé zlo“ postihujícím řešením*<sup>5</sup>.

Klíčové pojmy, ze kterých bio-psycho-socio-spirituální model vychází, jsou *dispozice – zranitelnost, spouštěče – manifestace*<sup>6</sup>. *Vznik závislosti na návykových látkách ovlivňuje v zásadě fakt, že jako živé bytosti se apriori s tématem závislosti konfrontujeme od prvních chvil života. Vyvíjíme se v absolutní závislosti na organismu matky v jejím lůně a nebyli bychom se schopni rozvinout, kdyby ihned po narození nebyla k dispozici dost citlivá péče dospělé blízké bytosti. Stejně tak jsme závislí na spoustě dalších okolností, které neumíme ani ovlivňovat, jako vzduch, voda, sluneční energie, zemská přitažlivost, nebo se o to nějak pokoušíme, jako je to u závislosti na podpoře nebo dokonce mínění druhých*<sup>7</sup>. K řešení problému závislosti je třeba přistupovat s ohledem na individuální dispozice, jež mohou mít genetický základ

---

<sup>3</sup> Kalina, K. *Drogy a drogové závislosti*, s. 78.

<sup>4</sup> Broža, J. *Různé pohledy na osobnost klienta a léčbu*. Adiktologie, 3 (Supplementum), s. 33.

<sup>5</sup> Tamtéž, s. 32.

<sup>6</sup> Kalina, K., *Drogy a drogové závislosti*, s. 78.

<sup>7</sup> Tamtéž, s. 145.

nebo mohou vzniknout na úrovni psychiky, a to zejména v raném dětství. V průběhu dalšího vývoje osobnosti vzniká v určitých oblastech zvýšená zranitelnost jako reakce na tyto dispozice. Specifické dispozice a zranitelnosti má každá osobnost, aniž by muselo dojít ke vzniku závislosti nebo dokonce pouhé konfrontaci s návykovými látkami. Vzniku a rozvoji případné nemoci předcházejí tzv. spouštěče, tj. např. události a vývojová stádia osobnosti, jenž intenzivně působí na oblast zranitelnosti a mohou vést k manifestaci poruchy.

## ***Biologická úroveň***

Při pátrání po biologických faktorech vzniku závislosti si klademe stejné otázky jako v případě psychiatrického vyšetření, tedy provádí se osobní a rodinná anamnéza. Osobní anamnéza obsahuje otázky týkající se pacienta v jeho jednotlivých vývojových etapách. První klíčové momenty, které by mohly stát u zrodu problému, mohou vzniknout již v prenatálním období (např. fetální alkoholový syndrom), další významné momenty představuje proces porodu, prodělané tělesné nemoci, úrazy (především hlavy), psychomotorický vývoj dítěte, přítomnost traumat a nemocí jako vlivů na neurobiologii dítěte. Další otázky jsou zaměřeny na anamnézu rodinnou; podstatná jsou fakta o psychických onemocněních v rodině čili o genetických predispozicích a fakta o problémovém užívání návykových látek členy rodiny.

Rozvoj závislosti na biologické úrovni je dán adaptačními změnami v centrální nervové soustavě. Působení většiny drog směřuje do CNS, kde dochází k narušení přirozené rovnováhy a nastolení náhlé a výrazné změny vnímání. Rovnováha CNS, tzv. homeostáza, je principem fungování organismu, a dochází-li k jejímu opakovanému narušování aplikací drogy, začne organismus vyvíjet procesy k jejímu znovunastolení a stabilizaci. Tyto procesy se nazývají adaptační mechanismy a mají za následek vznik patologické homeostázy, pro jejíž udržení je potřeba přítomnosti drogy v organismu. Je-li přísun drogy přerušena, je narušena též „homeostáza“ a vzniká abstinenci syndrom. S narůstající dobou užívání dochází k tzv. rozvoji tolerance k droze, zapříčiněné působením drogy proti adaptačním mechanismům. Při léčbě závislosti je úkolem na biologické úrovni právě odstranění těchto adaptačních



mechanismů a návrat k přirozené rovnováze. Tento úkol však nemusí být vždy splnitelný.

Velký podíl uživatelů návykových látek tvoří osobnosti s vysokým tvůrčím potenciálem, jenž ve spojení se zvědavostí, touhou a ochotou riskovat otevírá dveře silným tvůrčím prožitkům na podkladu působení psychoaktivních látek. Činnosti, které jsou svým charakterem kreativní nebo riskantní, vyvolávají aktivaci dopaminergních mesokortilimbických drah, což je stejný proces, který vyvolává droga. Provádět činnosti, které tyto procesy vyvolávají samy o sobě, za současného působení drog, tedy znamená, alespoň zpočátku, umocnění prožívání. Dále mají sklon k závislosti nevyrovnané osobnosti se sklonem k depresím a úzkostem, kteří sami sebe touto cestou „léčí“. Depresivní a úzkostné stavy vznikají z nedostatku hormonu zvaného serotonin, který je obsažen v medikaci pacientů s psychiatrickou diagnózou. Účinky některých drog jsou velmi podobné působení serotonergních antidepresiv, jež jsou v léčbě závislostí rovněž často uplatňována.

Z biologického hlediska jsou zvláště ohroženou skupinou mladí, nezralí jedinci, neboť u těchto rychleji vzniká závislost, její průběh je dramatičtější a následky dlouhodobější a závažnější.

## **Psychologická úroveň**

Psychogenní faktory, stejně jako biologické (a v jejich provázanosti - prožívání biologického), se vyskytují již v prenatálním období a během porodu. *I když lékařský výzkum výrazně pokročil v poznání fyziologických vlivů na život dítěte v děloze a při porodu, psychologické aspekty byly v těchto aspektech prozatím do značné míry opomíjeny*<sup>8</sup>. Fakt, že vnější podmínky ovlivňují život člověka od samého počátku, je přitom doložen zřejmými souvislostmi mezi prenatálním/perinatálním obdobím a problémy či zvláštními, objektivně nevysvětlitelnými tendencemi zaujímat v určitých situacích destruktivní až patologické postoje. V prenatálním období je dítě výrazně ovlivňováno rodiči, především matkou, která je však do určité míry závislá na otci. Určující je jejich životní styl a stav citové, fyzické a duchovní složky. Lidé, jejichž matka prožívala těhotenství v disharmonických, stresových podmínkách

---

<sup>8</sup> Grofová, C. *Žízeň po celistvosti; připoutání, závislost a duchovní cesta*, s. 52.

(absence partnera či jiné podpory, neprobuzená touha po dítěti, ubližování na emoční či fyzické úrovni, užívání chemických látek navozujících změněné stavy vědomí jako způsob vyrovnávání se se stresem), při regresi do prenatalního období hovoří o tísnivém, nepřátelském prostředí, zatímco děti relativně šťastných matek popisují stavy svobody, bezpečí, pohodlí a míru. Proces porodu je první přechodový rituál v životě člověka, který se navíc týká absolutní a prudké změny dosavadního světa, a jako takový by měl být prováděn co nejcitlivěji. Skutečnost je ovšem taková, že většina dětí prožívá porod jako proces obtížný až násilný. Přístup k plodu jako k necitlivému buněčnému shluku, který začne nabývat lidského vnímání až po narození, sice je již překonán, avšak drastické praktiky porodů do značné míry přetrvávají. Jedná se např. o umělé vyvolání porodu za účelem časových plánů rodiček i lékařů, zbytečné používání silných anestetik, přestřihávání pupeční šňůry ještě před zastavením tepu, oddělením novorozence od matky a zastavením dosavadního přirozeného rytmu atd.<sup>9</sup> Pro závislost na návykových látkách mohou být v různé míře určující matkou užívané chemické látky během těhotenství a porodu. Např. jestliže matka v těhotenství začne v reakci na stres užívat tlumivé látky, *přenes se i tato informace na plod a vytváří jakýsi imprint, vtisk, dráhu, kód o efektu tlumivě působících látek při prožívaném stresu. Tento kód bude čekat na své oživení v období postnatálním. Po aplikaci stejně působící látky v pozdějším období zažije potomek sice nový, ale zároveň již dávno poznáný efekt. Pozitivní zpětná vazba může rychle posilovat vznik návyku<sup>10</sup>. Pokud anestetika, která matka užije při porodu, zapůsobí i na dítě, jsou jeho prvními pocity po příchodu na svět jsou malátnost, nevolnost a dezorientace. Když takto narození dospělí lidé prožijí tento okamžik znovu, často potvrzují, že tato událost v nich citově a psychologicky zakořenila přesvědčení, že osvobození od bolesti je spojené s užitím chemických látek. Z vlastního narození si navíc vyvodí, že chemikálie jsou neoddělitelnou součástí střetu s výzvou, novým životním údobím nebo příslibem osobní svobody<sup>11</sup>.*

Z hlediska vývoje osobnosti můžeme sledovat určité klíčové momenty mající na cestě od úplné závislosti k relativní samostatnosti obzvláštní vliv. Kudrle<sup>12</sup> uvádí jednotlivé kritické body s jejich nároky na přiměřené zpracování a zdravý vývoj: úroveň postnatální péče, tedy péče o harmonický vývoj dítěte, vývoj a diferenciaci

<sup>9</sup> Více k tomu viz Leboyer, F. *Porod bez násilí*.

<sup>10</sup> Kalina, K. *Drogy a drogové závislosti*, s. 92.

<sup>11</sup> Grofová, C. *Žízeň po celistvosti*, s. 55.

<sup>12</sup> Kalina, K. *Drogy a drogové závislosti*, s. 92.

jeho potřeb, jejich přiměřené uspokojování s respektem k hranicím, a dále podpora v době dospívání, v krizi hledání identity a samozřejmě adekvátní pomoc v případech objevující se patologie nejrůznějších duševních poruch a chorob. Psychogenní faktory, které během vývoje v dětství působí, ať už protektivně nebo rizikově, na vztah osobnosti k návykovým látkám, jsou podrobněji rozebrány v kapitole *Rodinná terapie a práce s rodinou*.

## **Sociální úroveň**

Sociální úroveň drogové závislosti představuje kontext, ve kterém probíhají její biologické a psychologické procesy. Tato úroveň sestává z charakteru vztahů s okolím, které mají vliv na zrání osobnosti. Charakter takových vztahů je určován mnohými aspekty, z nichž nejvýrazněji působí etnická příslušnost, sociální úroveň rodiny, kvalita rodinných vztahů, společenský status, sociabilita, městské či venkovské životní prostředí se svými specifiky. Vedle rodiny, jež je klíčovým vztahem ve vývoji osobnosti, má značný vliv role vrstevníků, obzvláště v období puberty a adolescence.

Návykové onemocnění je na sociální úrovni chápáno jako důsledek vlivu prostředí, ve kterém jedinec žil či žije a přejímá z něj pro svou osobu destruktivní patologické vzorce chování. Řešení spočívá v resocializaci. Sociální úroveň pomoci uživatelům návykových látek zahrnuje poskytnutí bezpečného strukturovaného prostředí, které je určeno jasnými pravidly a případnými sankcemi a jasným, strukturovaným programem.

Negativní vliv závislosti se na blízkých osobních vztazích velmi záhy projevuje v podobě rodinných obtíží i komplikací ve vztazích přátelských. Kromě oblasti blízkých osobních vztahů je pro závislost příznačný jev nárůstu sociálních problémů objevuje ve formě potíží v zaměstnání, finančních problémů, problémů se zákonem, závislá osoba zažívá pokles sociálního statutu a z něj vyplývající problémy s přijetím identity a sociálních rolí. Závislá osoba, v důsledku rozličných dopadů své závislosti, většinou není schopna pojmenovat problém ve vztahu k blízkému člověku a konečně ani není schopna intimního vztahu, reaguje na tyto skutečnosti zpravidla další konzumací. V reakcích blízké osob závislého se projevuje tzv. maladaptivní strategie

čili urputná kontrola nekontrolovatelné situace. Toto počínání bývá marné až kontraproduktivní, obzvláště když se k němu blízké osoby uchylují v průběhu intoxikace závislého. Zvláštnímu riziku jsou vytaveny děti závislých osob, které na tento disharmonický rodinný stav reagují pocit'ováním nadměrného strachu a nedostatkem sebevědomí, což se dále odráží v problémech ve škole, kde se může jednat o problémy s učením či přízpůsobením, rvačky, šikana atp., dítě má tendence předvádět se doma i ve společnosti a nakonec mohou jeho problémy výústit do závažnějších sociálních problémů, např. delikvence, předčasný sex a často se jedná právě o nadměrnou konzumaci alkoholových i nealkoholových drog. Shrneme-li důsledky závislosti v podobě problémů při výchově dětí či narušených vztahů mezi partnery (frustrace, strach, zklamání, pocit viny, lítost, nenávisť, deprese, beznadějí), dostáváme se k rodinné terapii jako k nejpříhodnějšímu způsobu řešení.

## **Spirituální úroveň**

Je přirozené, aby spiritualita jakožto jedna ze složek osobnosti byla součástí komplexního přístupu k léčbě závislostí. Praxe však ukazuje, že v této oblasti máme stále značné rezervy. *Nejčastěji se setkáváme s medikováním pacienta nebo pragmatickým přístupem sociálního cvičení a přesvědčováním, které se pokouší různými (citlivějšími a méně citlivými) prostředky naučit označené problémové jedince jiným společenským, pro majoritní společnost přijatelným, vzorcům chování<sup>13</sup>.* Tato skutečnost kontrastuje s praxí získanými zkušenostmi vypovídajícími o prospěšnosti zapojení spirituality do léčby. Vzhledem k faktu, že rozvoj osobnosti, základní předpoklad pozitivní změny, probíhá analogicky s rozvojem spirituality, by měla spiritualita být nedílnou součástí léčby.

Hovoříme-li o důležitosti spirituality v léčbě, je možná účelné se zastavit nad samotným pojmem *spiritualita*, neboť typický dnešní člověk ji v sobě již nevnímá jako přirozenost, jako tomu je u tradičních společností, a ve vleku civilizačních pokroků se dostal na místo, kde reflektuje spíše své pragmatické vlastnosti a potřeby. Je pravděpodobné, že mnoho lidí vnímá pojem *spiritualita* jako zaměnitelný s pojmem *religiozita*. Zmatení či dokonce prázdnota těchto pojmů se mi z velké části

---

<sup>13</sup> Broža, J. *Různé pohledy na osobnost klienta a léčbu*. Adiktologie, 3 (Supplementum), s. 31.

jeví jako důsledek vlivu náboženských systémů a institucí, ať již přímý nebo vnímaný přes síto politického uspořádání. Člověk, který vnímal duchovno pokroucenou náboženskou, popř. politickou optikou, a který nemá zkušenost spirituální dimenze, bude nejspíš zaujímat nedůvěřivý postoj, projevující se nezájmem a přirozeně také omezenými možnostmi kontaktu s touto složkou své osobnosti. Zkušenost spirituality je přitom jedna z nejstarších a nejintenzivnějších zkušeností vůbec. Spiritualita je přirozenou součástí lidské bytosti, je to prožitek přesahu lidského omezení. Je to transcendentální, neuchopitelná, všudypřítomná síla, která bývá označována mnoha různými jmény (Bůh, Já, Láska, Tvořivá energie, Vesmír, Tao, Vyšší síla, Vnitřní pramen lásky...). Je to něco, co všichni hledáme. Je sebeobjevením a zároveň cestou k sebeobjevení. Problém spočívá v naší nevědomosti: nevíme, co hledáme, cítíme pouze potřebu *něco* najít. Na tuto potřebu je přirozeně nutné nějak zareagovat. Jedna z častých reakcí je projekce duchovní žízně do materiálně dosažitelných přání, kterým říkáme sny. Člověk si vytyčí cíl, jehož dosažení ho má učinit spokojeným; často to bývá vystudovat *vysněnou* školu, získat *vysněného* partnera, vydělat dost peněz, přestěhovat se na krásné místo apod. Po dosažení onoho velkého cíle se však znovu objeví neukojená žížeň a představa, že spokojenost přijde ve chvíli, kdy získá ještě něco dalšího. Toto může pokračovat stále dokola, dokud si člověk neuvědomí, že vnitřní touha není utišitelná splněním ambicí vztahujících se k vnějšímu světu. Jiný způsob tišení vnitřní žízně se sice odehrává na úrovni vnitřního světa toužícího a hledajícího člověka, ovšem i zde cestu blokuje touha uskutečňovaná skrze dosahování žádoucích stavů. A stejně jako u materiálních věcí, i u stavů vyvolaných látkami navozujícími změněné vnímání člověk jednoho dne zjistí, že žil v iluzi. Stavby se projeví jako dokonalá iluze. Podle buddhistické filosofie je příčinou lidského utrpení touha a připoutání, což přesně vystihuje bezútěšnost výše popsané situace. *Z hlubin svého bytí cítíme ohromnou nostalgii nebo stesk po čemsi, co nejsme ani schopni pojmenovat. S pocitem nedostatečnosti a neúplnosti praheme po čemsi, co by nám dalo pocit celistvosti*<sup>14</sup>. Neurčitá touha po něčem větším, naplňujícím *nás vrhá do ničivých nebo sebezničujících vztahů, činností či užívání látek, které nám pomáhají, zdánlivě a dočasně, doplnit chybějící část*<sup>15</sup>. Existují lidé, kteří dokáží rozpoznat podstatu své žízně a objevit pro sebe cestu, která vede k jejímu utišení. Je mnoho takových cest, které člověka přivádějí k pravému *já*, kterého odpoutávají a zbavují

---

<sup>14</sup> Grofová, C. *Žížeň po celistvosti*, s. 93.

<sup>15</sup> Tamtéž, s. 23.

touhy. Může to být meditace, modlitba, práce, cvičení atd., záleží pouze na způsobu vykonávání dané činnosti. Činnost, která vychází ze samého nitra, středu lidské bytosti, rozvíjí a harmonizuje osobnost, což se přirozeně projeví i ve vztahu k návykovým látkám. Grofová píše o rozvíjení spirituality jako o léku proti jakékoliv formě závislosti. *Začneme-li hasit žízeň prožíváním Boha namísto předmětem závislosti, časem dosáhneme uspokojení, po němž prahneme*<sup>16</sup>. Podobně Jung píše v dopise Billu Wilsonovi: *Alkohol se latinsky řekne spiritus a vy používáte stejné slovo pro nejvyšší duchovní prožitek i pro nejzákeřnější jed. Je třeba si říkat: spiritus contra spiritum. Spiritus, neboli Duch boží, léčí neblahé následky alkoholu, neboli špiritusu*<sup>16</sup>.

---

<sup>16</sup> Grofová, C. *Žízeň po celistvosti*, s. 31.

## **Léčba a rehabilitace drogově závislých**

### ***Multidisciplinární přístup***

Základním východiskem léčby a sociální rehabilitace drogově závislých osob je komplexnost problému, odpovídající bio-psycho-sociálnímu pojetí. Toto pojetí je v současnosti na teoretické úrovni obecně přijímáno, avšak jeho naplnění v praktické činnosti se střetává s různými překážkami, které stále ještě vznikají v některých léčebných zařízeních, nebo vyplývají z legislativních opatření. Většina zařízení poskytujících léčbu a následnou péči drogově závislým však koncepci závislosti jako komplexního problému integrovala do svých léčebných postupů a je otevřena mezioborovému přístupu. Odborníci v oblasti adiktologie soustavně pracují na rozvíjení aplikace tohoto přístupu na všech úrovních systému péče.

Princip mezioborového přístupu je založen na týmové práci, která je nezbytným předpokladem k tomu, aby mohly být všechny složky osobnosti ošetřeny odpovídajícím způsobem. *Týmová práce je založena na principech plurality názorů a jejich vzájemné konfrontace, spojené principem určité míry rovnocennosti přístupů...*

*Přístupy a metody k léčbě a sociální rehabilitaci osob trpících závislostí tvoří velmi široké spektrum. Některé z nich lze vzájemně kombinovat, jiné nikoli. Často lze jen s velkými obtížemi rozeznávat a odlišovat, které z nich jsou pro určitou indikovanou skupinu vhodnější a efektivnější, a které méně. Podmínkou efektivnosti programu je vyjít vstříc skutečným a nikoli domnělým potřebám klienta. To v praxi znamená stále přizpůsobování programů nejen směrem ke specifické povaze samotného problému závislosti, ale především směrem měnícím se potřebám a často výrazným interindividuálním rozdílům mezi klienty<sup>17</sup>.*

V České republice nebyl v období před změnou politického uspořádání mezioborový přístup uplatňován, pomoc drogově závislým osobám byla poskytována na základě přístupu biomedicínkého. Po roce 1989 se zde začala rozvíjet síť nestátních neziskových organizací, provázená celkovou změnou přístupu poskytování péče potřebným osobám. V oblasti léčby závislostí tyto změny přinesly klíčové otázky, týkající se kombinací různých přístupů a vyváženosti oborů. Najít odpověď na tyto otázky je dlouhodobá záležitost vyžadující pozorné sledování efektů jednotlivých metod, vzájemnou spolupráci, otevřenost novým pohledům a flexibilitu. V současné době zde existují oficiálně uznávané metody a přístupy, jejichž užívání je doporučováno jako optimální. Zároveň lze pracovat s dalšími přístupy, které jsou zatím vnímány spíše jako alternativa či doplněk hlavních, nejrozšířenějších přístupů.

## **Konkrétní možnosti léčby poskytované drogově závislým v ČR**

V současnosti jsou v České republice k dispozici všechny hlavní formy léčby drogově závislých. Poskytovatelem služeb jsou státní zdravotnická zařízení a nestátní neziskové organizace (NNO). Státní zdravotnická zařízení poskytují detoxifikaci, ambulantní léčbu a krátkodobou ústavní léčbu, NNO tuto nabídku doplňují o další formy pomoci, zvolené podle poptávky klientů. Celé spektrum poskytovaných služeb pro uživatele drog nabízí Praha, Moravskoslezský kraj, Jihomoravský kraj a Ústecký kraj, omezenou nabídku vykazuje kraj Karlovarský, Pardubický, Liberecký a

---

<sup>17</sup> Kalina, K. *Drogy a drogově závislosti; mezioborový přístup*, s. 15.



Královéhradecký, přičemž v krajích Karlovarské a Pardubickém fungují pouze nízkoprahová zařízení.

Nabídka služeb poskytovaných drogově závislým obsahuje deset typů služeb. Pro každou z nich je stanoven seznam výkonů, které mohou být v jejím rámci poskytovány.

### Detoxifikace

Detoxifikaci lze provádět ambulantně, což je způsob užívaný u klientů s nižším stupněm odvykacího syndromu, nebo je možný ústavní způsob detoxifikace, preferovaný u klientů s vyšší intenzitou odvykacích příznaků. Ambulantní detoxifikace se u nás provádí zřídka, je specifická nutností častého kontaktu klienta s lékařem a podpůrného užívání farmakoterapie. Nejčastěji je u nás využívána detoxifikace ústavní, která se provádí v nemocnicích a psychiatrických léčebnách, kde klient na uzavřené jednotce stráví pět až deset dní. Překonání odvykacího syndromu je v případě ústavní detoxifikace založeno působení motivující atmosféry a izolaci od rizikového prostředí, často za současného působení farmakoterapie. V případě nutnosti řešit rodinné či sociální problémy je zde také možnost rodinných a sociálních intervencí. Momentálně v ČR funguje 10 detoxifikačních jednotek, což je vzhledem k poptávce neúměrně malý počet.

### Ambulantní léčba

Ambulantní léčba je určena klientům s lehčím stupněm závislosti, bez závažných psychosomatických symptomů. Nutným předpokladem k této formě léčby je vysoká motivace klienta, doplněná podporou ze strany rodiny či jiných blízkých osob. Mezi využívané metody patří farmakoterapie a individuální/skupinová terapie. Nabídka ambulantní léčby u nás je opět neúplná.

### Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba

Krátkodobá ústavní léčba trvá od 4 do 9 týdnů, střednědobá od 3 do 6 měsíců. Oba typy ústavní léčby probíhají v nemocnicích a psychiatrických léčebnách na základě strukturovaných programů. V současnosti u nás funguje dvanáct zařízení tohoto typu, z nichž pouze jedno je krátkodobé. V důsledku stereotypu ordinovat drogově závislým automaticky ústavní léčbu jsou tato zařízení přetížena.

Rezidenční léčbě v terapeutických komunitách je věnována samostatná kapitola.

## **Zapojení blízkých osob do procesu léčby a sociální rehabilitace**

Následující kapitola se zabývá vztahem drogově závislých a osob jim blízkých. Nejdříve bych ráda upřesnila, co je zde chápáno pod pojmem „blízká osoba“. Toto označení používám jako obecný pojem pro širokou škálu osob, které individuálně hrají u každého závislého určitou roli ve vzniku, rozvoji a léčbě závislosti. Takovými osobami mohou být partneři, přátelé, rodiče, děti, sourozenci a jiní rodinní příslušníci. Pro tuto skupinu lidí se užívá též označení „signifikantní osoby“.

Vztah mezi uživatelem drog a jeho blízkými osobami není pouze jedním z určujících faktorů míry úspěšnosti léčení, případně rozvoje závislosti. V tomto vztahu je nutné zabývat se též druhou stranou rovnice, tj. dopadem, který má závislost člena rodiny na blízké osoby. Oba tyto dopady závislosti se vzájemně prolínají a ovlivňují vývoj problému buď směrem ke konstruktivnímu řešení, nebo přispívají k jeho narůstání. Z toho vyplývá, že zapojení signifikantních osob do léčby a sociální rehabilitace drogově závislých je jedním z klíčových faktorů tohoto procesu.

V léčebné praxi se nejčastěji objevují dvě situace: práce s rodiči dospívajícího, který užívá většinou nealkoholové drogy, a práce s partnerem/partnerkou dospělého, závislého většinou na alkoholu. Vzhledem k tomu, že se své práci se zaměřuji především na nealkoholové drogy, se zde podrobněji zabývám pouze prvním případem. Další variantou případu závislosti dospívajících jsou uživatelé pocházející z nefunkčních rodin, ve kterých se také často vyskytuje problém závislosti. V těchto případech je však zapojení signifikantních osob do léčby problematičtější.

## **Kodependence**

Kodependence neboli spoluzávislost je u blízkých osob drogově závislých velmi častým problémem. Jedná se o *poruchu ze ztráty sebehodnoty, která se projevuje psychickými, psychosomatickými, či fyzickými. Lze ji definovat jako jakékoliv trápení nebo dysfunkce, která je spojena se zaměřením, nebo výsledně vzniká ze zaměření na potřeby a chování druhých. Je naučeným chováním, pseudoadaptací, která má domněle chránit naše pravé Já před nebezpečím zvenku. Kodependence není jen nejrozšířenější závislostí, je také základnou, na které vyrůstají všechny naše závislosti a nutkavosti*<sup>18</sup>. Kodependence vychází ze zraňování, což je v dysfunkčních rodinách běžný a vysoce rozvinutý jev, a je živena a nevědomě rozvíjena pocitem vlastní nedostatečnosti, souvisejícím např. s nízkým sebehodnocením, strachem z opuštění či s pocitem rozštěpenosti. Důsledkem kodependence je postupná ztráta sebe sama, své identity a z toho vyplývající ztráta schopnosti žít jako svébytná osobnost.

Blízkým osobám závislého, které mají rysy kodependentní osobnosti, jsou určeny speciální terapeutické skupiny se zaměřením na problémy identity a osobnostního rozvoje, sebedůvěry a sebezpozování. Užitečným doplněním skupinové práce jsou individuální sezení a práce s deníkem klienta, umožňující objektivnější náhled celé situace.

## **Dospívající uživatelé a rodina**

---

<sup>18</sup> Kalina, K. *Drogy a drogové závislosti; mezioborový přístup*, s. 109, 110.

Signifikantní osoby bezpochyby ovlivňují průběh léčby u všech léčených osob, u dospívajících je pak jejich vliv obzvláště silný a obecně platí za jeden z hlavních faktorů úspěšnosti léčby. Základním předpokladem pro nástup do léčby a její absolvování je otevřenost blízkých lidí k vzniklé situaci. Dospívající lidé, kteří jsou závislí na drogách, mají tendenci předstírat ostatním i sobě, že žádné problémy nemají, že není potřeba cokoli řešit. S tímto odůvodněním mohou pokračovat v užívání drog. V případě, že jejich problémy již dosahují rozměrů, které nelze přehlédnout, nastupuje tendence odkládání řešení, čekání na *vhodnější příležitost*. Blízcí lidé zde mohou pomoci ochotou a schopností problém pojmenovat, diskutovat a řešit. Podpora dospívajícího v útěku před sebou samým, formulovaná a většinou též vnímaná jako čekání, jestli *se to nespraví samo*, není ničím jiným než podporováním bludného kruhu. Dovést dospívajícího uživatele k léčbě je v mnoha případech zdánlivě nadlidský úkol, neboť úspěšnost se neodvívá pouze od instrukcí odborníků a optimálního přístupu. Různorodost individuálního nastavení každé osobnosti ve spojení s mnoha spolupůsobícími faktory může vytvořit takovou situaci, v níž není možné poskytnout závislému jakoukoli pomoc, nýbrž je nutné čekat, až sám pozná a uzná vlastní dno a přijde sám.

V případě, že je závislý přístupný nějaké formě spolupráce, je třeba trpělivě a rozvážně hledat adekvátní způsob léčby. K tomu, aby mohli rodiče zvolit nejvhodnější způsob léčby, je nutné osvojení základních informací a faktů z této oblasti, tzn. jaké jsou možnosti, v čem jednotlivé metody spočívají, jaké jsou dosavadní zkušenosti, jakým způsobem se na léčbě bude podílet rodina a další blízcí lidé, jaké kroky je třeba podniknout ve vztahu k širšímu okolí atd. Kromě odpovědí na otázku „Co dělat?“ je důležité informovat rodiče také o tom, co nedělat. Tyto informace týkají tzv. usnadňování, tedy vzorců chování, které vedou k udržování problému, blokují jeho řešení či poškozují rodinné vztahy. Frouzová<sup>19</sup> uvádí následující příklady usnadňování: popírání problému, lhaní ve škole, zakrývání problému před prarodiči, zanedbávání sebe či ostatních členů rodiny, vyhrožování něčím, co nesplním, obviňování partnera, financování drog či drogového životního stylu, přistupování na vydírání kýmoli v souvislosti s braním drog atd.

V rodinách, kde není normou deviantní chování, je konfrontace se skutečností, že potomek užívá drogy, pro rodiče vždy velmi bolestivá a náročná. Sled kognitivních

---

<sup>19</sup> Kalina, K. *Drogy a drogové závislosti*, s. 78.

a emocionálních reakcí rodičů na užívání drog u jejich potomka lze obecně shrnout do následujícího schématu: šok, zmatek, panika – pocit křivdy, zrady a sebelítosti; zlost – pocit viny; smlouvání; stud; truchlivost a pocity strachu – rezignace a pocity marnosti; odpor a hnus; smíření – anticipační úzkost a nepřiměřený optimismus<sup>20</sup>. Jsou – li rodiče závislého uživatele ochotni spolupracovat s odborníkem, znamená to výraznou podporu a pomoc jak v léčbě uživatele, tak pro rodiče samotné, vzhledem k nesnadnému úkolu vypořádání se s náročnou situací. Někdy však není taková spolupráce ze strany rodičů možná, v některých případech dokonce rodiče svým přístupem dítě k užívání toxických látek nepřímo stimulují. V případě, že spolupráce není ani po veškeré vynaložené snaze umožněna ze strany dítěte, je jedinou realizovatelnou intervencí poradenská práce s rodiči, zaměřena na dva hlavní cíle: 1) neusnadňovat problémové chování dítěte ze strany rodičů, 2) po psychické a sociální stránce chránit a podporovat rodiče<sup>21</sup>.

Poté, co se rodiče dozvědí o užívání drog u jejich potomka, přichází jako první přirozená reakce panika a zděšení. Následuje, v kontextu zmíněné paniky opět zcela přirozený, avšak zpravidla nereálný, požadavek „rychlé nápravy dítěte“. Po odeznění prvotního šoku se dostávají pocity křivdy, zrady a sebelítosti, verbálně vyjadřované charakteristickou větou „my jsme ti dali první poslední a ty se nám takhle odvděčíš?“. Zlost, jež střídá pocity sebelítosti, je spojena s tím, že potomek svou závislostí narušuje různé další oblasti, jako atmosféru doma a v práci, pracovní výkonnost, radost z dříve oblíbených činností. Zlost může být zaměřena přímo na její zdroj – problémové dítě, nebo na zástupné cíle (partner, učitel). Ve fázi, kdy se rodiče již orientují na řešení problému, může dojít ke zvolení značně kontraproduktivní metody; rodiče s dítětem uzavírají různé dohody na principu odměňování pokroků, kterých dítě dosáhne. Nebezpečí této metody spočívá v tom, že dítě se může naučit tohoto odměňovacího systému zneužívat a časem se uchýlit k vydírání. Po nějaké době začne chtít více výhod za pořad menší a krátkodobější pozitivní změny ve svém chování<sup>22</sup>. Nehledě na to, že případné materiální odměny zpravidla slouží k získání drog. Stud, pocit, který se zde objevuje, se týká nejen drogy užívajícího potomka a jeho patologického chování, ale též rodičů samých, kteří se stydí i za sebe a mají pocit, že selhali. Rezignace a pocity marnosti se mohou objevovat jako nezpracovaná fáze

---

<sup>20</sup> Pešek, R.; Vondrášková, A. *Kognitivní a emocionální reakce rodičů dospívajících dětí, které užívají drogy*. Adiktologie, 7, (7), s. 54.

<sup>21</sup> Tamtéž, s. 60.

<sup>22</sup> Pešek, R.; Vondrášková, A. *Kognitivní a emocionální reakce rodičů dospívajících dětí, které užívají drogy*. Adiktologie, 7, (7), s. 57.

truchlení. Pocit hnusu, který rodiče zažívají, je situačně podmíněn, tzn. dostavuje se v případě, že vidí své dítě intoxikované. Smíření (přijetí, vyrovnání) představuje realistické uvědomění si všech možností konstruktivního řešení problému<sup>23</sup>. Tato fáze se vyznačuje nadějí, černým humorem, supresí (dovednost dočasně odkládat negativní myšlenky, představy a emoce, aniž by byly popírány, „dnes se tím zabývat nebudu“), altruismem (dovednost konstruktivně přepracovat vlastní bolestnou zkušenost do pomoci druhým), anticipací (dovednost realisticky očekávat a plánovat do budoucna, včetně uvědomění si možných problémů a ztrát)<sup>24</sup>.

## **Závislé matky v léčbě**

Vztah léčícího se klienta k partnerovi je nepochybně jedním z klíčových faktorů ovlivňujících léčbu, a to jak léčbu rezidenční, tak ambulantní. Specifický případ představují ženy – matky, neboť jejich způsob života a tedy i kvalita partnerského vztahu ve svých důsledcích nedopadá pouze na ně, nýbrž i na jejich děti. Tématem partnerských vztahů léčících se matek se ve svém článku zabývá Pavel Hanzal<sup>25</sup>, terapeutický pracovník v TK Karlov, jediném zařízení svého druhu u nás, které se poskytuje léčbu závislým ženám s dětmi. Následující text vychází ze zmíněného článku a týká se matek léčících se v terapeutických komunitách. Je obecně platnou skutečností, že v terapeutických pro drogově závislé jsou nepřijatelné partnerské vztahy meziklienty, a to jednak v zájmu samotných potenciálních partnerů, neboť vztah v tomto druhu léčby zvyšuje klientovu odolnost vůči změně, která pro něho přestává být prioritou, a jednak v zájmu ostatních klientů komunity, neboť takový vztah by narušil běh a princip celého zařízení.

Pro léčící se matky je vždy nutné vyřešit si otázku partnerství, a to ať už jde o partnera stávajícího či minulého. Během skupinových sezení v komunitě se po nějaké době vynoří následující otázky (dle Hanzala):

---

<sup>23</sup> Tamtéž, s. 59.

<sup>24</sup> Hanzal, P. *Partneři matek léčících se ze závislosti na návykových látkách – záchrana, nebo hrozba?* Adiktologie, 7(3), 378-385.

<sup>25</sup>

- Jaký je vliv partnera na léčbu matky?
- Jaké jsou možnosti a limity spolupráce s partnerem v procesu léčby klientky?
- Jeví se aktuální partner více jako primární, nebo sekundární problém?

K odpovědím na tyto otázky je zapotřebí nahlédnout typologii vztahů závislých matek a jejich protějšků. *Většinou se jedná o nesezdané páry s neplánovaným rodičovstvím, kdy partner je otcem dítěte, nebo se jedná o partnera, který proklamuje, že je ochoten se o dítě teoreticky starat. V obou případech partneri většinou sdíleli různě dlouhou dobu drogovou závislost minimálně jednoho z nich, převážně však drogy byly ústředním tématem jejich partnerství. Převážná část partnerů jsou uživatelé návykových látek, nebo partneri momentálně ve výkonu trestu (popř. jim výkon trestu hrozí). Za celou naši praxi mělo pouze šest matek spolupracující partnery podílející se na léčbě...u ostatních partnerů (34 matek) byla spolupráce znemožněna hned na počátku, protože nebyli ochotni dodat čisté screeningové testy, tzn. respektovat bezpečí terapeutické komunity<sup>26</sup>. Z toho plyne, že pro 90% matek partner představuje riziko pro jejich abstinenci, a tedy i pro její soužití s dítětem. V případech, že se jedná o děti s předběžným opatřením nebo odebrané z péče matky, jedná se o přímé ohrožení společné budoucnosti<sup>27</sup>.*

Terapeutická praxe vybízí k otázkám<sup>28</sup>: Proč se klientky od rizikových partnerů nedokáží odloučit během léčby a po ní? Proč nedokáží stanovit bezpečná pravidla pro případné soužití? Proč v případě soužití nedokáží trvat na dodržování daných dohod a při porušování vztah ukončit? Proč vůbec podstupují riziko vztahu s uživatelem, bývalým uživatelem nebo spolu uživatelem? Hanzal k tomu ze své praxe uvádí hlavní motivy k destruktivnímu jednání matek:

- Samospasitelné dítě: Matka se domnívá, že příchod dítěte pozitivně změní partnerovo chování. Realita většinou bývá opačná; problémy se násobí v důsledku vyšší ekonomické zátěže a zodpovědnosti.
- Tlak partnera: Typologicky dominantní partneri (bývalí dealeři či pasáci) těžce nesou ztrátu vlivu nad ženou a usilují o návrat k dřívějšímu stavu. V případě, že je

<sup>26</sup> Hanzal, P. *Partneři matek léčících se ze závislosti na návykových látkách – záchrana, nebo hrozba?* Adiktologie, 7(3), s. 380, 381.

<sup>27</sup> Tamtéž.

<sup>28</sup> Tamtéž, s. 382.

jejich snažení úspěšné, se jejich styl života po čase vrátí do starých kolejí, tzn. využívání partnerky. Toto využívání může být zaměřeno na oblast psychiky, tj. může se týkat kompenzace pocitů, uspokojování potřeb apod., nebo může být materiálního charakteru, tj. soustavná péče a přísun peněz.

- Vztahy v rodině: Kvalita vztahů v původní rodině ovlivňuje jednání žen ve vlastních partnerských vztazích obzvláště silně, a to působením rozličných faktorů, které mohou a nemusí být navzájem komplementární. Často se vyskytující varianta je nekritické přejímání rodinného modelu jako vzoru pro vlastní vztah. Základní norma partnerského soužití tedy vychází z primární rodiny, kde byly dlouhodobě praktikovány nefunkční vzorce chování a zaujímány pro vývoj nezdravé postoje. Jednou z hlavních příčin destruktivního chování je také nesaturovaná potřeba přijetí. *Není-li u dítěte uspokojena základní biologická potřeba přijetí od rodičů, je zjevné, že dochází k těžké frustraci. Dcera si pak saturuje tuto potřebu mimo rodinu. Její potřeba je tak silná, že setrvává i v rizikovém vztahu. Tento obecný princip se samozřejmě vyskytuje i u matek léčících se ze závislosti<sup>29</sup>.*
- Obava ze ztráty jistoty: Rozchod přináší vždy mnoho změn spojených se ztrátou určitých zvyklostí, a prožívá-li ho i dítě, je to proces o to náročnější. Impulsem k setrvávání ve vztahu s rizikovým partnerem mohou být právě jistoty zvyku, týkající se ekonomické stránky, strachu z celkové změny nebo kulturního stereotypu (stigmatizování rozvedených lidí, přívlastky typu „rozvrácená“ či „neúplná“ rodina).

Výše popsané komplikace v léčebném procesu se dají, při oboustranné trpělivé spolupráci, konstruktivně řešit. Problém nastává u matek, které se s léčbou neztotožňují a v podstatě se jí i brání. Jedná se o ženy, které mají pocit, že jejich drogová dráha ještě není naplněna, a chtějí spojit výchovu dítěte s kontrolovaným užíváním návykových látek. Druhou skupinou jsou ženy přesvědčené o tom, že narození dítěte je samo o sobě záruka abstinence; tyto ženy jsou v léčbě většinou v důsledku tlaku okolí. V prvním případě představuje rizikový partner „zadní vrátka do světa drog“ (přesný opis), v druhém případě jde o podcenění rizika vztahu s uživatelem; tento přístup vychází ze stejných základů jako „samospasitelné dítě“.

---

<sup>29</sup> Hanzal, P. *Partneři matek léčících se ze závislosti na návykových látkách – záchrana, nebo hrozba?* Adiktologie, 7(3), s. 382.



## **Skupiny s blízkými závislého**

I přes rozvinutý program primární prevence obecnou dostupnost informací o závislostech na návykových látkách existuje velký počet lidí, kteří o tomto problému postrádají základní informace. Práci s blízkými osobami závislého je proto dobré začít tzv. informačními skupinami, které mají za úkol osvětlit či doplnit dílčí témata problému drogové závislosti. Informační skupiny se odehrávají na poradenské rovině, a v případě, že se u účastníků vyskytne problém vyžadující hlubší psychoterapeutické ošetření, by měl být vedoucí této skupiny schopen nabídnout k té které situaci vhodnou techniku.

Dále můžeme skupiny se signifikantními osobami rozlišit na skupiny pro osoby blízké problémovému drogově závislému, který není motivován k léčbě, a na skupiny pro osoby blízké drogově závislým, kteří již do léčby nastoupili. V prvním případě se jedná o tzv. motivační skupiny, které jsou primárně zaměřené na podporu motivace a naděje v konstruktivním řešení pro osoby blízké závislému, které na tomto základě budou schopny lépe intervenovat do situace závislého. Dle Frouzové<sup>30</sup> by měl program takovýchto skupin být orientován na předávání informací, které bližního učí či potvrzují jeho adekvátní chování, jež zvyšuje pravděpodobnost, že závislý nastoupí léčbu sám, případně informací potřebných pro osvojení nového, adekvátního typu chování. Citovaná autorka dále uvádí zaměření motivačních skupin na pomoc při zvědomování či budování Self-konceptu a zasazení drogového problému do něj (místo, cíl, množství vydávané energie), na emocionální i racionální podporu snahy vzdorovat destruktivnímu vývoji ve vztahovém systému (nahrazování ochromujících pocitů viny jasným rozeznáváním zodpovědnosti za proces) a na konkrétní pomoc při konfrontačních a krizových situacích.

Skupiny se signifikantními osobami závislých, kteří jsou již v procesu léčby, mohou probíhat stejně jako motivační skupiny v rovině informační nebo, v případě dlouhodobé léčby, mohou být zaměřeny na poradenství či psychoterapii. Práce těchto skupin je zaměřena na přijetí a vyrovnání se s faktem diagnózy, ošetření traumatických zážitků souvisejících s drogovou závislostí blízkého člověka (lhaní,

---

<sup>30</sup> Kalina, K. *Drogy a drogové závislosti*, s. 79.

citové vydírání, manipulování, krádeže, parazitování, agrese apod.), ošetření pocitů viny a uvědomění si vlastní, jasně vymezené zodpovědnosti v procesu udržování závislosti a úzdravy. Po přijetí reálné situace se skupina věnuje vyjadřování pocitů, postojů a názorů souvisejících s užíváním drog či léčbou s následně psychoterapeutické práci na nich, práci na interpersonálních vztazích a situacích souvisejících s fenoménem závislosti a přímému nácviku některých vzorců chování týkajících se komunikace se závislým. Důležitým tématem je situace možného relapsu, který se zde členové skupiny učí vnímat jako součást ozdravného procesu, a příprava na něj s případným nácvikem chování. Skupiny rovněž pracují na vyrovnávání se s úzkostí a strachem z nejisté budoucnosti a na přípravě na možného alternativní vývoje<sup>31</sup>. *Tyto skupiny mohou být ještě dále specifikovány podle typu vztahu ke klientovi v léčbě. Nejčastěji se vyskytují skupiny partnerů, rodičů, skupinový program pro malé děti a skupiny pro dospívající a dospělé děti, které mají rysy kodependentní osobnosti*<sup>32</sup>.

### Skupiny partnerů

Partneři závislých osob se v těchto skupinách učí rozlišovat nemoc od nespolupráce na ozdravném procesu a uvědomovat si své vlastní chování vyplývající z partnerovi závislosti (např. přístup k dětem). Dále si zde partneři ujasňují svou představu o budoucnosti tak, aby byla v souladu s jejich reálnými možnostmi; pro případ, že závislá osoba bude pokračovat v užívání návykových látek, je třeba zvážit další společný život a případně se co nejlépe připravit na rozchod.

### Rodičovské skupiny

Prvním úkolem rodičovských skupin je pomoc při zpracování faktické situace a z ní vyplývajících traumatizujících dopadů. Další práce se týká pomoci otevřít pro rodiče nové možnosti dalšího života, jež často mají charakter vstupu do nové životní etapy. Tento proces vyžaduje zpracování specifických témat, na nichž rodina dosud ulpívala a která mohou nějakým způsobem souviset s užíváním drog u dítěte. Takovým tématem často bývá syndrom prázdného hnízda, avšak objevují se další rozličné problémy, nezřídka vyžadující zvláštní typ psychoterapie.

<sup>31</sup> Kalina, K. *Drogy a drogové závislosti*, s. 79.

<sup>32</sup> Tamtéž.

### Skupiny s malými dětmi závislých rodičů

Tyto skupiny pracují na základě herních činností, principiálně laděných k ošetření traumat a k relaxaci od rodinného napětí. Další potenciál těchto skupin spočívá v konfrontaci dítěte s dospělým, který k němu přistupuje s pozorností, emocionální podporou a nezbytnou důsledností. Terapeuti těchto skupin sledují vývoj rodinné situace a v případě, že je dítětem ubližováno, do něj intervnují.

### Skupiny se sourozenci závislých

Lidé, kteří se potýkají s osobními problémy vyvolanými sourozencovým užíváním drog, bývají většinou ve věku adolescence či mladé dospělosti, tedy ve věku, kdy ještě sdílí společný byt a život s primární rodinou a sourozencovo jednání na ně dopadá přímo. Tyto dopady mají v mnoha případech charakter kompulsivních poruch chování. Zaměření těchto skupin spočívá v pomoci a podpoře zdravého emocionálního a sociálního vývoje. Konkrétní zpracovávaná témata se týkají především individuace, identity a impulsivity.

## Práce s rodinou, rodinná terapie

### **Rodinná etiologie**

Přístupy rodin drogově závislých tvoří širokou škálu, od nadměrné péče až po lhostejnost. V mnoha případech se základ návykového problému nachází v traumatizující rodinné okolnosti jako je např. sebevražda, psychická onemocnění, násilí, rozvod, úmrtí. Velmi častou reakcí organismu na traumatickou událost je posttraumatický stresový syndrom (posttraumatická stresová porucha). Schéma této poruchy funguje tak, že *vzpomínky na traumatickou událost se vtisknou do emočních nervových okruhů, tím dochází k předráždění amygdaly, která pak neustále vysílá do vědomí signály k opětovnému vybavení vzpomínek na traumatickou událost. Tyto traumatické vzpomínky jsou pak citlivou spouští, která na základě sebemenšího náznaku, že by mohlo dojít k opakování hrozivých okamžiků, spustí poplachovou reakci*<sup>33</sup>. Užívání drog zde nastupuje jakožto únik či alespoň utlumení vracejících se negativních pocitů (např. úzkost, strach, panika).

*Podle současného pojetí rodinné etiologie nelze jednoznačně charakterizovat rodinné prostředí závislých. Spíše než typickou rodinu závislého můžeme zobecňovat některé opakující se znaky, jež se na rozvoji (spíše než na vzniku) závislosti podílejí.*<sup>34</sup>

---

<sup>33</sup> Goleman, D. *Emoční inteligence*, s. 149.

<sup>34</sup> Kalina, K. *Drogy a drogové závislosti; mezioborový přístup*, s. 140, 143.

I z hlediska praxe je užitečnější práce s faktory, které mají vliv na udržování a rozvíjení závislosti, než s faktory příčinnými.

Cancrini<sup>35</sup> obecně definoval čtyři typy závislosti dle rodinné struktury:

- Závislost traumatického typu vzniká jako reakce na trauma, ztrátu, konflikt a s tím souvisejícími pocity úzkosti či zlosti. Na úrovni rodiny bývají spouštěče tohoto typu závislosti úmrtí, sebevražda, vážné onemocnění, psychická porucha atp.
- Neurotická závislost, nejčastěji se vyskytující typ závislosti, má původ v nahromaděném rodinném napětí, které může vycházet z dlouhodobě neřešených problémů ve vztazích, ze špatně vymezených mezigeneračních hranic, ze zdůrazňování rozdílů mezi „špatným“ a „dobrým“ dítětem, z partnerských problémů atp.
- Přechodová závislost odpovídá hraničním osobnostním rysům (nestálost v osobních vztazích, epizodické úniky do světa fantazie či zcela psychotické prožívání, jiné vážné aspekty psychiatrické komorbidity; nezpracované trauma, rodiče i závislí tendence k „podivným zájmovým aktivitám“ (esoterika, sekty, holotropní dýchání).
- Sociopatická závislost se obvykle vyskytuje v rodině s klimatem lhostejnosti, fyzickým násilím, kriminalitou, zneužíváním. Často se také objevuje u lidí, kteří vyrůstali v instituci. Pro lidi s tímto typem závislosti je typické velmi asociální jednání, spojené/doprovázené neschopností připustit vlastní vinu nebo odpovědnost. užívání jako část nebo doplněk problémového chování.

## Vývoj přístupů rodinné etiologie

Počátky studia rodiny jsou spojeny s rozvojem sociologie, etnologie a kulturní antropologie v 19. století. Tehdejší přístup, který přetrval do prvních desetiletí 20. století, byl poplatný dobovému paradigmatu vědy - redukcionisticko-mechanistickému přístupu. Tento přístup vycházel z tzv. lineární kauzality, založené na vzorci *příčina - důsledek*. V oblasti studia rodiny byl tento vzorec východiskem pro hledání kořenů symptomatického chování, jakož i pro jeho léčbu. *Za optimální léčbu je v tomto případě považována léčba kauzální, která specificky odpovídá zjištěným*

---

<sup>35</sup> cit. Kalina, K. *Drogy a drogové závislosti*, s. 143.

*příčinám*<sup>36</sup>. Toto pojetí se označuje jako individuální model, pro který je dle Špitze<sup>37</sup> typické vnímání symptomů v negativní konotaci, jako selhání, přičemž příčinou tohoto selhání je individuum.

Nové paradigma, vycházející z matematicko-metodologického přístupu, nastínil ve druhé polovině 20. let 20. století Ludwig von Bertalanffy, v 50. letech k němu výrazně přispěl antropolog Gregory Bateson svou teorií informací a poznatky z oblasti kybernetiky. Bateson má také zásluhy přímo v oblasti studia rodiny; ve 20. a 30. letech studoval společně se skupinou dalších antropologů tradiční tichomořské kultury, přičemž se zaměřil především na způsob komunikace v malých skupinách (tento výzkum byl později jednou z inspirací k vzniku hnutí rodinné terapie). Tato nová epistemologie znamenala posun od lineárního kauzality ke kauzalitě cirkulární, zdůrazňující *celost a organizaci, dynamickou interakci subsystémů, interakci systému s prostředím, propojenost a komplexnost procesů*<sup>38</sup>. V pohledu na symptomatické chování cirkulární kauzalita přinesla interakční model, podle něhož již není toto chování vnímáno jako ryze negativní výsledek jednotlivcových chyb, nýbrž jako vyvažující princip okolních vztahů. Pozornost není zaměřena výhradně na intrapsychické procesy jedince, symptomatické chování je vnímáno v kontextu vztahů s rodinou i širším sociálním prostředím.

## **Rodinná etiologie a užívání návykových látek**

Rodina je nedílnou součástí výkladu užívání psychoaktivních látek od 30. let 20. století. Při pohledu na rodinné prostředí závislých osob lze vysledovat některé shodné okolnosti, jež se v těchto rodinách často objevují. Jde o specifické zvyky, postoje a jevy, jež mohou mít vliv na vznik a rozvoj závislosti. Nejedná se však o dogma, mnoho lidí pocházejících z potenciálně rizikového prostředí se s problémem závislosti nikdy nesetká a naopak se mohou stát závislými lidé, kteří vyrůstali v harmonické, zdravě fungující rodině. Přesto lze hovořit o skupině témat, jejichž konkrétní zpracování v rodinném životě může mít na problém s užíváním návykových látek zvýšený vliv.

---

<sup>36</sup> Kalina, K. *Drogy a drogové závislosti*, s. 46.

<sup>37</sup> cit. Kalina, tamtéž.

<sup>38</sup> Sobotková, I. *Psychologie rodiny*, s. 18.

## Svoboda

Prvním předpokladem pro to, abychom si uvědomili svobodu a byli schopni s ní vhodně nakládat, je její pocíťování v rodinné atmosféře. Nejde tedy o svobodu v její objektivní definici, ale o přítomnost svobody jako pocitu. Tuto svobodu bych nazvala primární či základní svobodou. Pocit uvolnění a svobody se pro dítě formuje již před jeho narozením. Určující jsou okolnosti, za kterých byla rodina vytvořena, tj. jestli důvody k sňatku byly ryze praktického rázu, jestli to byl krok nerozvážný nebo jestli byl učiněn z přesvědčení a s jistotou. Tyto okolnosti předznamenávají atmosféru v rodině, tzv. rodinné klima, kterou dítě vycítí a spontánně se mu na emoční úrovni přizpůsobí. Je-li manželství a rodina výsledkem ukvapeného rozhodnutí nebo vzniklo jako „jediná možná varianta“, projeví se tato skutečnost v celkové atmosféře omezení, nesvobody a nutnosti. Tyto první, „podpovrchové“ zkušenosti jsou pro další kontakt se svobodou významným faktorem.

V rizikovém prostředí se často objevují extrémní přístupy ke svobodě, projevující se na jedné straně příliš velkou svobodou hraničící s anarchií, a nadměrnou kontrolou na straně druhé. Rozpoznat správnou míru svobody je nelehký úkol, jehož řešení se může, byť v dobré víře, projevit jako nezdravý a věku dítěte neodpovídající přístup. V rodinách, kde je svoboda dítěte velmi omezená, se zpravidla vyskytují dva typy osobností, které jsou zdrojem nadměrné kontroly a náročnosti; despotický otec nebo ustrašená matka (nebo současná přítomnost obou). Vyčerpávající a v důsledcích riziková je jak obrana proti tlaku ze strany rodičů, tak přijetí a osvojení jejich nepřiměřených požadavků. Děti jsou v raném věku lehce ovlivnitelné a názory přijímají nekriticky, tudíž snadno dochází ke zvnitřnění hodnot a vysokých nároků prosazovaných rodiči, což se může projevit následovně<sup>39</sup>:

- dítě se neumí vyrovnat s neúspěchem, jenž je pro něj tak stresová situace, že může začít hledat úlevu v užívání návykových látek
- dítě není schopno se zastavit, má potřebu neustále pracovat na dosažení úspěchu, spokojenost mu přináší pouze úsilí, což vede k vyčerpání, ochuzení citového života, omezení životních hodnot a perspektiv a k snížené citlivosti k lidem

---

<sup>39</sup> Hajný, M. *O rodičích, dětech a drogách*, s. 33, 34.

- nadměrná kontrola ve všech životních oblastech vede k ustavičnému potlačování citových a jiných potřeb, což se může projevit impulsivními tendencemi k přejídání, gamblingu, užívání návykových látek atp.

Druhý krajní postoj, nepřiměřená volnost, často plyne z opačné zkušenosti rodičů vychovaných přísným a příliš omezujícím způsobem. Rodiče chtějí svému dítěti dát to, co sami neměli, potažmo mu chtějí poskytnou co nejlepší dětství, aniž by si byli vědomi toho, že přílišná svoboda přináší v určitém věku spíše pocit osamělosti než radosti. Příliš velká svoboda může také pramenit v rodinné dohodě založené na výměně volnosti za dobrý školní prospěch. Rizika extrémní svobody spočívají v tom, že dítě s ní do určitého věku neumislyslupně naložit.

### **Osobní hranice jednotlivých členů rodiny**

Základem rodinné struktury jsou osobní hranice jednotlivých členů rodiny. Aby mohla rodina harmonicky fungovat, musí v ní existovat hranice vymezující osobní prostor každého člena (jde o běžné každodenní situace, např. zaklepaní a počkání na vyzvání před vstupem do pokoje). Odborníci vycházející z koncepce rodinné terapie poukazují na roli transgeneračních hranic, jež představují oblast kritických okamžiků vývoje k samostatnosti. Jako příklad nerespektování transgeneračních hranic může posloužit případ tzv. „předčasně vyspělého dítěte“; rodiče mívají tendenci jednat s takovým dítětem jako s malým dospělým, klást na něj příliš zodpovědnosti a poskytovat mu příliš svobody, svěřovat se mu se svými starostmi a radit se s ním o jejich řešení atd., na což dítě, jakkoli je rozumné, prostě není připravené. Rodinná terapie se zaměřuje především na hranice mezi subsystémem rodičů a subsystémem dětí, neboť porušení těchto hranic bývá jednou z příčin vážných komplikací jak ve vývoji rodiny jako celku, tak ve zdravém vývoji jejích jednotlivých členů. Úkolem terapeuta je definovat, případně redefinovat zdravé hranice jako předpoklad fungování rodiny.

### **Nepevný výchovný postoj**



Pro nepevný výchovný postoj je typický nepružný a úzký výběr výchovných přístupů, jenž může v praxi nabývat různých podob<sup>40</sup>:

- nekonečné domlouvání, tvořené směsí výčitek, výhrůžek, příslibů, hledání „proč vlastně“ ...
- mlčení jako projev hněvu
- jednorázové a nedůsledné prosazování sankcí
- vymáhání slibů (často nerealistických) pod pohrůžkou sankcí, které stejně nechtějí realizovat, a slíbenou činnost zapomenou včas a také až do konce kontrolovat
- tendence rodičů brát si odpovědnost za dítě a řešit za něj problémy a praktické věci

Přístup takových rodičů je dlouhým příběhem o obrovské víře ve změnu a důvěře v potomka. Tato důvěra je neustále zklamávána, trpělivost rodičů se zdá být nekonečná. Úskalí takové trpělivosti spočívá v tom, že postupem času může volně a nenápadně přejít v nedůsledný, opakovaně odpouštějící a vždy zachraňující postoj, což má ve výsledku efekt shovívavosti vůči závislému chování. Shovívavost je jedním z nejvýraznějších faktorů podléhajících se na udržování závislosti.

Častým příkladem nepevného výchovného postoje je nadměrně pečující, ochranná matka a chladný otec, jehož vztah s dítětem je buď negativní nebo prázdný, případně otec zcela chybí. Situace, kdy otec dlouhodobě nevrací dítě do reality a milující matka je ve svých postojích nedůsledná, výrazně přispívá ke vzniku i udržování závislosti. Tuto rodinnou strukturu je nicméně těžké určit, protože v kontaktu s terapeutem se role jednotlivých členů rodiny mohou jevit zcela jinak.

### **Závislost jako prvek udržující rodinnou homeostázu**

Podle koncepce rodinné homeostázy, jejímž autorem je Don D. Jackson, je chování rodiny jakožto jednotky směřováno k vytvoření a udržení rovnováhy v interpersonálních vztazích. *Pokud je rovnováha ohrožena, členové rodiny vyvíjejí obrovské úsilí pro její udržení*<sup>41</sup>. Pakliže je prvkem udržujícím rodinnou homeostázu závislost, může být toto úsilí nevědomě směřováno na její udržení. V našich

<sup>40</sup> Hajný, M. *O rodičích, dětech a drogách*, s. 35.

<sup>41</sup> Satir, V. *Společná terapie rodiny*, s. 15.

podmínkách se tento mechanismus nejčastěji objevuje v rodinách, kdy je jeden z rodičů (většinou otec) závislý na alkoholu. V mnoha případech se takové rodiny svému okolí jeví jako funkční, což sice neodpovídá skutečnosti, ale fungování rodiny poté, co přijala přítomnost alkoholismu jako normu, bývá mnohdy snadnější než případy, v nichž se rodina pokouší o nápravu. V rodině s dlouhodobě závislým člověkem může abstinence narušit princip homeostázy a vyvolat kompenzační reakce u dalších členů rodiny (např. vznik závislostního chování u dítěte).

### **Problém s vyjadřováním emocí**

Na začátku řešení problému vždy stojí jeho přijetí. Poté následuje komunikace, výměna názorů; v této fázi se ventilují emoce, po čemž je možné s jistotou úlevou přistoupit k hledání racionálního řešení. Tento přirozený proces může být potlačován neschopností vyjádřit emoce pravdivě a zároveň způsobem vhodným k dané situaci. Extrémy se projevují obzvláště ve vyjadřování hněvu, jenž bývá buď zcela potlačen, vyjadřován skrytě, nedostatečně nebo naopak příliš excesivně. Nepřiměřené vyjadřování emocí ze strany blízkého člověka bývá často příčinou relapsů. Problém vyjádřit emoce se objevuje také ve formě manipulativního jednání, kterého se v některých rodinách používá jako cesty, jak se vyhnout vyjádření emocí, aniž by bylo nutné vzdát se svého přání či potřeby. „Cílem manipulace je neřici přímo, co chci, ale přesto nějak dosáhnout toho, co potřebuji.“<sup>42</sup> Je-li tento způsob jednání v rodině normou, záhy se mu přizpůsobí i dítě; normální pro něj bude takové prostředí, kde není přirozené říci si o pomoc nebo ji poskytnout, vše se uskutečňuje nepřímou. Užívání drog není nic jiného, než forma nepřímého uspokojování potřeb. Vyjadřování emocí může být blokováno nadměrným studem. Stud je spojen se společenskou normou dané kultury a společenská norma je spojena s nutností kontroly. V člověku jsou nastaveny určité limity, jejichž překračování jim signalizuje právě stud. Do jisté míry může být stud nástrojem k udržení jistě společenské a kulturní úrovně a osobního prostoru, ovšem je-li nadměrný a brání svobodnému vyjadřování myšlenek a citů, vzniká problém týkající se sebeúcty a seberealizace, což se také může odrazit v užívání návykových látek.

---

<sup>42</sup> Hajný, M. *O rodičích, dětech a drogách*, s. 36.

At' je již problém s vyjadřováním emocí v rodině jakéhokoli typu, jeho důsledkem je „napětí, případně pocity viny, což snižuje odolnost dítěte vůči drogám a blokuje ozdravné síly celé rodiny“<sup>43</sup>.

### **Útěk od nepříjemných pocitů**

S nepříjemnými pocity bývá vždy těžké se vyrovnat, obzvláště pokud jsou velmi intenzivní. Lidé se v takových situacích velmi často uchylují k falešným, dočasným řešením, jejichž výsledek je úleva, zapomnění, změna vnímání situace. Jedná se o široké spektrum způsobů kompenzace nepříjemných pocitů, typickými příklady jsou přejídání, nadměrné kouření, požívání alkoholu či uklidňujících léků, rychlá jízda autem, zahlcování se prací, posedlost sportem. V oblasti drogové problematiky se zvýšené riziko samozřejmě nachází v útěku pomocí návykových látek, obzvláště pokud u jednoho nebo více členů rodiny již vznikla závislost. V našich podmínkách se obvykle jedná o alkoholovou závislost u jednoho nebo obou rodičů. Z hlediska vzniku a udržování závislosti je třeba nepodceňovat ani ostatní formy útěků a nezdravé fixace na náhradní prostředky řešení zaměřené na útěk. Jakékoliv náhradní řešení nepříjemných pocitů poskytuje dítěti vzor pro vyrovnávání se s problémy, který je místo na přijetí a řešení zaměřen na útěk.

### **Stěhování**

Příliš mnoho změn, které jsou se stěhováním spojeny, může pro dítě znamenat velkou zátěž a stres. Ztráta známého prostředí, kamarádů, školy, navyklých rituálů spojených s místem a fakt, že je dítě „přesazeno“ do jiného prostředí, v němž si musí vybudovat svou pozici, v mnoha případech stojí na počátku experimentování s drogami. Drogy mohou hrát roli prostředku přiblížení se k lidem (v intoxikaci snadnější seznámení a začlenění do skupiny) nebo mohou být východiskem z pocitů izolace, samoty a vykořenění.

### **Nepřiměřená reakce rodičů na chování dítěte**

---

<sup>43</sup> Hajný, M. *O rodičích, dětech a drogách*, s. 39.

Reakce rodičů na chování dítěte představuje další potenciální rizikový faktor, neboť chování dítěte se vyvíjí v souladu se zpětnou vazbou rodičů. Problémy nastávají v případě nedostatečné pozornosti, která může být též pouze dítětem přijímaným vysvětlením, které si vytvořilo v důsledku nedůsledně či skrytě vyjádřených reakcí. Dále mohou komplikace pramenit z problematické reakce na chování dítěte, tzn. ve většině případů nedostatečnou reakci na pozitivní a přehnanou na negativní chování dítěte.

Přirozená touha po tom, aby mělo dítě co nejlepší život, se může zvrhnout do silného tlaku vyvíjeného na dítě za účelem toho, aby dělalo to, co si rodiče myslí, že je pro něj nejlepší, aniž by se k této otázce mohlo vyjádřit samo dítě se svým individuálním založením. Častý je též případ, kdy rodiče berou děti jako „prodloužené já“ a používají je k dosažení toho, čeho sami chtěli a nemohli, ať už z jakýchkoli důvodů, dosáhnout. Dlouhodobý tlak narušené či zatížené vztahy mezi dítětem a rodičem tohoto rázu může dítě místo je šťastnému životu dotlačit k užívání drog jako k úniku od neadekvátních požadavků.

Vyvolávání pocitu viny může někdy sloužit jako prostředek k vydírání a manipulaci. Riziko přichází ve chvíli, kdy jsou pocity viny prožívány v nadměrné míře, dlouhodobě či v situacích, v nichž takové pocity nejsou adekvátní. Pokud je dítě udržováno ve stavu, kdy se cítí provinile, tedy pokud rodiče nějakým způsobem, např. výchovnými sankcemi, nezajistí zpracování pocitů viny, může je dítě později zpracovávat pomocí drog.

## **Rozvod**

Ztráta původní úplné rodiny je beze sporu bolestná zkušenost. Pokud však není vyhnutí, i když by pro dítě bylo lepší rodinu udržet, nebo pokud vzhledem k problematickému fungování rodiny je zejména pro dítě nejlepším řešením rozvod, je v zájmu dítěte uskutečnit ho bez zbytečných průtahů, dohadů a komplikací. Různé taktiky rodičů, účelově používané při rozvodu, zahrnují děti jako nástroje k dosažení svého. Jedná se např. o vzájemné obviňování manželů za přítomnosti dítěte, využívání dítěte jako prostředníka komunikace mezi manželi, dítě jako „hromosvod“ negativních situačních pocitů, náhlá nepřítomnost jednoho z rodičů, jenž se cítí

uražen, atd. Důvody, které děti v těchto situacích vedou k drogám, jsou nabíledni: zmírňování negativních pocitů, připoutávání nedostatečné pozornosti, hledání pocitu klidu a bezpečí.

## **Rodinná terapie**

V oblasti léčby psychických a psychosomatických poruch, k nimž patří také závislosti, je rodinná terapie užitečnou a hojně využívanou metodou, nikoli však metodou hlavní; tou zůstává terapie orientovaná na jednotlivce. Právě léčba závislostí je oblast, na níž lze přesvědčivě demonstrovat užitečnost prolínání a spolupráce obou směrů. *Klinická práce s rodinou je obtížnější a náročnější než práce s jedincem, může být dokonce problematická, matoucí a frustrující. Vyžaduje teoretickou fundovanost, schopnost koncepčně a systémově myslet a v neposlední řadě i osobní zralost a vysokou morální úroveň<sup>44</sup>.*

Rodinná terapie existuje se dvou základních podobách; jako terapie párová a jako terapie celé rodiny. Párová terapie se častěji užívá u dospělých klientů, účastní se jí drogově závislá osoba společně s jedním dalším členem rodiny, ve většině případů tímto členem bývá partner/ka či manžel/ka závislého. Rodinná terapie je častěji užívána u závislých adolescentů a mladých dospělých. Společně se závislou osobou se jí účastní další členové rodiny, obvykle rodiče, sourozenci, někdy též prarodiče. V případě aplikace tohoto typu terapie na dospělého člověka bývají na terapii účastny také děti uživatele. Terapie s účastí více členů rodiny je vhodná v případech, kdy impulsem k užívání návykových látek byly konflikty uvnitř rodiny, když rodina závislého v užívání mimoděk podporuje nebo když je potřeba pomoci zvládnout situaci členům rodiny, kteří drogy neužívají. Tento typ terapie z hlediska terapeuta náročnější, neboť jeho pozornost je nutně rozmělněna do více směrů, *musí jednat se dvěma nebo více pacienty ve stejné místnosti ve stejnou dobu a musí postupovat tak, aby sloužil dvěma nebo více různým skupinám pocitů a hledisek. Terapeut musí být velice na pozoru a udržovat rámeček konzultace, jakmile se debata přiostruje a objevují se hádky. Čím více členů rodiny je v terapii, tím je obtížnější zajistit účast a aktivní podíl všech<sup>45</sup>.*

<sup>44</sup> Sobotková, I. *Psychologie rodiny*, s. 29.

<sup>45</sup> Rotgers, F. a kol. *Léčba drogových závislostí*, s. 118.

Průběh každé terapie je určen kontextem řešeného problému. V případě rodinné terapie se jedná o kontext symptomatického chování neboli o okolnosti, za nichž takové chování probíhá. Pro tyto okolnosti se užívají pojmy *kolektivní kontext* či *vztahový systém*. Vztahový kontext je chápán jako klíč ke změně symptomatického chování, přičemž je, při pohledu z opačné strany, stejně tak důležitý pro jeho vznik a rozvoj. Změna vztahového kontextu je spontánně následována změnou intrapsychických procesů závislého jedince.

## Vývoj rodinné terapie

Rodinná terapie jakožto jeden z typů terapie skupinové představuje konkrétní formu interakčního modelu. Skupinová psychoterapie se začala rozvíjet po 2. světové válce, přístup s konkrétním zaměřením na rodinu má svůj počátek v 50. letech. *Tento přístup pohlížel na rodinu jako na jednotku, které je zapotřebí k pochopení jedince a k léčbě individuálních dysfunkcí*<sup>46</sup>. V průběhu 60. a 70. let souladu s cirkulární kauzalitou byl vytvořen přístup rodinné terapie, označovaný jako systémový. *Systémový přístup je především myšlenkový nástroj k uchopení skutečnosti. Umožňuje určitý styl získávání a zpracovávání informací, určitý způsob konceptualizace problémů a nalezení určité formy intervence...Nezáleží tolik na tom, zda poradce/terapeut pracuje s jedincem, s dyádou či s celou rodinou současně, jako na tom, do jaké míry systémově uvažuje při shromažďování informací, při interpretaci svých zjištění, při volbě intervencí atd.*<sup>47</sup> Na základě systémového nahlížení vznikala různá pojetí rodinné terapie, vycházející z tvůrčího myšlení a spojování souvislostí, které přinesla nová epistemologie. Z průkopníků a tvůrců rodinné terapie je třeba zmínit Salvadora Minuchina, Jay Haleyho, Virginii Satirovou. Minuchin vytvořil strukturální rodinnou terapii, jejímž ústředním pojmem a nástrojem jsou hranice. Hranice utvářejí rodinnou strukturu, vymezují např. jednotlivé členy rodiny, manželskou koalici či subsystém dětí. Minuchin určil základní typy hranic jako hranice rigidní, jasné a difuzní. Rigidní a difuzní hranice představují svou extremitou rizikové prostředí, optimální vymezení přirozeně poskytují hranice jasné.

---

<sup>46</sup> Kalina, K. *Drogy a drogové závislosti*, s. 45.

<sup>47</sup> Sobotková, I. *Psychologie rodiny*. s. 20.

V souvislosti s hranicemi je dalším důležitým pojmem permeabilita čili propustnost mezi vnitřními subsystémy a mezi rodinou a vnějším prostředím. Úrodnou půdu pro vznik rodinných dysfunkcí opět představuje extrémní pojetí propustnosti. Přílišná propustnost a otevřenost s sebou přináší dezorganizaci až anarchii, extrémně malá propustnost hraničí s izolací; oba tyto přístupy mohou vyústit do sociální patologie. Jay Haley přispěl koncepcí strategické terapie, pojmající rodinu jako kybernetický okruh pravidel. Úkolem terapeuta je v navyklých stereotypech navodit změnu pomocí jednoduchých, kreativních úkolů. Dílo Virginie Satirové je spojeno s humanistickou (komunikační) rodinnou terapií. Východisko této metody spočívá v tom, že člověk pod vlivem silného negativního stresu se vzdaluje sobě samému. *Člověk si vytváří specifické komunikační postoje, které mu zabraňují v přístupu k vlastním skutečným přáním a touhám*<sup>48</sup>. Satirová svou metodou směřuje ke znovunalezení přání, jež člověk sám před sebou nevědomě ukrývá. Její koncepce komunikace probíhá na úrovni třech oblastí: kontext, okolí, vlastní já. Předpoklad optimální komunikace je vnímání všech těchto oblastí. Způsobem, jak dosáhnout tohoto stavu, je tělesné inscenování komunikačních vzorců (rodinná skulptura, rodinná rekonstrukce).

Velkým přínosem na poli rodinné problematiky je práce Milánské školy, představující okruh odborníků v čele s M. Selvinim-Palazzolim. *Milánská škola chápe rodinu jako systém řízený pravidly; v kybernetickém okruhu rodinných pravidel se odehrávají rodinné hry. I když rodina trpí, změna není v jejím zájmu, neboť hra musí pokračovat*<sup>49</sup>. Terapeutický proces pracuje s tím, jak jednotliví členové rodiny nazírají problém a jeho možná řešení. Terapeut naslouchá všem názorům a postojům, aniž by je jakkoli hodnotil, a nechá tak vzniknout spektrum možných řešení. Následuje proces tvoření hypotéz, kterého se ve vzájemné spolupráci účastní obě strany (terapeut/terapeutický tým i rodina), načež terapeut či terapeutický tým reflektuje celou situaci. Terapeutova odbornost tedy nespočívá v poskytování optimálních řešení, nýbrž ve spoluvytváření podmínek vhodných ke změně. *Systemicko-kybernetická teorie Milánské školy se koncem 70. let stala východiskem pro evropskou rodinnou terapii, která do svého názvu přejala přívlastek systemická či systémová. Obecně se dá říci, že většina směrů rodinné terapie již akceptovala pojetí rodiny jako systému*<sup>50</sup>.

---

<sup>48</sup> Weber, R. *Páry v psychoterapii; na prožitek orientované metody a cvičení*, s. 102.

<sup>49</sup> Kalina, K. *Drogy a drogové závislosti*, s. 45.

<sup>50</sup> Sobotková, I. *Psychologie rodiny*. s. 20.

## Současný stav rodinné terapie

V současné době se v oblasti rodinné terapie uplatňuje široké spektrum přístupů k léčbě závislostí. Jako tři hlavní přístupy uvádí Rotgers<sup>51</sup> model nemoci rodiny, behaviorální model a model rodinného systému. Behaviorální teorie chápe drogovou závislost jako důsledek naučených maladaptivních vzorců chování. Terapie je zaměřena na hledání spouštěčů, tj. okolností aktivujících dysfunkční myšlení a závislostní chování. Cílem je nahrazení maladaptivních vzorců chování vhodnějšími, adaptivnějšími vzorci, což vyžaduje např. nácvik sociálních a komunikačních dovedností, nácvik sebekontroly a zvládání stresu. V oblasti práce se signifikantními osobami jde o vytvoření repertoáru modelů chování, kterým v krizových případech vhodně reagovat. Model nemoci rodiny, jak vyplívá už z názvu, chápe závislost jako onemocnění celé rodiny, a tedy celá rodina se učí novému nahlížení problémů a novému chování. Ústředním pojmem tohoto přístupu je kodependence. Systémové pojetí rodiny je podrobněji rozebráno výše. V praxi se jednotlivé přístupy nepoužívají jednotlivě, v rámci svého teoretického vymezení, ale vzájemně se prolínající a doplňující směs. Jak v léčbě závislostí, tak v léčbě psychických poruch není rodinná terapie hlavní metodou, ale v kombinaci s dalšími metodami se ukazuje být velmi účinná.

Zmiňované čtyři základní směry, které se současnosti v rodinné terapii praktikují, se liší primárním zaměřením, avšak spoustu technik mají společných. Základním úkolem je vždy nejprve vytvořit vhodnou atmosféru pro spolupráci. V souvislosti s tímto procesem se užívá pojmu „připojení“. V první části procesu připojování spočívá role terapeuta v naslouchání. Každý účastník terapie dostane prostor k tomu, aby vyjádřil svůj názor a své pocity, přičemž ze strany terapeuta musí být patrné, že jednotlivým členům rodiny naslouchá a respektuje jejich stanoviska. V druhé části procesu připojování terapeut přebírá aktivní roli; sděluje účastníkům terapie, že pochopil, jak situaci vnímají, a poté předkládá svou představu o řešení problémů jednotlivých členů rodiny. Dalším krokem, společným všem přístupům, je stanovení pravidel. Na začátku léčby je třeba si ujasnit hodinu, ve které bude konzultace začínat, dobu jejího trvání, způsob zrušení nebo změny termínu

---

<sup>51</sup> Rotgers, F. a kol.: *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada, 1999.



konzultace, cenu a způsob úhrady, způsob, kterým se bude postupovat, a očekávanou dobu terapie. Rovněž je nutné domluvit se na postoji, který bude zaujat v případě užívání během terapie. Jednotlivé směry se v tomto postoji liší, avšak všechny se shodují na požadavku otevřené komunikace o pacientově nutkání užívat drogy i jeho případnému podléhání. Terapie s účastí aktivního uživatele, tj. takového uživatele, který není schopen od počátku terapie s užíváním zcela přestat, nebo se k užívání během terapie vrátí, je v mnohém komplikovaná. Vystávají zde otázky, co dělat když závislý pacient není ve stanovené době terapie k nalezení nebo je intoxikován. V případě nepřítomnosti závislého, což u aktivních uživatelů není výjimečný případ, mohou terapie pokračovat s ostatními členy rodiny. V takovém případě je terapie zaměřena na problémy jednotlivých členů, případně na hledání motivace k návratu závislého do terapie<sup>52</sup>.

Ze strany terapeuta je nezbytné projevit zájem o to, jak jednotliví členové rodiny situaci vnímají, a tím v nich stále udržovat pocit a vědomí, že jsou zapojeni do léčby. Naslouchání a reakce terapeuta se jim mohou stát inspirací pro způsob jednání v soukromém životě.

## **Rezidenční léčba v terapeutických komunitách**

### ***Charakteristika terapeutických komunit***

Terapeutická komunita (TK) je specializované rezidenční (pobytové) zařízení, zaměřené na léčbu vedoucí k abstinenci a na sociální rehabilitaci. Kratochvíl<sup>53</sup> definuje terapeutickou komunitu jako *system řízení léčebného oddělení, ve kterém se podporuje všestranně otevřená komunikace a v němž se na rozhodování a léčení podílejí všichni členové týmu i pacienti*. V užším smyslu pak hovoří o *psychoterapeutické metodě, při níž se využívá modelové situace malé společenské skupiny k projekci a korekci maladaptivních interpersonálních stereotypů prožívání a chování*. Cílovou populaci tvoří osoby závislé na návykových látkách (obvykle nealkoholových) ve středním až těžkém stupni závislosti, často s kriminální

---

<sup>52</sup> Rotgers, F. *Léčba drogových závislostí*, s. 120.

<sup>53</sup> Kratochvíl, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*, s. 206.

anamnézou a těžším psychosociálním, případně i somatickým poškozením (nejčastěji hepatitidou typu B a C). Věk klientů se ve většině TK pohybuje v rozmezí 18 až 35 let. Některé komunity přijímají i mladší klienty, zatímco starší klienti jsou spíše výjimkou<sup>54</sup>. Rezidenční léčba poskytuje střednědobé (6-8 měsíců) a dlouhodobé programy (12 a více měsíců). Pobyt klienta (rezidenta) je členěn na několik fází (nejčastěji tři), jejichž charakter odpovídá aktuálnímu celkovému stavu klienta.

*Léčba v TK se označuje jako „léčba vedoucí k abstinenci“ či „léčba orientovaná k abstinenci“. Abstinence není cílem léčby v TK, je pouze cestou, podmínkou a součástí léčby a pro budoucnost nezbytným prostředkem k tomu, aby se klient mohl zapojit do normálního života; cílem léčby v TK je změna životního stylu<sup>55</sup>. Každá životní změna se odehrává na základě osobnostního růstu, což je také hlavním cílem TK. Jako dílčí cíle uvádí Kalina<sup>56</sup>:*

- dodání síly klientům a jejich odolnost vůči dalším selháním a připravenost na každodenní „boj s chutí“
- změna vzorců sebedestruktivního chování a myšlení
- učení se osobní odpovědnosti za sebe, za svá rozhodnutí, za druhé
- vytvoření smyslu, citlivosti pro lidské společenství
- získání základní sociální dovednosti, komunikační dovednosti a dovednosti řešit konflikty
- osvojení si pracovních a hygienických návyků
- změna negativního sebepojetí, přijetí sebe sama, získání reálného pohledu na sebe sama
- poskytování takového prostředí, ve kterém člověk jako lidská bytost může růst, přebírat odpovědnost a rozvíjet sebe sama
- uvědomění si důležitosti svého zdraví, zlepšení a stabilizování fyzické kondice

Citovaný autor uvádí také základní principy TK:

- Motivovanost klienta k vlastní změně je základním bodem úspěšné léčby a resocializace.
- Podmínky života v komunitě se maximálně přibližují realitě běžného života.

---

<sup>54</sup> Kalina, K. *Drogy a drogové závislosti*, s. 201.

<sup>55</sup> Kalina, K. *Drogy a drogové závislosti*, s. 202.

<sup>56</sup> Tamtéž.

- Schopnost přijímat odpovědnost je znakem zralé osobnosti, trénink odpovědnosti je tedy základním kamenem léčby a resocializace.
- Závislý člověk má právo rozhodovat o svém životě. Proto jeho vstup do komunity je dobrovolný, stejně tak i odchod z ní.
- Terapie probíhá především ve skupině, a to vzhledem k tomu, že pro člověka je přirozený život ve společnosti, kde jsou formovány základní vztahy.
- Přejít z terapie do běžného života musí být postupný vzhledem k náročnosti situace.
- Strukturovaný život v komunitě upevňuje, zakotvuje a umožňuje vytvářet vnitřní strukturu.
- Terapeutický tým je pouhým průvodcem a poradcem klienta, nikoli expertem na jeho život.

## **Historie**

Změna životního stylu uskutečňovaná na principu dnešních terapeutických komunit má kořeny v hluboké minulosti. Takové změny probíhaly v těsném sepětí s náboženstvím. *Ve Svitcích od Mrtvého moře se můžeme dočíst o společenství Mumrajů (členy byla židovská mesianistická sekta), která usilovala o nápravu svých nepravostí a neřestí cestou společenství, jasných a přísných zákonů a zároveň sankcí. V tomto duchu se od středověku vyvíjela křesťanská řeholní a řádová společenství. V novověku byla zřetelným předchůdcem terapeutických komunit Oxfordská skupina – religiózní organizace, zaměřená na duchovní přerod lidstva. Touto skupinou se inspirovalo hnutí Anonymních alkoholiků, které převzalo ideje sebezpytování, přiznání si vlastních chyb, odčinění a práci pro druhé<sup>57</sup>. Idea TK se zrodila v 50. letech na základě inspirace skupinovou psychoterapií, jejíž princip rozšířila na celou organizaci. Její rozvoj probíhal ve dvou směrech: jednak jako zařízení pro psychiatrické pacienty, jednak jako zařízení pro závislé na návykových látkách. Oba dva typy komunit mají společné to, že se pacienti stávají aktivními účastníky ve své léčbě a podílejí se na rozhodovacích procesech v komunitě<sup>58</sup>.* Princip, na kterém

<sup>57</sup> Kalina, K. *Drogy a drogové závislosti*, s. 53.

<sup>58</sup> Tamtéž, s. 54.

fungují dnešní TK, je oproti prvním typům více holistický, v souladu s bio-psycho-sociálním modelem. K posunu došlo též na úrovni kontaktu mezi personálem a klienty, kdy se ustoupila od konfrontační strategie, kterou nahradil vztah založený na vzájemném dialogu.

### **TK jako metoda (demokratický typ)**

V souvislosti se vznikem terapeutických komunit se nejčastěji hovoří o Maxwelle Jonesovi, jenž vnesl do systému psychiatrické péče řadu revolučních pohledů. Změny se týkaly posunu ve vnímání vztahů v psychiatrii od hierarchického uspořádání k otevřenějším, demokratickým strukturám, což otevřelo dveře do oblasti psychiatrie řadě dalších odborníků z oblasti pomáhajících profesí. TK jako metoda slouží k léčbě psychických poruch, kam spadají i závislosti, a ve výcviku budoucích odborníků. *Terapeutický přístup demokratické TK je založen na skupinové psychoterapii, zaměřený na pochopení skupinové dynamiky a na ovlivňování postupného procesu učení<sup>59</sup>.*

Jonesova definice principů terapeutické komunity je následující<sup>60</sup>: oboustranná komunikace na všech úrovních, proces rozhodování na všech úrovních, společné vedení, konsensus v přijímání rozhodnutí, sociální učení v interakci tady a teď.

### **Svépomocné TK pro uživatele drog (hierarchický typ)**

Tento typ komunit je spojen se jménem Charlese E. Dedericha, který v r. 1958 založil zařízení Synanon, z něhož vychází většina současných terapeutických komunit. Dederich, bývalý alkoholik a aktivní člen hnutí Anonymních alkoholiků, zorganizoval společné soužití lidí závislých na návykových látkách za účelem vzájemné pomoci k abstinenci. Kalina uvádí principy Synanonu, z nichž mnohé jsou dodnes platné, takto: komunita nabízí náhradní rodinu, charismatický vůdce má v sobě velký terapeutický potenciál, vytvoření systému odměňování jako základu

---

<sup>59</sup> Kalina, K. *Drogy a drogové závislosti*, s. 54.

<sup>60</sup> cit. Kalina, K. *Drogy a drogové závislosti*, s. 54.

změny, konfrontace a frustrace jsou neoddělitelnou součástí rehabilitace, synanonská hra<sup>61</sup> jako specifický nástroj změny chování, náboženská oddanost.

Vztahy v Synanonu byly narozdíl od výše zmíněného typu komunity hierarchické. *S tím, jak klienti během pobytu postupovali hierarchií zdola nahoru, plnili v komunitě náročnější a zodpovědnější funkce a nakonec se mohli stát i členy terapeutického týmu<sup>62</sup>.*

## **Terapeutické komunity v ČR**

První léčebné zařízení využívající principů TK u nás založil v r. 1949 Jaroslav Skála. *Jeho program nejprve začínal s jedinou metodou, a to averzivním podmiňováním. K tomuto programu postupně přibývaly další komponenty, jako skupinová terapie, socioterapeutický klub, rodinná terapie atd., a tak vznikal komplexní a účinný program<sup>63</sup>.* Skálův (též Apolinářský) model byl zároveň jeden z prvních na světě, který v léčbě závislostí aplikoval principy terapeutické komunity. První terapeutické komunity, které vznikaly na území tehdejšího Československa od poloviny 50. let, byly určeny pro pacienty s neurózami a poruchami osobnosti (např. TK Lobeč, TK Sadská, TK Kroměříž), v terapeutických komunitách psychiatrických léčeben se léčili psychotičtí pacienti (Opava, Horní Beřkovice, Dobřany). Terapeutické komunity pro drogově závislé začaly v České republice vznikat po r. 1990, lokalizovány zpravidla v menších obcích na samotě. Jako první zahájila svou činnost v r. 1991 TK Němčice. V r. 2005 byly TK zákonem stanoveny jako legitimní léčebné modalita pro uživatele návykových látek, tedy služba zdravotní péče<sup>64</sup>. V současné době u nás funguje patnáct terapeutických komunit pro drogově závislé,

---

<sup>61</sup> Terapeutická metoda založená na principu vzájemné konfrontace za účelem vytvoření schopnosti vstoupit do konfliktu co nejadaptivnějším způsobem.

<sup>62</sup> Kalina, K. *Drogy a drogové závislosti*, s. 55.

<sup>63</sup> Nešpor, K.: *Návykové chování a závislost*, s. 59.

<sup>64</sup> č. 357/05 Sb.

jimiž ročně projde přes pět set uživatelů. TK se sdružují v Sekci Terapeutických komunit A.N.O.<sup>65</sup>, což je samosprávná vnitřní organizační jednotka sloužící za účelem efektivnější práce terapeutických komunit a jejich vzájemné spolupráce. Členy Sekce TK A.N.O. jsou tyto komunity: Fides Bílá Voda, Magdaléna, Nová Ves, Podcestný Mlýn, Renarkon, SANANIM Karlov, SANANIM Němčice, Sejřek a White Light I.

## **Možnosti spolupráce s blízkými osobami v TK**

Zapojování signifikantních osob do léčebného procesu je jako ověřený a uznávaný způsob aplikováno v terapeutických komunitách pro drogově závislé po celém světě, české TK však v tomto ohledu poskytují nabídku výjimečně intenzivní spolupráce s blízkými osobami závislého. Zapojení blízkých osob do léčby a sociální rehabilitace je u nás běžnou součástí programů rezidenční léčby v TK. Tento stav může být dán nižším průměrným věkem uživatelů nastupujících léčbu v TK<sup>66</sup>, prací výjimečných osobností v české historii léčby závislostí a otevřeností současných odborníků.

V TK, stejně jako v dalších léčebných či resocializačních zařízeních, je jednou z podmínek nutných pro úspěšnost programu reagovat na měnící se potřeby klientů, v tomto případě závislých a jejich blízkých. Z hlediska spolupráce se signifikantními osobami je dle Matouška nejvýhodnější kombinace tří základních modů:

- poradenský modus: Pracovník vystupuje vůči rodině jako ten, kdo ví. Svou instrukcí přebírá odpovědnost za řešení rodinných těžkostí na sebe. Tato poloha vyhovuje zejména externě závislým rodinám.
- terapeutický modus: Pracovník se soustřeďuje zejména na rodinné interakční vzorce a proto vytváří prostor pro jejich společný zážitek a reflexi. V tomto

---

<sup>65</sup> Asociace nestátních organizací, založena v r. 1995, charakterizována jako dobrovolná, odborná, nezávislá a nepolitická asociace sloužící jako střešní organizace nestátních neziskových organizací v oblasti prevence, péče, léčby a resocializace drogových závislostí.

<sup>66</sup> v r. 2005 byl podle statistik EMCDDA v ČR průměrný věk žadatelů o léčbu 24, 5 let, zatímco v zemích západní Evropy se v témže roce tento věk pohyboval okolo 30 let (např. Dánsko 31,6 let; Německo 30,2 let; Rakousko 33,8 let; Francie 28 let), *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions* [on-line]. [cit. 2007-11-12]. Dostupné na [www: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index39770EN.html>](http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index39770EN.html).

případě má terapeut dvě možnosti. Buď zůstane neutrální nebo může zvolit alternativu kontrolovaného stranění.

- podpůrný/ edukativní modus: Pracovník se snaží kompenzovat rodinný handicap přímou pomocí (např. poskytováním informací, obstaráváním finanční pomoci aj.) a snaží se podporovat všechny rodinné síly, které dávají naději na zvládnutí aktuálních potíží.

Práce s blízkými osobami v TK může probíhat formou společného programu, který probíhá mimo komunitu (tzv. rodičovské víkendy), nebo mohou blízké osoby do TK docházet v návštěvních dnech.

### Práce se signifikantními osobami v komunitě

Tato forma spolupráce je uskutečňována jednou za měsíc. Může mít podobu sezení, kterého se účastní signifikantní osoby a terapeuté, nebo podobu individuálního rodinného sezení. V prvním případě je účelem sezení informovat blízké osoby o aktuálním životě komunity, změnách za uplynulé období, plán činnosti, aktivity, program apod. Individuální rodinná sezení se zaměřují na otázky problémů vztazích, o nichž klient nebo jeho nejsou schopni bez podpory ze strany terapeutů společně hovořit.

### Rodičovské víkendy

Program rodičovských víkendů byl zahájen v červnu r. 1999. Rodičovské víkendy probíhají jednou za 3 měsíce, kromě rodičů klientů se jich účastní další blízké osoby, např. partneři či sourozenci. Víkendy s rodiči a dalšími blízkými osobami klientů se z důvodu potřeby neutrální půdy odehrávají v rekreačních střediscích. Program rodičovských víkendů může sloužit jako ilustrativní ukázka možností práce se signifikantními osobami, neboť je v něm zahrnuto celé spektrum těchto možností. Východisko programu spočívá v intenzivní skupinové práci, jež se odehrává jak v

oddělených skupinách blízkých osob a klientů, tak v skupinách smíšených. Program zahrnuje také individuální práci s rodinami a společné zážitkové a sportovní aktivity. Při práci se signifikantními osobami je zapotřebí citlivý a trpělivý přístup, protože na rozdíl od terapeutů a klientů nejsou zvyklí na skupinovou práci a techniky v ní obsažené jim mohou působit značné obtíže. V následujícím textu se pokusím nastínit strukturu rodičovských víkendů.

- Úvodní komunita: Cíle úvodní komunity jsou organizačního rázu. Účastníci jsou seznámeni s programem a s terapeuty, v případech nástupu nových klientů se jejich blízcí seznamují s ostatními. Při úvodní komunitě je třeba ujasnit si očekávání, s nimiž blízké osoby vstupují do programu, což je v následné práci opěrný bod pro terapeuty. Důležitým úkolem je navození optimální atmosféry pro spolupráci.
- Ranní komunita: Účastníci se scházejí, aby reflektovali práci a přínos předcházejícího dne a seznámili se s programem nadcházejícím. Poté přicházejí různé techniky zaměřené na „rozproudění“ a přípravu na denní program.
- Oddělené skupiny signifikantních osob a klientů: Tyto skupiny slouží signifikantním osobám a klientům k podrobnější diskusi o tom, co od rodičovského víkendů očekávají.
- Rodinná sezení: Každá rodina absolvuje v průběhu sobotního odpoledne sezení v rozsahu 45 min. s párem terapeutů, z nichž jeden je vždy osobním terapeutem klienta. Současně tak pracují tři až čtyři dvojice terapeutů, střídavě pod externí supervizí. Rodinnému sezení zpravidla předchází zpracování samostatné přípravy všech členů rodiny, zadané tak, aby korespondovala s aktuálními individuálními potřebami jednotlivých členů. Terapeuty facilitovaná konfrontace jednotlivých zpracování zadaného tématu slouží jako základ pro zahájení sezení, při němž se většinou daří identifikovat a otevřít konkrétní problém. Průběh sezení, výstupy a závěry z něj jsou zaznamenávány do strukturovaného „Záznamu z individuálního rodinného sezení“ a slouží jako podklad pro další práci s klientem a jeho blízkými.
- Volno/ Sport: Odpolední blok nabízí klientům a jejich blízkým nejenom rodinná sezení, ale i možnost společně trávit volný čas nebo sportovat. Toho zpravidla



využívají podle svých zájmů nebo v závislosti na tom, jak je téma vzešlé z rodinného sezení oslovilo. Někteří proto pokračují v rozhovoru na téma otevřené při sezení, jiní relaxují při sportu.

- Společný večerní klub: Účelem večerního klubu je relaxace od celodenní činnosti. Forma relaxace vychází z volby účastníků, může se jednat např. o divadelní představení, scénky či živé obrazy ze života komunity, společenské hry apod.
- Závěrečná společná komunita: V závěrečné komunitě probíhá reflexe a hodnocení celého víkendu. Zúčastnění hodnotí, jak byla naplněna jejich očekávání, jaký přínos pro ně celý víkend měl, co se jim ne/podařilo, která část programu je nejvíce oslovila, co postrádali a co si odváží. Tyto informace slouží nejenom pro klienty a jejich blízké, ale jsou cenným zdrojem zpětné vazby terapeutům, kteří se na uskutečnění programu podíleli.

## Závěr práce

V průběhu psaní této práce jsem skrze studium a srovnávání odborných textů došla k potvrzení v úvodu předeslané domněnky o významu blízkých osob uživatele návykových látek ve vzniku a vývoji drogové závislosti; obzvláště na psychologické a sociální úrovni je patrný velký rozsah jejich vlivu, jenž se pohybuje v širokém rozpětí od ochranného a pozitivního až k rizikovému. Z obsahu práce vyplývá, že zapojení signifikantních osob do léčby a sociální rehabilitace může být velkou pomocí jak pro závislé osoby, tak pro jejich blízké, kteří bývají bolestně konfrontováni s důsledky, jež ze závislosti blízkého plynou.

Pozitivní vliv zapojení signifikantních osob na úspěšnost všech typů léčebných programů dokládají mimo jiné závěry Radimeckého<sup>67</sup> výzkumu z let 1999-2004, které byly provedeny pomocí semistrukturovaných interview a fokusních skupin:

- zvýšení retence a motivace klientů k aktivní účasti na procesu léčby;
- stimulace zájmu blízkých osob uživatelů drog zapojovat se do svépomocných skupin v místě jejich bydliště a porozumět otázkám spojeným s užíváním drog;
- stimulace zájmu nerozhodnutých či resistantních signifikantních osob klientů o zapojení do programu nabízeného terapeutickou komunitou;
- zvýšení míry vzájemné podpory mezi blízkými osobami navzájem i mezi blízkými osobami a uživateli drog;
- zvýšení skupinové koheze mezi residenty programu;
- zvýšení vzájemné důvěry mezi residenty programu, jejich blízkými osobami a terapeuty.

Přes průkaznou souvislost mezi vztahovým systémem závislých osob a jejich blízkých se samozřejmě objevují výjimky potvrzující pravidlo. Výjimku, kdy závislý člověk dozná osobnostního růstu a pozitivních pokroků v léčbě závislosti bez zapojení signifikantních osob, není ve smyslu jejich dopadů potřeba podrobněji analyzovat. Otázky vyvolávají spíše případy, kdy drogově závislí nereagují na zapojení, resp. podporu blízkých osob do jejich léčby a rehabilitace. Domnívám se, že zodpovězení

---

<sup>67</sup> cit. Radimecký, J. Zapojení blízkých osob uživatelů drog do procesu léčby: souvislost mezi rodinnými vztahy a ranou deprivací na užívání drog . In *Adiktologie: Léčba a následná péče* [on-line]. Praha: UK, 8.3. 2006, poslední rev. 24.11.2006 [cit. 2008-03-24]. Dostupné z [www](http://www.adiktologie.cz/articles/cz/72/294/Zapojeni-blizkych-osob-uzivatelu-drog-do-procesu-lecby-souvislost-mezi-rodinnymi-vztahy-a-ranou-deprivaci-na-uzivani-drog.html): <http://www.adiktologie.cz/articles/cz/72/294/Zapojeni-blizkych-osob-uzivatelu-drog-do-procesu-lecby-souvislost-mezi-rodinnymi-vztahy-a-ranou-deprivaci-na-uzivani-drog.html>.

této otázky přesahuje tématický rámec mé práce a pohybuje se spíše v oblasti čisté spirituality, tedy nikoli v oblasti spirituality v rámci bio-psycho-socio-spirituálního modelu, nýbrž ve sférách postrádajících charakteristické atributy vědy.

## Přílohy

### Typy odborné péče poskytované osobám škodlivě užívajícím tabákové výrobky, alkohol nebo jiné návykové látky a osobám na těchto látkách závislým

(1) Osobám škodlivě užívajícím tabákové výrobky, alkohol nebo jiné návykové látky a osobám závislým na těchto látkách se poskytuje odborná péče, jejímž cílem je mírnění škod na zdraví působených tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami. Tato odborná péče je poskytována ve zdravotnických zařízeních<sup>13)</sup>, zařízeních sociální péče, popřípadě v jiných zařízeních zřízených za tímto účelem.

(2) Typy odborné péče o osoby závislé na tabákových výrobcích, alkoholu nebo jiných návykových látkách jsou:

a)	akutní lůžková péče, kterou je diagnostická a léčebná péče poskytovaná pacientům, kteří se požitím alkoholu nebo jiných návykových látek uvedli do stavu, v němž jsou bezprostředně ohroženi na zdraví, případně ohrožují sebe nebo své okolí,
b)	detoxifikace, kterou je léčebná péče poskytovaná ambulantními a ústavními zdravotnickými zařízeními při předcházení abstinenčnímu syndromu,
c)	terénní programy, kterými jsou programy sociálních služeb a zdravotní osvěty pro problémové uživatele jiných návykových látek a osoby na nich závislé,
d)	kontaktní a poradenské služby,
e)	ambulantní léčba závislostí na tabákových výrobcích, alkoholu a jiných návykových látkách,
f)	stacionární programy, které poskytují nelůžkovou denní léčbu problémovým uživatelům a závislým na alkoholu a jiných návykových látkách, jejichž stav vyžaduje pravidelnou péči bez nutnosti vyčlenit je z jejich prostředí,
g)	krátkodobá a střednědobá ústavní péče, kterou je léčba problémových uživatelů a závislých na alkoholu a jiných návykových látkách ve zdravotnických zařízeních lůžkové péčov obvyklém rozsahu 5 až 14 týdnů,
h)	rezidenční péče v terapeutických komunitách, kterou je program léčby a resocializace ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče a v nezdravotnických zařízeních v obvyklém rozsahu 6 až 15 měsíců,
i)	programy následné péče, které zajišťují zdravotnická zařízení a jiná zařízení; obsahují soubor služeb, které následují po ukončení základní léčby a pomáhají vytvářet podmínky pro udržení abstinence,
j)	substituční léčba, kterou je krátkodobá nebo dlouhodobá léčba závislosti na návykových látkách, jež spočívá v podávání nebo předepisování látek nahrazujících původní návykovou látku, je prováděna ve zdravotnických zařízeních ambulantní péče pod vedením lékaře; zdravotnická zařízení, která poskytují substituční léčbu, jsou povinna hlásit pacienty do Národního registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek, zřízeného na základě zvláštního právního předpisu.

zdroj: § č. 379/2005 Sb.

**Program rodičovského víkendu** (zdroj: [www.adiktologie.cz](http://www.adiktologie.cz))

<b>PÁTEK</b>
<b>Čas Program</b>
17:00 Sraz rodinných příslušníků v terapeutické komunitě
17:30 Přesun do rekreačního střediska
18:00 Ubytování
19:00 Večere
20:00 - 21:30 Úvodní komunita
<b>SOBOTA</b>
<b>Čas Program</b>
08:15 Snídaně
09:00 - 10:00 Společná ranní komunita
10:15 - 11:45 Oddělená skupina rodičů a klientů
12:00 - 12:15 Zadáání samostatné přípravy pro rodinné sezení
12:30 Oběd
14:00 - 18:00 Individuální rodinná sezení/ Volno/ Sport
18:30 Večere
19:30 - 21:00 Společný večerní klub
<b>NEDĚLE</b>
<b>Čas Program</b>
08:15 Snídaně
09:00 - 10:30 Společná skupina rodičů a klientů
11:00 - 12:30 Závěrečná společná komunita
12:30 Oběd
14:00 - 18:00 Odjezd do TK, možnost setrvat s dětmi v komunitě

**Okruhy témat pro oddělené skupiny signifikantních osob a klientů terapeutické komunity** (zdroj: [www.adiktologie.cz](http://www.adiktologie.cz))

<b>Skupina blízkých osob</b>	<b>Skupina klientů</b>
křivdy z minulosti	křivdy z minulosti
obavy z budoucnosti	obavy z budoucnosti
obavy z relapsu	obavy z relapsu a jak by ho přijali blízcí
důvody, proč resident TK začal brát drogy	-
očekávání od residentu	očekávání od blízkých osob
otázky vlastní viny	co všechno blízkým v minulosti způsobili
informace o drogách	-
informace o TK	-

**Souhrn nejčastějších potřeb signifikantních osob v poradí podle jimi individuálně vnímaného významu ve vztahu k odpovídajícím modalitám práce s uživateli drog a jejich blízkými (Radimecká a Radimecký, 2001)**

## LITERATURA

- Grofová, C. *Žízeň po celistvosti; připoutání, závislost a duchovní cesta*. Přel. Pavla Císařová; Veronika Hanušová. 1. vyd. Praha: Chvojtkovo nakladatelství, 1998. 259 s. ISBN 80-86183-06-8.
- Goleman, D. *Emoční inteligence*. Přel. Markéta Bílková. Praha: Columbus, 1997. ISBN 80-85928-48-5.
- Hajný, M. *O rodičích, dětech a drogách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. 136 s. ISBN 80-247-0135-9.
- Kalina, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup*. Praha: Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2003. 640 s. ISBN 80-86734-05-6.
- Kolektiv autorů, *Seznam a definice výkonů drogových služeb*. 1.vyd., Praha: Úřad vlády České republiky, 2006. ISBN 80-86734-81-1.
- Kratochvíl, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 1995. ISBN 80-85824-20-5.
- Millerová, A. *Dětství je drama; hledání cesty k pravému já*. Přel. Alena Bláhová. Praha: NLN, 2001. 90.s. ISBN 80-7106-090-9.
- Nešpor, K.: *Návykové chování a závislost; současné poznatky a perspektivy léčby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 152 s. ISBN 80-7178-432-X.
- Rotgers, F. a kol.: *Léčba drogových závislostí*. 1.vyd. Praha: Grada, 1999. 264 s. ISBN 80-7169-836-9.
- Satir, V. *Společná terapie rodiny*. 1. vyd. Přel. Matěj Černý. Praha: Portál, 2007. 216 s. ISBN 978-80-7367-303-1.
- Sobotková, I. *Psychologie rodiny*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 176 s. ISBN 80-7178-559-8.
- Weber, R. *Páry v psychoterapii; na prožitek orientované metody a cvičení*. 1. vyd. Přel. Petr Babka. Praha: Portál, 2007. 247 s. ISBN 978-80-7367-301-7.

## **Periodika**

- *Adiktologie*. Psychiatrická klinika I. LF a VFN, Univerzita Karlova. Praha: centrum Adiktologie, 2001-. Čtvrtletně. ISSN: 1213-3841.

## **ELEKTRONICKÉ ZDROJE**

- <http://www.drogy-info.cz>
- <http://www.emcdda.europa.eu>
- <http://www.adiktologie.cz>
- <http://old.lf3.cuni.cz/farmakologie/drogy/index.html>
- *Zaostřeno na drogy* [on-line]. Praha: Úřad vlády ČR. 2003-. [cit. 2008-03-30]. 6x ročně. Dostupný na www: [www: <http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno\\_na\\_drogy>](http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno_na_drogy). ISSN 1214-1089.



Univerzita Pardubice  
Fakulta filozofická  
Katedra věd o výchově  
Akademický rok: 2006/2007

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Renata PEKAŘOVÁ**  
Studijní program: **B6107 Humanitní studia**  
Studijní obor: **Humanitní studia**  
  
Název tématu: **Role blízkých osob v procesu léčby a sociální rehabilitace  
drogově  
závislých**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Úvod práce
2. Závislost jako bio-psycho-sociální model
3. Léčba a rehabilitace drogově závislých
4. Zapojení blízkých osob do procesu léčby a rehabilitace
5. Práce s rodinou, rodinná terapie
6. Rezidenční léčba v terapeutických komunitách
7. Závěr práce

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

- KALINA, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup. Praha: Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2003. 640 s. ISBN 80-86734-05-6.**
- NEŠPOR, K.: Návykové chování a závislost. Praha: Portál, 2003. 152 s. ISBN 80-7178-831-7**
- ROTGERS, F. a kol.: Léčba drogových závislostí. 1.vyd. Praha: Grada, 1999. 264 s. ISBN 80- 7169-836-9.**
- HAJNÝ, M.; KLOUČEK, E.; STUHLÍK, R.: Akta Y – drogový problém vs. rodina. Praha: Votobia, 1999.**
- YALOM, I. D.: Skupinová psychoterapie: Teorie a praxe. Hradec Králové: Konfrontace, 1999. 704 s. ISBN 80-86088-05-7.**

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Martin Kocanda**  
Katedra věd o výchově

Datum zadání bakalářské práce:

**30. dubna 2007**

Termín odevzdání bakalářské práce:


**31. března 2008**



prof. PhDr. Petr Vorel, CSc.

děkan

L.S.



prof. PhDr. Karol Rýdl, CSc.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 30. listopadu 2007