

# Drogy a drogové závislosti **2**

## mezioborový přístup

Kamil Kalina a kolektiv

### **Vedoucí národního týmu projektu/**

Mgr. Josef Radimecký  
ředitel sekretariátu Rady vlády pro koordinaci  
protidrogové politiky

### **Národní tým projektu/**

MUDr. Petra Exnerová  
Mgr. Dana Syslová  
Mgr. Aleš Kuda  
Mgr. Jiří Richter

### **Expertní skupina projektu/**

MUDr. Pavel Bém  
Mgr. Dušan Dvořák  
MUDr. Petra Exnerová  
PhDr. Magdalena Frouzová  
MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.  
Mgr. Aleš Kuda  
MUDr. Stanislav Kudrle  
PhDr. Michal Miovský, Ph.D.  
MUDr. Karel Nešpor, CSc.  
MUDr. Petr Popov  
Mgr. Josef Radimecký  
Mgr. Jindřich Vobořil

### **Konsultant/**

Drs. Wim Buisman

### **Koordinátor a vedoucí autorského kolektivu publikace/**

MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.

### **Autorský kolektiv publikace/**

MUDr. David Adameček  
PhDr. Ivana Bartošíková  
MUDr. David Bayer  
MUDr. Pavel Bém

## Projekt DDRSTP II – CR

PhDr. Jiří Broža  
PhDr. Dana Dobiášová  
MUDr. Jiří Dvořáček  
Mgr. Dušan Dvořák  
PharmDr. Magdaléna Fišerová CSc.  
Mgr. Petr Flaks  
PhDr. Magdalena Frouzová  
PhDr. Martin Hajný, Ph.D.  
MUDr. Karel Hampl, CSc.  
PhDr. Zuzana Havrdová, CSc.  
MUDr. Jiřina Hobstová, CSc.  
Mgr. Petr Hrdina  
Mgr. Marek Jargus  
MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.  
Mgr. Blanka Korčíšová  
PhDr. Taťána Kostroňová  
MUDr. Eva Králíková, CSc.  
Mgr. Aleš Kuda  
MUDr. Stanislav Kudrle  
PhDr. Jiří Libra  
MUDr. Jakub Minařík  
PhDr. Michal Miovský, Ph.D.  
Mgr. Pavlína Müllerová  
PhDr. Pavel Navrátil, Ph.D.  
MUDr. Karel Nešpor, CSc.  
Mgr. Dagmar Nováková  
MUDr. Petr Popov  
PhDr. Ilona Preslová  
Mgr. Josef Radimecký  
PaedDr. Václav Schmidt  
PhDr. Lenka Skácelová  
Doc. MUDr. Jaroslav Skála, CSc.  
PhDr. Ivan Skalík, Ph.D.  
JUDr. Alexander Sotolář  
PaedDr. Martina Richterová–Těminová  
Mgr. Barbora Trapková  
Mgr. Jindřich Vobořil  
MUDr. Tomáš Zábranský, Ph.D.

### Editoři/

MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.  
Mgr. Josef Radimecký

### Ediční spolupráce/

MUDr. Pavel Bém (část 1 a 9)  
PhDr. Dana Dobiášová (část 5)  
MUDr. Jiří Dvořáček (část 5)  
PhDr. Magdalena Frouzová (část 9)  
MUDr. Stanislav Kudrle (část 2)  
PhDr. Michal Miovský, Ph.D. (část 6)  
MUDr. Karel Nešpor, CSc. (část 4)  
MUDr. Petr Popov (část 3)  
PaedDr. Martina Richterová–Těminová (část 7)  
PhDr. Lenka Skácelová (část 10)  
Mgr. Dagmar Nováková (část 10)

### Dále spolupracovali/

Mgr. Pavla Dolanská  
PaedDr. Michael Chytrý  
Mgr. Ondřej Počarovský  
Marta Procházková

### Recenzenti/

PhDr. Ladislav Csémy (část 1 a 10)  
MUDr. Pavla Hellerová, Mgr. Jiří Heller  
(část 2, 4, 5, 6, 7)  
MUDr. Jiří Presl (část 3, 8, 9)

<b>ZKRATKY</b>	<b>8</b>
<b>PŘEDMLUVA EDITORŮ: Josef Radimecký, Kamil Kalina</b>	<b>10</b>
<b>6. LÉČBA A REHABILITACE</b>	<b>14</b>
<b>6/1</b> Michal Miovský: Problémy mezioborového přístupu k léčbě závislostí	<b>15</b>
<b>6/2</b> David Bayer: Farmakoterapie závislostí, psychopatologických komplikací a komorbidit	<b>19</b>
<b>6/3</b> Michal Miovský, Ivana Bartošíková: Možnosti a meze psychoterapie v léčbě závislostí	<b>25</b>
<b>6/4</b> Michal Miovský, Ivana Bartošíková, Kamil Kalina: Terapeutický vztah	<b>30</b>
<b>6/5</b> Michal Miovský, Ivana Bartošíková: Hlavní psychoterapeutické přístupy	<b>36</b>
<b>6/6</b> Kamil Kalina: Rodinná terapie a práce s rodinou	<b>45</b>
<b>6/7</b> Martina Richterová-Těmínová, David Adameček, Kamil Kalina: Terapeutická komunita jako metoda a systém	<b>53</b>
<b>6/8</b> Dušan Dvořák: Sociální rehabilitace	<b>63</b>
<b>6/9</b> Pavel Navrátil: Sociální práce	<b>70</b>
<b>6/10</b> Magdalena Frouzová: Skupiny s blízkými závislého	<b>77</b>
<b>6/11</b> Jindřich Vobořil, Kamil Kalina: Svěpomocné programy	<b>84</b>
<b>7. SYSTÉM PÉČE – OBECNÉ OTÁZKY</b>	<b>90</b>
<b>7/1</b> Jaroslav Skála: Historie léčby závislostí v České republice	<b>91</b>
<b>7/2</b> Kamil Kalina: Faktory významné pro účinnost léčby a změnu klienta	<b>97</b>
<b>7/3</b> Kamil Kalina: Rozšiřování terapeutických možností	<b>103</b>
<b>7/4</b> Kamil Kalina: Předčasné ukončení léčby a jeho prevence	<b>110</b>
<b>7/5</b> Aleš Kuda: Relaps, prevence a zvládnání relapsu	<b>117</b>
<b>7/6</b> Ivana Bartošíková: Práce v multidisciplinárním týmu	<b>125</b>
<b>7/7</b> Zuzana Havrdová, Kamil Kalina: Supervize	<b>133</b>
<b>7/8</b> Kamil Kalina: Hodnocení služeb: kvalita, účinnost, náklady	<b>142</b>
<b>7/9</b> Kamil Kalina: Etika pracovníků a práva klientů	<b>149</b>
<b>8. SYSTÉM PÉČE – JEDNOTLIVÉ SLOŽKY</b>	<b>154</b>
<b>8/1</b> Pavel Bém: Úvod – složky systému péče v ČR	<b>155</b>
<b>8/2</b> Petr Hrdina, Blanka Korčíšová: Terénní programy	<b>159</b>
<b>8/3</b> Jiří Libra: Nizkoprahová kontaktní centra	<b>165</b>
<b>8/4</b> Karel Hampl: Lékařská ambulantní péče o závislé	<b>172</b>
<b>8/5</b> Kamil Kalina: Denní stacionáře	<b>179</b>
<b>8/6</b> Karel Nešpor: Detoxifikační jednotky	<b>190</b>
<b>8/7</b> Jiří Dvořáček: Střednědobá ústavní léčba	<b>195</b>
<b>8/8</b> David Adameček, Martina Richterová-Těmínová, Kamil Kalina: Rezidenční léčba v terapeutických komunitách	<b>201</b>
<b>8/9</b> Aleš Kuda: Následná péče, doléčovací programy	<b>208</b>
<b>8/10</b> Dušan Dvořák: Chráněné bydlení a chráněná práce	<b>215</b>
<b>8/11</b> Petr Popov: Programy metadonové a jiné substituce	<b>221</b>

<b>9. PRÁCE SE SPECIFICKOU KLIENTELOU</b>	<b>228</b>
9/1 Magdalena Frouzová: Úvod do problematiky specifické klientely a „nových závislostí“	229
9/2 Jiří Broža: Děti a mladiství	232
9/3 Jindřich Vobořil: Gender – ženy jako specifická skupina	238
9/4 Ilona Preslová: Závislé matky s dětmi	244
9/5 Pavlína Müllerová: Klienti v konfliktu se zákonem	249
9/6 Marek Jargus: Klienti ve vazbě a výkonu trestu	255
9/7 Václav Schmidt: Etnické minority	261
9/8 Magdalena Frouzová: Gambleři a gambling	267
<b>10. PRIMÁRNÍ PREVENCE</b>	<b>274</b>
10/1 Pavel Bém, Kamil Kalina: Úvod do primární prevence: východiska, základní pojmy a přístupy	275
10/2 Ivan Skalík: Primární prevence zneužívání drog: úrovně, formy, metodologické principy	285
10/3 Lenka Skácelová: Prevence ve výuce – základní pedagogické principy	291
10/4 Dagmar Nováková: Přednášky, besedy a interaktivní programy ve školách	300
10/5 Lenka Skácelová: Vrstevnické skupiny, peer programy	307
10/6 Dagmar Nováková: Výcvik pedagogů	311
10/7 Ivan Skalík: Včasné školní intervence a základní poradenství	317
10/8 Petr Flaks, Barbora Trapková: Prevence v komunitě	323
10/9 Lenka Skácelová: Osobnost, dovednosti a techniky v primární prevenci	329
LITERATURA K DALŠÍMU STUDIU	334
KLÍČOVÁ SLOVA S ODKAZY NA KAPITOLY	338

# ZKRATKY

**AIDS** / syndrom získaného selhání imunity (Acquired Immuno-Deficiency Syndrome)  
**AT** / alkohol a (jiné) toxikomanie  
**CNS** / centrální nervový systém  
**DSM-IV** / 4. revize diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické asociace (Diagnostic and Statistical Manual, 4th revision, American Psychiatric Association, 1994)  
**EMCDDA** / European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions – Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti v Lisabonu  
**ICD-10** / 10. revize diagnostického a statistického manuálu WHO (International Classification of Diseases – Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines, 10th revision, WHO, 1992)  
**HIV** / virus přenášející AIDS (Human Immunodeficiency Virus)  
**MKN-10** / 10. revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí – česká verze ICD 10 (část týkající se psychických poruch vydalo Psychiatrické centrum Praha, 1992)  
**MPK** / Meziresortní protidrogová komise Úřadu vlády ČR, nyní Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky  
**MPSV** / Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR  
**MŠMT** / Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR  
**MZ** / Ministerstvo zdravotnictví ČR  
**NIDA** / National Institute of Drug Abuse (USA)  
**TK** / terapeutická komunita  
**UNDCP** / United Nation Drug Control Programme, složka OSN se sídlem ve Vídni  
**WHO** / Světová zdravotnická organizace

# PŘEDMLUVA EDITORŮ

**Mgr. Josef Radimecký**

vedoucí národního týmu projektu DDRSTP II-CR  
ředitel sekretariátu Rady vlády pro koordinaci  
protidrogové politiky

**MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.**

koordinátor publikace  
vedoucí kolektivu autorů

Tato rozsáhlá mezioborová studijní monografie je druhá ze dvou publikací, které vděčí za svůj vznik mezinárodnímu programu Rady Evropy „Vzdělávání pracovníků v oblasti snižování poptávky po drogách č. 2“ (Drug Demand Reduction Staff Training Programme – DDRSTP II). Národní tým a skupina spolupracujících odborníků zvolily jako ústřední téma českého projektu (DDRSTP II–CR) vytvoření základních materiálů pro mezioborové vzdělávání.

Zdálo se nám nezbytné zahrnout do těchto materiálů slovníkovou publikaci, která by se pokusila sjednotit terminologii v různorodé odborné komunitě a nabídla odpovídající rozsah pojmových výkladů pracovníkům odlišných profesí a s odlišným vzděláním, kteří u nás v oblasti snižování poptávky po drogách působí nebo se jí nepřímo zabývají. S tímto záměrem vznikla první publikace projektu DDRSTP II–CR – *Glosář*<sup>1</sup>, kterou jsme vydali v posledních dnech roku 2001 a která se od té doby stala takřka nepostradatelnou příručkou, jak o tom svědčí i množství odkazů a citací v této další publikaci, kterou nyní čtenářům předkládáme.

Podobně jako v případě *Glosáře*, byl vznik této publikace doprovázen řadou úvah. Bylo zjevné, že pro mezioborové odborné vzdělávání zde chybí nejen výkladový slovník pojmů, ale i publikace učebnicového typu, která by shrnula soudobé poznatky z oblasti drog a drogových závislostí v širokém odborném záběru pro širokou cílovou skupinu. Toto prázdné místo nezaplňily ani kvalitní publikace, které se v posledních letech objevily<sup>2</sup>. Řada zemí střední a východní Evropy si vypořádává překlady renomovaných zahraničních publikací tohoto typu, rada projektu DDRSTP II–CR však dala přednost národnímu autorskému potenciálu. Stejně jako u *Glosáře* jsme předpokládali, že pro českou odbornou komunitu bude přijatelnější dílo vycházející z jejího středu než překlad zahraniční publikace, a že se najde profesionální tým, který bude schopen toto dílo vytvořit. Při koncepčních přípravách na podzim r. 2000 jsme dali tomuto dílu pracovní název *Textbook* – během více než dvou let práce se toto neoficiální pojmenování stalo známým v odborné veřejnosti a přidržíme se ho i my v této předmluvě.

Základním posláním *Textbooku* bylo sloužit jako studijní pomůcka pro začínající odborníky, například pro posluchače kursů na bakalářské úrovni. Brzy jsme si však ujasnili, že naše záměry jdou a musí jít výš a dál,

jak to odpovídá současným potřebám vzdělávání. *Textbook* by měl být nejen sdělný a srozumitelný pro ty, kteří se s rozsáhlou a rozmanitou problematikou drog a drogových závislostí seznamují, ale měl by přinášet užitečnou inovaci poznatků zkušeným odborníkům a pomáhat profesionálům s různým vzděláním překlenovat hranice mezi jednotlivými odbornostmi a přístupy v oblasti snižování poptávky po drogách (primární, sekundární a terciární prevence) i za jejími hranicemi, v oblasti protidrogové politiky obecně. Mezioborové znalosti, komunikace a porozumění je vždy nakonec ve prospěch klienta či pacienta, a tento prospěch je také naším konečným cílem.

*Textbook* obsahuje 93 kapitol, rozdělených do deseti částí, a podílelo se na něm 43 autorů. Jak jsme již uvedli, byla jeho koncepce – včetně základního rozvrhu částí, kapitol, stanovení odpovědností, návrhu sestavy autorského týmu a zadání pro autory – vytvořena na podzim roku 2000. Výsledná podoba se od původních představ příliš neodlišuje, aspoň co se týče struktury a obsahu. Sestava autorského týmu se však během dvou let změnila z jedné třetiny a některé významné osobnosti v něm bohužel zastoupeny nejsou. Přesto se podařilo dostat původnímu záměru, aby autorský tým byl dostatečně reprezentativní (i ve smyslu regionálního zastoupení), erudovaný, multidisciplinární a také multigenerační.

V tomto smyslu může být *Textbook* aspoň do jisté míry zrcadlem stavu naší odborné komunity. Kromě jiného ukazuje, že střední generace, která část své odborné dráhy prožila (nebo ji aspoň začínala) v podmínkách mezinárodní izolace, nedostatku odborné literatury a minimálních publikačních možností, představuje i dnes mimořádný zdroj praktických zkušeností a tvořivých myšlenek. Na druhé straně lze zaznamenat dynamický nástup mladé generace, která plně využívá soudobých možností a jejíž příslušníci se v relativně nízkém věku stávají kompetentními profesionály. Uvedení mladých autorů na publikační scénu je nepochybně jedním z přínosů *Textbooku*. Mezigenerační soutěž přináší nové podněty; zároveň je jasné i bez rozpletení odborných anamnéz, vlivů a následovnictví, že zde v tom nejlepším existuje i mezigenerační kontinuita.

*Textbook* je více než pouze sborník statí. Při tak velkém rozsahu díla a počtu autorů je však pochopitelně pro-

<sup>1</sup> K. Kalina a kol.: *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Filia Nova/Úřad vlády ČR, Praha, 2001.

<sup>2</sup> Například F. Rotgers a kol.: *Léčba drogových závislostí*, Grada Publishing, Praha, 1999; K. Nešpor: *Návykové chování a závislost*. Portál, Praha 2000; K. Kalina: *Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí*, Inverze/SANANIM, Praha, 2000 (tyto tři publikace patří vedle *Glosáře* k nejcitovanějším pracím v této publikaci).

blémem vnitřní jednoty, soudržnosti a nepřekrývání obsahu jednotlivých kapitol. Některá témata se vícekrát opakují, obvykle však z různých pohledů a v rámci autor-ské logiky příslušné kapitoly. Nahrává tomu i průniková koncepce jednotlivých částí, například témata části 6, která pojednává o metodách léčby a rehabilitace, se nutně objevují v jiném kontextu v části 8, která představuje jednotlivé typy zařízení a programů. V průřezu různých kapitol se také leckdy setkáváme s jakýmsi „panelem“ názorů k určitým tématům a problémům, jako je např. motivace k léčbě, úloha ex-userů v pracovních týmech, význam peer programů či otázky kodependence. I když tyto průniky a vnitřní diskuse často nespĺňují požadavek „učebnicové jednoznačnosti“, nebylo naším zá-měrem tento zajímavý rozměr publikace eliminovat.

V celé publikaci jsme usilovali o jednotnou terminologii (pokud možno podle Glosáře) a rovněž o jednotnou a srozumitelnou formu literárních odkazů.

Pracovní verze jednotlivých kapitol a částí Textbooku procházely několika koly vnitřních recenzí. Posuzovali je autoři jiných kapitol a především členové autorského týmu určené jako „garanti“ jednotlivých částí (uvedeno jako ediční spolupráce). Publikace jako celek byla předložena vedoucímu a členům národního týmu a odborné skupiny projektu DDRSTP II-CR, kteří měli jak vůči Glosáři, tak vůči Textbooku postavení ediční rady. Závěrečného posuzování se zhostili čtyři vnější recenzenti; i když se vyjadřovali jen k některým částem publikace, měli příležitost seznámit se s celkem. Osou celého procesu pak byla průběžná práce vedoucího autorského týmu s autory, posuzovateli i dalšími odbornými osobami včetně zahraničního konsultanta. Přes tento zevrubně pojetý zpětnovazební proces se v publikaci jistě najde řada nedostatků a na samém konci zůstává, jako vždy, pocit, že by se všechno ještě mělo přepracovat. Ale jednou je nutné dílo uzavřít a poděkovat všem, kteří se na něm v jakékoliv roli podíleli, i těm, kteří je v pracovních i osobních vztazích přitom podporovali.

Děkujeme jim a přejeme čtenářům, aby se jim Textbook stal přínosným a podnětným průvodcem na jejich odborné dráze.

## Summary

### Drugs and Drug Addiction – The Interdisciplinary Approach Foreword of Editors (English Summary)

This extended interdisciplinary textbook is a second one of two publications that originated in the Czech Republic under the „Drug Demand Reduction Staff Training Programme II (DDRSTP II) of the Group Pompidou-Council of Europe. The central objective set up in the Czech project (DDRSTP II-CR) was to prepare a national curriculum for interdisciplinary training.

There was also decided to put on the first place an elementary publication of a Glossary or Lexicon type, which would unify the terminology used in the wide professional community, linked to drug demand reduction. With this aim, the first publication of the project DDRSTP II-CR, Interdisciplinary Glossary of Terms from the Field of Drugs and Drug Addictions, had been elaborated, and published at the very fall of the year of 2001. In a short time, the Glossary became a useful aid in everyday professional work, which may be proved by many quotation in this textbook following it after a year.

Similarly to the case of the Glossary, the national team and the core expert group rejected the simplest solution – to translate a foreign or international publication of this type. Regarding the multi-disciplinary definition of the target group of the textbook and its acceptability for the Czech professionals, the way opted for was to write an original Czech publication. The DDRSTP II-CR project leaders were convinced that the professional community in the CR would be able to generate a broad and competent team of authors to meet this ambitious task.

The textbook, published after more than two years of intensive work, includes 93 chapters, divided into 10 parts and written by 43 authors. The structure and content, designed and approved by the national team and the core expert group of the project DDRSTP II-CR late in 2000, has been kept almost completely. The proposed authors have been partly changed but the final author team is sufficiently representative (also in the sense of regional representation), competent, multi-disciplinary and multi-generational, which was the original intention.

Working versions of individual chapters and parts, as well as the publication as a whole, were reviewed in several rounds: by another authors, by the members of the author team appointed for reviewing individual parts, by the head and members of the DDRSTP II-CR project team, and finally by four external experts. Continual work of the head of the author team with authors, reviewers and with other persons in charge of various aspects of the publication was an axis of the whole process.

Many thanks to all that participated in the work on this publication which we hope to become a reliable and useful guide for students and other readers in their professional careers.

Editors:

**Mgr. Josef Radimecký**

DDRSTP II-CR National Team Leader

Executive Director, National Drug Commission

**MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.**

Publication Co-ordinator

Head of the Author Team



## LÉČBA A REHABILITACE

- 6/1 Michal Miovský: Problémy mezioborového přístupu k léčbě závislostí
- 6/2 David Bayer: Farmakoterapie závislostí, psychopatologických komplikací a komorbidit
- 6/3 Michal Miovský, Ivana Bartošíková: Možnosti a meze psychoterapie v léčbě závislostí
- 6/4 Michal Miovský, Ivana Bartošíková, Kamil Kalina: Terapeutický vztah
- 6/5 Michal Miovský, Ivana Bartošíková: Hlavní psychoterapeutické přístupy
- 6/6 Kamil Kalina: Rodinná terapie a práce s rodinou
- 6/7 Martina Richterová-Těmínová, David Adameček, Kamil Kalina: Terapeutická komunita jako metoda a systém
- 6/8 Dušan Dvořák: Sociální rehabilitace
- 6/9 Pavel Navrátil: Sociální práce
- 6/10 Magdalena Frouzová: Skupiny s blízkými závislého
- 6/11 Jindřich Vobořil, Kamil Kalina: Svépomocné programy

**Klíčová slova:** bio-psycho-sociální model – mezioborový přístup – léčba závislosti – potřeby klienta

Oblast léčby a sociální rehabilitace osob trpících závislostí představuje velmi široké spektrum různých metod a přístupů. 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. Základním východiskem této části publikace však zůstává skutečnost, že pojetí léčby a sociální rehabilitace musí korespondovat s komplexností problému závislosti na návykových látkách. Tedy korespondovat s opakovaně zdůrazňovanou skutečností, že tato komplexnost vyžaduje důslednou aplikaci mezioborového přístupu. Metody a přístupy v léčbě a sociální rehabilitaci musí tuto komplexnost respektovat, chceme-li, aby byly skutečně účinné a vycházely vstříc potřebám našich klientů a pacientů. V opačném případě, prostřednictvím nevhodně členěných či nenavazujících různých složek léčebného systému oslabujeme jejich celkový potenciál a možnosti.

Podmínkou efektivnosti programu je jeho schopnost vyjít vstříc skutečným a nikoli domnělým potřebám klienta. To v praxi znamená stále přizpůsobení programů nejen směrem ke specifické povaze samotného problému závislosti, ale především směrem měnícím se potřebám a často výrazným interindividuálním rozdílům mezi klienty. Žádný program není všeobjímající a nemůže beze zbytku splnit všechny požadavky na něj kladené. Nejde přitom pouze o požadavky ze strany klientů a jejich rodin, které jsou samozřejmě v ústředí pozornosti. Jedná se také o požadavky ze strany poskytovatelů finančních prostředků a samozřejmě také o tlak společnosti, který, jak ukazuje zkušenost, sehrává v oblasti strategie a budování léčebných systémů velmi významnou roli (viz např. Klingermann a Hunt, 1998). Výslednicí těchto (často protichůdných) sil je v optimálním případě dynamická rovnováha kopírující měnící se trendy v užívání drog a související s měnícími se potřebami různých věkových a sociálních skupin uživatelů.

Bio-psycho-sociální přístup rozvíjený v medicíně již několik desetiletí (Engel, 1960, 1977) se samozřejmě

promítl také do psychiatrie (viz např. Dorner a Plog, 1999). Hovoříme-li pak již prakticky více než dvě desetiletí o bio-psycho-sociálním modelu v léčbě závislosti<sup>1</sup>, hovoříme také o tom, že se při jeho uplatnění musíme stále učit a zlepšovat způsob jak naše nové poznatky a znalosti adekvátně do jednotlivých léčebných metod a přístupů promítnout. Znamená to koordinovaně a se zajištěnou návazností rozvíjet spektrum poskytovaných služeb a péče tak, aby každá z fází léčby byla vhodně ošetřena a my měli k dispozici nástroje ke stálému ověřování, zda tomu tak skutečně je. Zda skutečně známe měnící se potřeby našich klientů a pacientů a zda na tyto potřeby umíme s dostatečnou pružností reagovat. Nestačí tedy například v detoxifikačním programu vycházet z nejmodernějších poznatků v oblasti farmakoterapie a zapomínat, že bez vhodné podpůrné a motivační psychoterapeutické komponenty nebude mít výsledek programu velkou šanci na úspěch. Stejně tak jako sebelepší psychoterapeutická intervence není k ničemu, když se nebudeme zajímat o to, zda našemu klientovi současně nehnisají pod košili žíly, nebo zda se nenachází v pokročilém stádiu rozvoje infekčního onemocnění. A podobně je tomu také se sociální prací, která dnes směrem ke klientovi představuje mnohem širší a bohatší spektrum činností, než bylo a bývá doposud využíváno.

Vzájemná provázanost jednotlivých metod je podmínkou každého dobře fungujícího a efektivního programu. Tato provázanost je však realizovatelná pouze prostřednictvím týmové práce<sup>2</sup> se zastoupením profesionálů různých oborů. Týmová práce je založena na principech plurality názorů a jejich vzájemné konfrontace, spojené s principem určité míry rovnocennosti přístupů. V našem prostředí byl po dlouhá desetiletí formován a rozvíjen model jednoho určujícího oboru (medicíny) a několika participujících oborů (psychologie, sociální práce atd.). Model týmové práce vycházející z mezioborového přístupu, založený na principu názorové plurality nebyl před rokem 1989 obvyklý. Výjimku v tomto ohledu tvořilo několik málo pracovišť, jejichž personál se s takovým stavem nesmířil a snažil se vytvářet nové modely práce, vycházející více vstříc

<sup>1</sup> Viz Kudrle, kapitola 2/1, Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti, a další kapitoly části 2.

<sup>2</sup> Viz Bartošíková, kapitola 7/6, Práce v multidisciplinárním týmu.

klientům. V 90. letech minulého století jsme v naší zemi byli svědky rozvoje sítě nestátních zařízení a postupných přeměn v celém systému poskytování služeb a péče. Odraz těchto změn s sebou na úrovni týmové práce přinesl množství nových či doposud málo diskutovaných problémů. Mnohé z nich se zdály být dávno vyřešeny (např.):

– Jaké jsou kompetence, práva, povinnosti a zodpovědnost jednotlivých členů multidisciplinárního týmu?

– Je v léčbě závislostí významnější (či v jakém poměru mají být zastoupeny) biologická terapie, psychoterapie, socioterapie a sociální práce nebo výchovné působení?

Příklady těchto dvou otázek se možná jeví jako poněkud banální. Zkušenost však ukazuje, že jednostranné preferování určitého přístupu není stále v mnoha léčebných zařízeních nijak výjimečné. Půjdeme-li ještě o rovinu níže, zjistíme, že problém má samozřejmě mnohem širší konsekvence, neboť každý z přístupů dále rozvíjí různé strategie a metody založené na různých principech a způsobech práce, které si mnohdy vzájemně odporují či minimálně nejsou zcela kompatibilní. Problém, který se na začátku jevil být spíše problémem komunikace, najednou dostává mnohem složitější a komplexnější podobu. Již není problém ve vyváženosti a vztahu jednotlivých základních disciplín podílejících se na léčbě a sociální rehabilitaci osob trpících závislostí, ale již řešíme, zda ty či ony konkrétní metody a přístupy v rámci těchto oborů vzájemným působením neoslabují léčebný potenciál programu a zda nejdou jedna proti druhé. Která z kombinací je lepší, efektivnější? Lze je vůbec mezi sebou srovnávat? Pokud ano, s jakým omezením? Pokud ne, co to znamená? A jak je to se svépomocnými systémy – lze je nějak konfrontovat s léčebnými systémy vytvořenými a vyvíjenými profesionály? Jak to vlastně je s naplněním pojmů profesionalita, odbornost, léčba, efekt léčby atd.?

Pluralita, s níž se na poli léčby osob trpících závislostí setkáváme, má mnoho dobrých i stinných stránek. Přestože existují modely a představy o tom, jak má vypadat kvalitní a efektivní program, není možné vždy jednoznačně říci, že jiný program založený na odlišných principech je špatný nebo méně efektivní. Každý z programů může pracovat s jinými předpoklady, konstrukty a modely a hodnotit svoji práci dle jiných kritérií, která nemusí být vzájemně srovnatelná. Množství otázek na úrovni kombinace různých přístupů a vyváženosti oborů, se na úrovni konkrétních metod naplňujících tyto obory a přístupy, stává téměř nepřehledným bludištěm. Na straně jedné existují přístupy a metody, které patří k rozšířenějším a užívaným. Oficiální strate-

gie a standardy jsou považovány za optimální a doporučené. Vedle nich však nelze nevidět jiné přístupy, s nimiž lze také pracovat (a v praxi se pracuje), přestože mohou být vnímány spíše jako určitá alternativa. Jejich použití ale možné je a lidé pracující těmito metodami mohou dosahovat kvalitních výsledků navzdory simplifikujícím soudům a poučkám, který přístup je na co vhodný a na co nevhodný či dokonce kontraindikovaný.

Tento názor můžeme ilustrovat srovnáním teoretické orientace mezi americkými psychoterapeuty, z něhož je sice patrná poměrně výrazná převaha hlavních proudů jako behaviorální přístupy či psychoanalýza. Současně však vedle nich koexistují ostatními přístupy (Prochaska a Norcross, 1999). Je zřejmé, že pojetí účinných faktorů v léčbě závislostí může být ve své podstatě různé a vliv osobních charakteristik terapeuta na způsob aplikace určité metody a přístupu ke klientovi mohou mít v konečném důsledku mnohem větší význam, nežli otázky technické a metodické.

## Summary

### Problems of Multidisciplinary Approach to the Treatment of Addictions

The system of drug addicts treatment corresponds to the interdisciplinary character of this field. This approach has led to complications in the assessment of effectiveness and quality of the treatment methods used in current plurality in various ways. The system of the drug addict treatment copies the development of modern trends in mental health care, especially in the area of application of bio-psycho-social model, which is grounded in the social-economical framework. It

means the application of interdisciplinary approach, which is shown in the teamwork and in the combination of different treatment methods. The criteria of the adequate use of these methods regarding the patients/clients' real needs become a key issue, as well as the assessment of quality and effectiveness of the treatment programmes.

**Key words:** : bio-psycho-social model – client's needs – multidisciplinary approach – treatment

## Literatura

- Dörner K., Plog U.: Bláznit je lidské. Grada Publishing, Praha, 1999.
- Engel, G. L.: A unified concept of health and disease. *Perspect. Biol. Med.*, 3, 1960. Str. 459 – 485.
- Engel, G. L. : The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 196, 1977. Str. 129 – 136.
- Klingemann H., Hunt G.: Drug treatment system in an international perspective: Drugs, demons and delinquents. Sage Publications. Thousand Oaks, London – New Delhi, 1998.
- Prochaska J. O., Norcross J. C.: Psychoterapeutické systémy. Grada Publishing, Praha, 1999.

**Klíčová slova:** akutní intoxikace – craving – duální diagnózy – farmakoterapie – odvykací syndrom – psychické komplikace – psychoterapie

### Úvod

Farmakologická (medikamentózní) léčba návykových nemocí by měla být nedílnou součástí celkové léčebné intervence. Farmakoterapii lze rozdělit následujícím způsobem: 1) medikace cílená k závislosti (disulfiram, naltrexon, S.S.R.I., metadon a další), 2) medikace podávaná k mírnění škod vzniklých při užívání návykové látky (např. hepatoprotektiva – léky zvyšující regeneraci jater u alkoholické nebo virové jaterní léze), 3) medikace nezanedbatelné části klientely s duální diagnózou (souběh závislosti na návykové látce a jinou duševní poruchou – úzkostně depresivní stavy ať neurotické či afektivní etiologie, poruchy osobnosti či psychotické poruchy), která je specifická pro danou duševní poruchu.

Při vlastní medikamentózní terapii závislosti jsou ovšem určité názorové rozdíly mezi jednotlivými autory – např. Rotgers a kol. (1999) uvádějí, že „farmakoterapie má pro léčbu závislosti daleko užší rozsah použití než psychoterapie“, v porovnání s hodnocením Nerada a Neradové (1999) „podávání akamprosátu – efektivní intervence ... kontrolované podávání disulfiramu – pravděpodobně efektivní intervence“.

Jako pro klienta nejpřínosnější se jeví farmakoterapie v kombinaci s psychoterapií či jiným léčebným přístupem. Respektive psychoterapie v kombinaci s farmakoterapií je u většiny pacientů ověřena jako nejúčinnější (Volpicelli, 2001). Zde jasně záleží na psychopatologii léčeného jedince.

Farmakoterapie drogové (včetně alkoholové) závislosti má svá specifika a také úskalí. Největší odlišností od běžně používané farmakoterapie jsou především preparáty substituční (metadon, buprenorfin)<sup>1</sup> a senzitivizující (disulfiram)<sup>2</sup>.

Rizikem při použití psychofarmak včetně substitučních a senzitivizujících preparátů jsou mnohdy výrazné vedlejší účinky při kombinaci s drogou (včetně alkoholu). Ty mohou klienta přímo ohrozit na životě.

### Farmakologická intervence u jednotlivých stavů

V podstatě u každé omamné psychotropní látky lze rozoznat alespoň některý psychopatologický stav z následujících – 1) akutní intoxikace – eventuálně s deliriem, 2) škodlivé užívání, 3) závislost, 4) odvykací stav – eventuálně i s deliriem, 5) psychotickou poruchu vyvolanou užíváním psychotropní látky, 6) poruchy reziduální či s pozdním počátkem<sup>3</sup>. Symptomatiku některých výše zmiňovaných stavů lze více či méně lékově ovlivnit. Jsou i stavy, kdy medikamentózní léčba je jediná možná, respektive stav nelze změnit jiným postupem než podáním léků a dalších podpůrných prostředků.

### Alkohol

Akutní intoxikace povětšinou nevyžaduje žádnou specifickou léčbu, pouze u těžkých stavů (lze obecně považovat hladinu alkoholu přes 3,5 promile) je často nutná hospitalizace (ARO či JIP interního oddělení) a trvalá kontrola životních funkcí. V oblasti medikace povětšinou vystačíme s infuzní terapií izotonickým fyziologickým roztokem či 5 % glukózy. Nebezpečná je kombinace alkohol a psychofarmaka (benzodiazepinová anxiolytika, tricyklická antidepresiva či klasická neuroleptika) či popřípadě alkohol a antiepileptika (léky zabraňující vzniku epileptických záchvatů).

Škodlivé užívání alkoholu je časté především u žen s úzkostnou či depresivní symptomatologií. Ty pak alkohol, který má poměrně výrazný protiúzkostný efekt, požívají v rámci samoléčby.

U závislosti na alkoholu nelze výrazněji spoléhat na farmaka. Ale i zde dnes existují preparáty, které mohou užitečně podpořit psychotherapeutický proces. Jedná se především o anticravingový preparát acamprosát (CAMPRAL). Jsou i klinické studie (souhrn Novotný, 2000), které hovoří poměrně přesvědčivě o roli serotoninergního vlivu, respektive o efektivním podávání antidepresiv, která zvyšují obrát serotoninu na synapsi (antidepresiva III.A generace S.S.R.I. – fluoxetin, citalopram a další). Zvláštní kapitolou u závislých na alko-

<sup>1</sup> Viz též Popov, kapitola 8/11, Programy metadonové a jiné substituce.

<sup>2</sup> Viz též Popov, kapitola 3/1, Alkohol.

<sup>3</sup> Podle MKN-10; viz též Nešpor, kapitola 4/2, Diagnostika a diagnostická kritéria.

holu je senzitivizující přípravek disulfiram (ANTABUS). Jedná se o lék uvedený do běžné praxe od konce 40. let minulého století, který si prošel etapami výsluní a zavrhování a dnes prožívá určitou renesanci. Kontrolované podávání disulfiramu v kombinaci s psychoterapeutickým působením je dnes považováno za efektivní terapeutickou intervenci (Nerad a Neradová, 1999)<sup>4</sup>.

Závažnější odvykací (abstinenční) stav si vyžaduje medikamentózní zásah<sup>5</sup>. Jako jeden z mála (spolu s odvykacím syndromem u benzodiazepinů a barbituratů) může klienta přímo ohrozit na životě. Pro mírnění lze podat hned několik preparátů – klometiazol (HEMINEVRIN), diazepam (DIAZEPAM) či tiaprid (TIAPRIDAL), které se zmírňováním symptomatiky během několika dní vysazujeme. Komplikací bývá rozvoj deliria tremens, které je charakteristické mimo vlastních odvykacích příznaků navíc i zastřeným vědomím. Asi ve 3 % je abstinenční stav doprovázen epileptickými záchvaty. Ty však nevyžadují, na rozdíl od vlastní epilepsie, dlouhodobou specifickou lékovou terapii. Delirium tremens je stav závažný, doprovázený poměrně velkou letalitou (úmrtností) a vždy vyžaduje hospitalizaci ve specializovaném zařízení, často pro rozvrat vnitřního prostředí i na JIP.

Psychotické poruchy jsou při užívání nadměrných dávek alkoholu relativně časté. Typickou je alkoholická emulační (žárlivecká) bludná porucha, alkoholická halucinóza. Terapie není odlišná od jiné psychotické (bludné či halucinatorní) poruchy, tedy podávání neuroleptik (léky odstraňující halucinace a bludy).

Podstatná je i současná sanace tělesných nemocí provázející pití nadměrných dávek alkoholu. Jedná se především o poškození jater. To je ve většině případů reverzibilní (vratné), lidové povědomí o jaterní cirhóze u každého alkoholika je mýtem. Další závažnou komplikací je vznik epileptických záchvatů, a to nejen v rámci odvykacího stavu. Typické je i poškození krevního obrazu, to však klienta neohrožuje přímo na životě, na rozdíl od výše zmíněných onemocnění. Z dalších lze uvést i poškození slinivky břišní (především chronický zánět s typickými akutními projevy po alkoholovém excesu). To může v konečných fázích vést až ke vzniku diabetes mellitus (úplavice cukrová, lidově cukrovka).

## **Opioidy**

Akutní intoxikace opioidy vyžaduje urgentní lékařský zásah v případě, že dojde k selhávání dýchání a krevního oběhu. V tomto případě je k dispozici opioidní antagonist na naloxon (INTRENON, NALOXON), který při intravenózní aplikaci „vytlačí“ jiný opioid (především heroin) z vazby na opioidní receptory<sup>6</sup>. Tento závažný stav si vyžaduje léčbu na ARO či JIP interního oddělení. U závislých na opioidech je v případě abstinence primární psychoterapie a sociální rehabilitace. Jako podporný prostředek se ve světě používá naltrexon, který má prokazatelný anticravingový efekt. Tento lék není registrován v ČR.

Zvláštností u závislých na opioidech je substituční léčba. Ta nahrazuje nelegální drogu lékem se stejným účinkem v receptorovém spektru. V ČR se jedná především o metadon a buprenorfin (SUBUTEX, TEMGESIC)<sup>7</sup>.

Odvykací stav při závislosti na opioidech je pro pacienta velmi nepříjemný, ale v zásadě ho neohrožuje na životě. Pro medikamentózní zvládnutí máme několik možných postupů. Jednak symptomatickou léčbu (léčbu příznaků), kdy lze podat kombinaci anxiolytik (např. diazepam – DIAZEPAM či buspiron – ANXIRON, BUSPIRON), hypnotik (např. zopiklon – STILNOX, HYPNOGEN), analgetik (např. ibuprofen – BRUFEN, IBALGIN) a spasmolytik (např. drotaverin – NO-SPA). Dalším možným postupem je substituční varianta – podávání buprenorfinu (SUBUTEX, TEMGESIC) jako smíšeného agonisty/antagonisty a jeho následné vysazení. Např. v USA je k detoxifikaci používán i metadon.

Psychotické poruchy s bludy či halucinacemi se při užívání opioidů nevyskytují. Pokud se psychotická symptomatika přece jen objeví, pak je způsobená jinou psychotropní látkou.

Taktéž nelze zapomenout na léčbu tělesných onemocnění, především se jedná o virové záněty jater<sup>8</sup>.

## **Kanabinoidy**

V případě užívání kanabису nelze počítat s terapeutickou pomocí psychofarmak. Pouze v případě vzniku toxické psychotické poruchy lze podávat anxiolytika či při delším trvání neuroleptika. Obdobný postup je u intoxikačního deliria. Oba tyto stavy si vyžadují hospitalizaci na psychiatrickém oddělení.

<sup>4</sup> Viz též Popov, kapitola 3/1, Alkohol. U dalších zde uváděných látek viz též příslušné kapitoly části 3.

<sup>5</sup> Viz též Dvořáček, kapitola 5/7, Detoxifikace.

<sup>6</sup> Viz též Dvořáček, kapitola 5/6, Zvládnutí akutní intoxikace – speciální postupy.

<sup>7</sup> Viz též Dvořáček, kapitola 5/7, Detoxifikace; Popov, kapitola 8/11, Programy metadonové substituce.

<sup>8</sup> Viz též Hobstová a Minařík, kapitola 4/4, Somatické komplikace a komorbidita 2 – Infekční hepatitidy a AIDS.

### **Hypnotika a sedativa**

Benzodiazepinová anxiolytika a barbituráty jsou svým účinkem v mnohém podobná účinku alkoholu. Akutní intoxikace samotnými benzodiazepiny není výrazněji toxická a má minimální letální zakončení (důvodem je i fakt, že dnes známe kompetitivního antagonistu benzodiazepinových receptorů – flumazenil ANEXATE).

U závislých na anxiolyticích můžeme velmi často (především v případě žen) diagnostikovat i jinou (duální) diagnózu. Nejčastěji se jedná buďto o neurotickou či depresivní symptomatologii. V tomto případě je na místě podávání antidepresiv (především III.a generace – citalopram SEROPRAM, CITALEC, paroxetin SEROXAT, fluvoxamin FEVARIN a další).

Benzodiazepinová anxiolytika a hypnotika barbiturátového typu v případě, že se vyvine na nich závislost, vyvolávají výrazný odvykací syndrom. Lze říci, že abstinenční stav u těchto skupin léků (a alkoholu) jako jediný ohrožuje nemocného přímo na životě, na rozdíl např. od opioidů (heroin) či stimulantů (metamfetamin). Z tohoto důvodu se nedoporučuje (pokud nemocný užívá větší dávky, na kterých je závislý), vysadit léky najednou, ale dle přesného doporučeného algoritmu (zjednodušeně – úvodem redukce o polovinu a poté postupné snižování až vysazení). Při náhlém vysazení je riziko především epileptického záchvatu a deliria podobnému jako u alkoholového deliria tremens<sup>9</sup>.

### **Kokain a stimulantia (především metamfetamin – pervitin)**

Akutní intoxikace málokdy vyžaduje farmakologický zásah. Pouze v případě kardiovaskulárních komplikací, především tachykardie (výrazné zrychlení srdeční akce), podáváme léky ze skupiny b-blokátorů (metipranolol TRIMEPRANOL, pindolol PINDOLOL, VISKEN, atenolol ATENOLOL, TENORMIN a další). Při výrazném neklidu se kromě observace doporučují ke zklidnění benzodiazepinové preparáty (diazepam DIAZEPAM, klonazepam RIVOTRIL a další). U vlastní závislosti ani u většiny doprovodných psychopatologických stavů nemůžeme počítat s větší podporou medikace. Spíše výjimečně a podpůrně lze podávat antidepresiva či hypnotika. V zahraničí je zkoušena substituční terapie amfetaminy. U psychotické poruchy jsou indikována neuroleptika.

### **Halucinogeny**

Stejně jako u stimulantů se i v případě psychopatologie halucinogenů nemůžeme spolehnout na výraznější farmakologickou podporu. Identicky stimulačním drogám lze v případě akutní intoxikace s neklidem podat benzodiazepiny. U toxické psychotické poruchy při déleodobějším průběhu jsou na místě neuroleptika. Zvláštností halucinogenů jsou psychotické reminiscence (flashbacky), které jsou řazeny do psychotických poruch s pozdním počátkem. Ty lze ovlivnit medikací – nejlépe atypickými antipsychotiky (autorovi se osvědčil preparát sulpirid – DOGMATIL, který nemá výraznější vedlejší účinky a není návykový).

### **Těkavé látky**

Farmakologické ovlivnění psychopatologie při užívání těkavých látek není možné. Medikaci lze využít především k sanaci doprovodných tělesných komplikací (hlavně postižení jater a ledvin).

Akutní intoxikace rozpouštědly může být doprovázena bezvědomím s nutností resuscitace (křičení) a následnou hospitalizací na ARO či JIP interního oddělení.

### **Duální diagnóza**

Pod pojmem duální diagnóza<sup>10</sup> či také komorbidita rozumíme klinický obraz dvou a více diagnóz u jednoho pacienta (Kaplan et al., 1991). V oblasti nemocí způsobených návykovými látkami je problematika duálních diagnóz pravděpodobně nejčastější. Stávající rozsáhlé mapování hovoří o 76 % mužů s poruchou způsobenou návykovou látkou a další jinou psychiatrickou diagnózou, u žen se tato situace vyskytuje v 65 % (Kaplan et al., 1991). Popov (2001) píše o 20 – 40 % psychiatrických komplikacích u závislých na alkoholu. Již Mysliveček (1951) hovoří o závislosti na návykových látkách a současných poruchách osobnosti či počátcích psychóz<sup>11</sup>. V pozdějších letech se výzkum soustředil na jednotlivé diagnostické skupiny: v ČR např. Skála (1985, 1986, 1987) či Nešpor s Csémym (1993, 1995), na Slovensku např. Novotný (1991, 1998), Kunda (1988), Maxianová (1999), ve světě Schuckit (1985) či Cook (1994).

Nejčastější diagnostickou skupinou u mužů je porucha osobnosti, u žen neurotické a afektivní poruchy v případě závislosti na alkoholu. Tento fakt je pravděpodobně dán i poměrem etiologických, resp. sociogenních a psychogenních faktorů u mužů a žen při vzniku

<sup>9</sup> Viz též Dvořáček, kapitola 5/7, Detoxifikace.

<sup>10</sup> Viz též Nešpor, kapitola 4/5, Psychické komplikace a komorbidita, duální diagnózy.

<sup>11</sup> U poruch osobnosti a počínajících i probíhajících psychóz je často – i v této publikaci – zmiňováno užívání návykových látek jako určitá forma sebededikace, která ovšem v důsledku vytváří komplikaci dosavadní psychické poruchy.

závislosti na alkoholu. Zde je výrazná odlišnost – u mužů převažují sociogenní až v 80 % a u žen se jedná o psychogenní faktory v 68 % (Janovičová, 1993). Kunda (1998) pohlíží na závislost mužů jako na sociokulturální jev a naopak u žen jako na psychogenní problém. K podobným závěrům došli např. Skála (1987) či Pokorná (1992).

Otázkou je rozlišení mezi tzv. primárním a sekundárním alkoholismem. Pod pojmem primární rozumíme ten typ, kdy závislost je fundamentálním problémem a vede k dalším duševním poruchám. Sekundární alkoholismus je symptomem jiných základních onemocnění (Schuckit, 1985). Diagnostika primární poruchy je však z mnoha důvodů dosti obtížná. Existují však podpůrné a nepřímé znaky, a to že u primárního alkoholismu je vyšší výskyt téhož v rodině a že primární alkoholismus má oproti sekundárnímu těžší formu (Cook et al., 1994). V případě užívání jiné psychotropní látky než alkoholu či anxiolytik je nejčastější komorbiditou porucha osobnosti. Američtí autoři na první místo řadí sociální poruchu osobnosti, která ve stávající MKN-10 platné v ČR odpovídá dissociální poruše osobnosti. Anomální strukturu osobnosti můžeme pozorovat u velké části klientely, což však jistě není duševní nemoc. Relativně často se setkáváme s úzkostně depresivní symptomatikou, která však povětšinou nemá charakter patické deprese („major depression“). Může se jednat o příznaky v rámci poruchy adaptace na neuspokojivou životní situaci či poruchu osobnosti (hraniční či smíšená porucha osobnosti).

Úzkostně depresivní příznaky jsou relativně ovlivnitelné podáváním nižších dávek antidepresiv (především skupina S.S.R.I., která navíc nemá tlumivý vliv na CNS a proto zde není riziko kombinované intoxikace a útlumu). Dále lze použít i anxiolytika (trankvilizéry), zde je ovšem třeba mít na paměti jejich návykovost a i mírný až střední sedativní efekt. Výjimkou je hydroxyzin (ATARAX tbl.) u kterého nebyla prokázána návykovost.

### **Používání farmakoterapie**

Užití léků je z pochopitelných důvodů omezeno pouze na lékaře. Farmakologická léčba mimo závislosti na alkoholu a sedativech v celkové terapeutické intervenci povětšinou nehraje hlavní úlohu.

Při léčbě závislosti na alkoholu má využití anxiolytik a antidepresiv nezastupitelnou roli. Dle autorova názoru je užití psychofarmak v této rovině dosti opomíjené, a to včetně kontrolovaného podávání disulfiramu. Jsou však patologické psychické i tělesné stavy vzniklé

při užívání nelegálních psychotropních látek, které nelze jinak než lékově ovlivnit (těžká akutní intoxikace, těžký odvykací stav či toxická psychotická porucha) a použití medikace má život zachraňující roli.

Nezastupitelné je použití podpůrné medikační léčby. Jde především o nápravu tělesných poškození vzniklých při užívání psychotropních látek. Tato suportivní (podpůrná) léčba může podpořit terapeutický vztah a pomoci udržet klienta v léčbě, v čase je možnost získat klienta pro jinou formu (např. ústavní či komunitní) léčbu.

### **Výsledky a hodnocení farmakologické léčby závislosti**

Farmakologická léčba závislosti je dnes jednoznačně prokazatelně efektivní minimálně ve dvou případech: 1) v léčbě závislosti na alkoholu, 2) v léčbě závislých na opioidech – v tomto případě se jedná o substituční léčbu.

V léčbě závislosti na alkoholu je prokázána efektivita anticravingového preparátu akamprosátu (CAMPRAL). Ve světě se v této indikaci navíc používá díky zkřížené toleranci opioidů a alkoholu i antagonist opiooidových receptorů naltrexon, který prozatím není v ČR registrován. Efektivita naltrexonu u závislých na alkoholu však zatím není dostatečně prozkoumaná. Studie s využitím antidepresiv ze skupiny S.S.R.I. přinesly spíše protichůdné výsledky. Naopak kontrolované užívání disulfiramu (ANTABUS) je považováno za efektivní terapeutickou intervenci.

Substituční léčba je „pouze“ kauzálním řešením. Musíme však mít na paměti, že existuje početná skupina závislých na opioidech, která v daných podmínkách není terapeuticky ovlivnitelná ve smyslu striktní abstinence od opioidů (především heroínu). V tomto případě prokazatelně substituce nelegálního heroínu legální substituční látkou přináší pro daného jedince, ale i pro celou společnost, minimalizaci zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním nelegální drogy.

### **Závěr**

Farmakoterapie jako samostatná dlouhodobá léčebná intervence u závislých na psychotropních látkách selhává a není považována za efektivní terapii. Naopak v případě kombinace psychoterapie a farmakoterapie lze očekávat účinek aditivní (sčítající se efekt obou terapií), nebo v horším případě reciproční (efekt kombinované terapie se rovná efektu terapie té vhodnější). Nebyly potvrzeny účinky inhibiční jedné složky na druhou.

Existují stavy, kde nelze předpokládat efekt psychoterapie. Jedná se především o psychotickou poruchu vzniklou při užívání psychotropní látky a delirium. Dalším stavem, který vyžaduje medikamentózní zásah, je těžší abstinenční stav při závislosti na alkoholu a sedativech, protože jako takový potenciálně ohrožuje klienta na životě. Tato psychopatologická symptomatika by měla být řešena na lůžkovém zařízení.

V klinické praxi, pokud je to možné, je proto vhodné využít kombinaci psychoterapie a farmakoterapie. U klientely závislé na alkoholu je vždy vhodná konzultace psychiatra s danou erudicí a případně i lékaře-internisty. U klientely závislé na nelegálních látkách není možnost dramatičtějšího farmakologického ovlivnění. Lze však s vysokou pravděpodobností očekávat tělesné onemocnění, které je možné, v případě klientovy spolupráce, účinně léčit farmaky.

## Summary

### Pharmacotherapy in Drug Dependence, Psychic Complications and Co-morbidity

Pharmacotherapy of mental disorders linked to substance abuse is not a leading method of treatment (compared to other psychic and behavioural disorders, e.g. schizophrenic disorders). Nevertheless, it is an advantageous supplement to the process of psychotherapy, with a proven additive effect. Further, it is necessary to mention particularly some affective and psychotic disorders that complicate the abuse of ad-

dictive substances and that cannot be treated without psychiatric medicaments, while psychotherapy has, on the contrary, only a supportive effect in these cases. However, in general, pharmacotherapy of addictive disorders should walk hand in hand with psychotherapy and it cannot be considered a universal method.

**Key words:** acute intoxication – craving – dual diagnoses – pharmacotherapy – psychic complications – psychotherapy – withdrawal syndrome

## Literatura

- Kaplan H. I., Sadock B. J., Grebb J. A.: Synopsis of Psychiatry. 17th Edition. Williams and Wilkins, Baltimore, 1994
- Nerad J. M., Neradová L.: Několik poznámek k efektivitě léčby alkoholové závislosti. Alkoholizmus a drogové závislosti, 3, 34, 1999
- Nešpor K., Csémy L.: Léčba a prevence závislosti, Psychiatrické centrum Praha, 1996
- Novotný V.: Serotonergické mechanismy alkoholové závislosti a možnosti ich využitia v terapii, Alkoholizmus a drogové závislosti/Protialkoholný obzor, roč. 35, č. 1, 2000
- Popov P.: Návykové poruchy. In: Raboch J., Zvolský P.: Psychiatrie. Galén, Praha, 2001
- Preston A.: Drogy na předpis II. Vše o metadonu. Votobia, Olomouc, 1999.
- Rotgers F. a kol.: Léčba drogových závislosti. Grada Publishing, Praha, 1999.
- Smolík P.: Duševní a behaviorální poruchy. Maxdorf Jesenius, Praha, 1996.
- Švestka J.: Psychofarmaka v klinické praxi. Grada Publishing, Praha, 1995.
- Volpicelli J. R., Pettinati H. M., McLellan A. T., O'Brien Ch. P.: Combining medication and psychosocial treatment for addiction. Guilford Press, New York, 2001

**Klíčová slova:** indikace k psychoterapii – motivace k psychoterapii – psychoterapie – psychoterapeutický přístup – systematická psychoterapie

### Obecné charakteristiky, cíle a předpoklady psychoterapie

Psychoterapie je odborné užívání psychologických postupů a prostředků při prevenci, léčbě a rehabilitaci poruch zdraví. Je součástí bio-psycho-sociálního přístupu ke zdraví a často do léčebné péče zahrnuje nejen klienta samotného, ale i osoby pro něj důležité, zvláště jeho rodinu. V nejobecnější rovině lze použít známou charakteristiku, totiž že psychoterapie je vědou, ale její používání je uměním. Psychoterapie má jako interdisciplinární obor velmi široké možnosti využití. Od její aplikace se očekává odstranění nebo zmírnění psychologicky ovlivnitelných potíží a nejlépe též příčin těchto obtíží. V jejím průběhu dochází ke změně v prožívání a chování klienta.

Obecně se cíle psychoterapie různí podle způsobu jejího použití, dle jednotlivých psychoterapeutických přístupů a škol a dle povahy problému. Lze říci, že cíle psychoterapie můžeme vnímat ve změnách v osobnosti, chování a sociálních vztazích klienta, přičemž tyto změny jsou předem stanoveny a v procesu psychoterapie dosahovány psychologickými prostředky (viz např. Vymětal a kol., 1997). Dvoji možné pojetí hlavních cílů psychoterapie shrnuje Kratochvíl (1997) jako:

1. odstranění chorobných příznaků,
2. reedukace, sociální rehabilitace, reorganizace, restrukuralizace, rozvoj či integrace pacientovy osobnosti.

Moderní učebnice psychoterapie autorů Prochasky a Norcrosse (1999) popisuje společné jádro (faktory) všech přístupů, jako je pozitivní očekávání, terapeutický vztah, Hawthornský efekt, emoční uvolnění, objasnění a interpretace, posílení, desenzibilizace, rituály, konfrontace s problémem a nácvik dovedností. Každý z přístupů pak rozvíjí množství specifických faktorů, vázaných na teoretický koncept přístupu a rozvíjené metody a techniky. V současné době k uznávaným směrům a přístupům u nás je řazena:

- hlubinná a dynamická psychoterapie,
- humanistická psychoterapie,
- kognitivně – behaviorální psychoterapie,
- rodinná a systemická psychoterapie,
- hypnotické a relaxační postupy,
- integrativní přístupy.

Psychoterapii smí provádět jen kvalifikovaný terapeut. Každý z uvedených psychoterapeutických směrů a přístupů má svůj vzdělávací systém, který vždy zahrnuje:

1) *Teorii* – Teoretická část spočívá ve zprostředkování základních teoretických východisek a poznatků o hlavních psychoterapeutických směrech a metodách. Dále se požaduje podrobné seznámení s teorií psychoterapeutického směru, ve kterém je adept vzděláván. Součástí teorie jsou základy psychologie osobnosti, vývojové psychologie, psychopatologie, psychodiagnostiky a dalších.

2) *Část zkušenosti* – včetně osvojení základních psychoterapeutických postupů a nácviku příslušných psychoterapeutických dovedností. Cílem zkušenosti (experienciální) části je umožnit a rozvíjet sebepoznání, schopnost empatie a posílení osobnosti terapeuta, která je nástrojem působení psychoterapie. V této části se také uchazeč seznámí s příslušnými psychoterapeutickými metodami a postupy a osvojuje si je. Důležitou součástí přípravy je porozumění dynamice vztahu mezi terapeutem a klientem a/nebo dynamice vývoje psychoterapeutické skupiny. Výcviková zkušenost formou zážitku na sobě porozumění těmto procesům napomáhá a vhodné zacházení s nimi usnadňuje.

3) *Supervizi* – tou se rozumí praktické vykonávání psychoterapie pod odborným vedením zkušeného odborníka – supervizora. Smyslem supervize je odborná pomoc terapeutovi a vliv na klienta je tak nepřímý (prostřednictvím supervidovaného terapeuta).

Výkon kvalifikované systematické psychoterapie je podmíněn úspěšným absolvováním požadovaného psychoterapeutického vzdělávání v plném rozsahu. Pro přípravu pro psychoterapii a pro její vykonávání jsou významné i osobnostní předpoklady, k nimž patří osobnostní vyrovnanost, zájem o druhé lidi a morální odpovědnost.

Výcvik a provádění psychoterapie doplňují a rozvíjejí „účinnost“ profese, tedy pomáhají zdokonalovat a dále rozvíjet znalosti a dovednosti získané v rámci vzdělávání v různých oborech podílejících se na léčbě a sociální rehabilitaci osob trpících závislostí (psychologie, psychiatrie, sociální práce atd.). V žádném případě však nemůže takovéto vzdělání nahradit – ze sociálního

pracovníka neudělá ani lékaře ani psychologa. Může však ze sociálního pracovníka udělat sociálního pracovníka schopného aplikovat psychotherapeutický přístup a zlepšit a zefektivnit jeho schopnost komunikovat s klientem a provádět sociální práci. Stejně jako mu může pomoci lépe porozumět svým vlastním pohnutkám a reakcím při práci se závislými lidmi či lépe porozumět komunikačním problémům v pracovním týmu.

Psychoterapie samozřejmě není pouze pro psychotherapeuty „z povolání“ (splňující formální kritéria pro výkon této profese), je zde však třeba důsledně rozlišovat mezi psychotherapií jako odborností a psychotherapeutickým přístupem (viz dále). Vystudováním psychologie či dosažením atestace z psychiatrie neznamena stát se současně psychotherapeutem. K tomu je třeba výše popsané akreditované psychotherapeutické vzdělání. I bez něho je však nezávisle na původní profesi možné používat tzv. psychotherapeutický přístup.

Dohoda pravidel mezi klientem a terapeutem (či psychotherapeutickým týmem) se nazývá *kontrakt*. Ten může mít různou formu – od základní ústní domluvy až po velmi pregnantně shrnutá závazná pravidla, která klient i psychotherapeut podepisují a stvrzují tak svoji vůli a motivaci vstoupit do společné psychotherapeutické práce<sup>1</sup>.

### Psychoterapie v kontextu léčby závislosti

Psychoterapie tvoří jeden ze základních článků systému péče o osoby trpící závislostí. Její uplatnění najdeme v různých modifikacích na všech úrovních základních typů péče – od streetworku, nízkoprahových zařízení a substitučních programů až po psychotherapeutické komunity a následnou péči. V každé z těchto modalit má psychotherapeutické působení odlišné cíle. Ty musí být ve vzájemném souladu s definovanými cíli jednotlivých programů, odpovídat fázi léčby a respektovat klientův proces – například nevhodně načasovaná odkrývající terapie může po prvních několika málo úspěších léčebného programu, být pro klienta ohrožující a vést k vypadnutí z léčby a ztrátě kontaktu s ním.

V nejobecnější rovině hovoříme o tzv. *psychotherapeutickém přístupu* (Kratochvíl 1997), který by měl být součástí každého kontaktu s klientem, ať již se jedná o streetworkera nebo lékaře odebirajícího krev. Na opačném konci kontinua pak hovoříme o *systematické skupinové či individuální psychotherapii* prováděné kvalifikovaným psychotherapeutem. Mezi těmito dvěma konci škály pak leží např. krizová intervence jako součást základní výbavy každého pracovníka přicházejícího do kontaktu

s tak rizikovými klienty a pacienty jakými lidé trpící závislostí jsou. Dále motivační trénink, nácvikové programy jako trénink komunikačních dovedností atd.

Psychoterapie závislosti má některé specifické rysy a klíčové prvky, obvykle zdůrazňující strukturu a její zvnitřnění, sociální učení prostřednictvím nápodoby a konfrontace, sebepoznávání a osobnostní růst. Např. Sborník PF UK (1995) tyto klíčové prvky charakterizuje jako:

- 1) Změny nebo modifikace takového chování, které není slučitelné s abstinencí.
- 2) Učení se pozitivním sociálním hodnotám a dovednostem, které jsou podporou v práci, studiu a rodinném životě.
- 3) Podněcování a podporování činností, které napomáhají průběžnému poznávání sebe sama, osobnímu růstu a rozvoji mezilidských vztahů.
- 4) Podporování aktivního, zvidavého postoje prostřednictvím modelování rolí a příležitostí k učení.

Od těchto klíčových prvků se také odvíjí pozice psychotherapie v léčebném programu i role psychotherapeuta v multidisciplinárním psychotherapeutickém týmu. Psychotherapeut jako jeden ze členů týmu může mít v některých ohledech dosti nesnadné místo. Blízkost a důvěrnost vztahu s klientem je na jedné straně výlučná, zavazující a překračující komunikační rámec týmové práce. Na druhé straně si bez ostatních členů týmu a zapojení klienta do dalších částí programu lze jen velmi těžko představit skutečně efektivní léčbu. Známkou zralosti a zkušenosti psychotherapeuta je vyvážená spolupráce s týmem a současně udržení důvěrnosti a jedinečnosti vztahu s klientem. Názor, postoj a „vidění“ psychotherapeuta je však pro tým naprosto nepostradatelnou součástí mozaiky komplexního přístupu ke klientovi. Specifičnost psychotherapeuta vnímání a uvažování je významná jak z hlediska diagnostického, tak z hlediska plánování a volby strategie léčby.

Následující pojmy patří obecně k psychotherapeutické péči o jakoukoli diagnostickou skupinu. V kontextu léčby závislosti však představují situace a jevy zásadního významu. Kvalitní *vstupní diagnostika* je základem jakéhokoli úspěchu. Obecně závazný diagnostický systém MKN-10 nebo často užívaný americký klasifikační systém DSM-IV, představují pouze základní rámec. V psychotherapii je užíváno různých dalších diagnostických modelů, odpovídajících teoretickým východiskům jednotlivých přístupů. Na začátku kontaktu s klientem, při zvažování zahájení terapie je třeba

<sup>1</sup> O kontraktu viz též Dobiášová a Broža, kapitola 5/4, Motivační trénink.

velmi pečlivě zmapovat všechny relevantní oblasti běžné pro jakoukoli diagnostickou skupinu. U osob trpících závislostí je nanejvýš nutné věnovat pozornost vztahovým tématům (rodina, partner/ka, děti atd.) a otázkám drogové kariéry. V jejím kontextu musí terapeut získat kvalitní představu o roli a významu drogy v životě klienta a průběhu drogové kariéry, včetně klíčových momentů jako je např. ztráta kontroly nad užíváním látky, přechod k injekční aplikaci atd.

Tématem zcela zásadního významu se pak stává *diferenciální diagnostika*. S ní je spojen problém tzv. duálních diagnóz<sup>2</sup>, tedy problém relativně velmi početné skupiny klientů (odhady se pohybují okolo 70 %), kteří kromě závislosti trpí ještě některou z jiných poruch. Jak v této souvislosti velmi výstižně ve vztahu k léčbě v terapeutických komunitách poznamenává ve své publikaci Kalina (2000), je třeba si uvědomit, že každý druhý až třetí klient by potřeboval ještě jiné, další specifické léčení, než to, které mu může nabídnout standardní léčebný program zaměřený na problém závislosti. Přitom spektrum těchto poruch je velmi široké, od nejčastějších, kterými jsou poruchy osobnosti, přes psychosexuální dysfunkce, až po organické mozkové syndromy. Nedostatečná pozornost vůči duálním diagnózám samozřejmě zásadním způsobem negativně poznamenává výsledný efekt léčby.

Pro posouzení stavu klienta a jeho připravenosti vstoupit do psychoterapie je kromě diagnostického zhodnocení velmi důležité posouzení motivace a zralosti. Ne všichni klienti, kteří o psychoterapii žádají, do ní skutečně vstoupit chtějí nebo jsou ji schopni absolvovat. U některých psychoterapeutických směrů se např. také intelektová úroveň považuje za jeden z minimálních předpokladů úspěchu. Klíčovým faktorem zásadního významu je však motivace.

### **Motivace klienta k psychoterapii a její význam**

Přestože o motivaci bylo napsáno již mnoho knih a byla zkoumána nejrůznějšími způsoby, zdá se, že pro její pochopení je třeba vždy zvažovat konkrétní osud a zkušenost konkrétního člověka, a do jejich kontextu zasadit jeho projevenou vůli vstoupit do psychoterapie. Z obecného hlediska lze rozlišit čtyři úrovně motivačních faktorů:

- zdravotní a psychologické,
- sociálně-psychické,
- sociální,
- trestně-právní.

Tyto úrovně jsou vzájemně propojeny a nelze je od sebe

zcela oddělit. Z hlediska kvality pro potenciální zahájení psychoterapie jsou seřazeny dle významnosti shora dolů. Pokud klientovi skutečně není zle, netrpí závažnými zdravotními problémy, bolestmi atd., nemívá obvykle mnoho důvodů se léčit. Důležitá je však míra uvědomění si (reflexe) těchto problémů a jejich dopadů. Čím více si klient uvědomuje problémy, které mu užívání drogy způsobuje, tím je obvykle k léčbě více motivován. Důležitý je však moment vnímání a hodnocení těchto problémů. Ty „musí vadit“ především jemu, tedy být mu nepříjemné, ohrožující a z jeho pohledu nežádoucí. Tím se současně dostáváme k dalším rovinám, které se jakoby více a více od klienta vzdalují – od nátlaku rodičů, partnera, či dokonce dětí, až k tlaku zaměstnavatele či místní komunity, v níž uživatel žije. Jasně se však ukazuje, že čím méně si klient problémy spojené s užíváním drogy „bere za své“, tím horší je kvalita jeho motivace. Za nejméně kvalitní vstupní motivaci lze považovat povinnou léčbu, tedy konflikt se zákonem vedoucí k soudně nařízeným léčbám, které se ukazují být jako nejméně efektivní a současně nejvíce náročné na umění terapeutů probudit v klientovi jeho vlastní motivaci ke změně.

### **Indikace k psychoterapii**

Existuje několik typů indikace pro psychoterapii. Obecná, kdy terapeut zvažuje, zda problematika pacienta, či klienta je vůbec ovlivnitelná psychologickými prostředky a zda dotyčný je ochoten psychoterapii podstoupit a zda důvěřuje možné změně. Na specifitější rovině je indikace určována psychoterapeutickým směrem či orientací terapeuta, který zvažuje, jaký přístup by byl u daného člověka nejvhodnější. Zde se významně projevuje již zmíněná oblast osobnostních charakteristik a vlastností terapeuta promítajících se do způsobu aplikace (provádění) přístupu a technik určité psychoterapeutické školy. Zapomenout nelze samozřejmě ani na individualitu klienta a nutnost zvážit, zda jsem jako terapeut-člověk s klientem sedícím v protějším křesle vůbec schopen pracovat a on se mnou.

Obecně nejsou pro psychoterapii vhodní pacienti v akutní fázi onemocnění jako např. intoxikovaní nebo v akutní psychóze. Také osoby s mentálními defekty mají omezené možnosti pro ovlivnění psychoterapeutickými prostředky. Pro skupinovou psychoterapii nejsou vhodné výrazné dissociální poruchy osobnosti, agresivní a těžce depresivní klienti se sebevražednými úmysly.

Zásadní význam pro oblast indikace psychoterapie, má

<sup>2</sup> Viz Nešpor, kapitola 4/4, Psychopatologické komplikace, duální diagnózy.

kromě shora uvedených pravidel také tzv. *první interview*. První interview v psychoterapii bývá kromě dokumentace, doporučení lékařem, přání rodiny atd. naprosto nejdůležitějším momentem a zdrojem informací potřebných pro posouzení vhodnosti zahájení psychotherapeutického procesu. Velký diagnostický potenciál a význam prvního interview z něj činí velmi zvláštní a výjimečnou situaci (Angelander, 1998; Thoma a Kächele, 1993).

Specifickým znakem velké části skupiny klientů trpících závislostí je nižší úroveň motivace ke změně, projevující se v určitých fázích léčby. Zde je na místě připomenout, že přestože je psychoterapie při práci se závislými klienty využívána často a intenzivně, není jedinou a někdy ani ne hlavní formou pomoci. S úspěchem jsou využívány a kombinovány také další formy práce např. výchovného působení, poradenství, praktická pomoc, sociální práce, různé doplňkové aktivity

(např. klubové aktivity, vzdělávání) atd. Ty je třeba volit právě s ohledem na fázi, ve které se klient nachází, jeho možnosti a aktuální potřeby. Stále více je při léčbě závislostí zdůrazňována nutnost různorodosti nabídky, na jejímž základě lze spolu s klientem vytvořit individuální plán léčby či péče. Ten by měl důsledně vycházet ze skutečných možností a potřeb klienta a odrážet úroveň jeho motivaci ke spolupráci.

## **Summary** Possibilities and Limits of Psychotherapy in the Treatment of Addictions

Psychotherapy is a component of bio-psycho-social approach to the treatment of addictions. It can be applied on all levels of the existing treatment programmes. The differentiation of psychotherapy is very important not only from the perspective of goals of a specific programme, but also from the perspective of the client's real needs. While the psychotherapeutic approach would be used in every contact with clients, systematic psychotherapy can be used only with indicated and motivated clients. Therefore, psychothera-

peutic diagnostics should precede the client's entry to the psychotherapeutic process. This includes a diagnostic interview, in which the therapist has to assess the client's motivation as one general criterion of indication.

**Key words:** indication to psychotherapy – motivation to psychotherapy psychotherapy – psychotherapeutic approach – systematic psychotherapy

## Literatura

- Angelander H.: Prvé interview v psychoterapii. Vydavatelství F, Trenčín, 1998
- Dörner K., Plog U.: Bláznit je lidské. Grada Publishing, Praha, 1999
- Kalina K.: Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě závislosti. Inverze/SANANIM, Praha, 2000
- Klingemann H., Hunt G.: Drug treatment system in an international perspective: Drugs, demons and delinquents. Sage Publications. Thousand Oaks, London – New Delhi, 1998
- Kratochvíl S.: Základy psychoterapie. Portál, Praha, 1997
- Prochaska J. O., Norcross J. C.: Psychoterapeutické systémy. Grada Publishing, Praha, 1999
- Sborník PF UK: Problematika zneužívání návykových látek. Kapitola 6, Klíčové prvky účinné léčby. PF UK, Praha, 1995
- Thöma H. , Kächele H.: Psychoanalytická praxe. Mach, Hradec Králové, 1993
- Vymětal J. a kol.: Obecná psychoterapie. Nakladatelství Jiří Kocourek, Praha, 1997

### Mgr. Ivana Bartošíková

Klinická psycholožka a psychoterapeutka, nar. 1948, žije v Brně. Pracovala přes 20 let v psychiatrické léčebně, z toho většinou se závislými v terapeutické komunitě a také v ambulantní péči. V posledních letech přednáší na Institutu pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, kde také vede dlouhodobé přípravy zdravotních sester pro psychoterapii. Absolvovala výcvik v psychodynamicky orientované

skupinové psychoterapii a sama dále vede výcvikové skupiny a supervize. Spolupodílela se na učebních textech zaměřených na psychoterapeutický přístup. Je členkou výboru České psychoterapeutické společnosti. *Kontakt: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, Vinařská ul., 600 00 Brno.*  
*E-mail: bartosikova@idvpz.cz*

PhDr. Michal Miovský, Ph.D. – Informace o autorovi a kontakt viz kapitola 3/4.

**Klíčová slova:** akceptování – empatie – pozitivní přístup – přenos a protipřenos – terapeutický vztah

### Základní prvky terapeutické vztahu

Jedním z účinných faktorů psychoterapeutického působení je vztah, který se vytváří mezi klientem a terapeutem. Je to vztah mezi lidmi v situaci psychoterapie. Jde o zvláštní vztah, který se liší od běžných mezilidských vztahů. Vzniká ve stavu nouze a tím je také specifický. Vychází ze setkání dvou lidí, z nichž jeden pomoc nabízí a druhý ji vyhledává. Aby spolu mohli pracovat, je třeba, aby mezi nimi byla alespoň základní sympatie. Očekává se vstřícnost na obou stranách – u terapeuta ve smyslu nabídky být pozorným, akceptujícím a kompetentním a od klienta se očekává ochota ke změně prostřednictvím práce na sobě. To předpokládá, že klient od určité fáze procesu po získání vhledu připouští souvislost mezi psychickými obsahy a problémem, se kterým psychoterapii vyhledal. Carl Rogers (cit. In Vymětal, 1996) popsal základní čtyři podmínky terapeutického vztahu:

- Terapeut by měl být v jednání s klientem kongruntní, tedy jednotlivé části jeho projevu by měly být ve vzájemném souladu (verbální i neverbální projev).
- Terapeut by měl být autentický.
- Terapeut by měl klienta přijímat a oceňovat.
- Terapeut musí být empatický.

Terapeutický vztah může být krátkodobý i dlouhodobý. Může jít o vztah dyadický, vztah mezi dvěma lidmi, ale také o vztah mezi více lidmi – např. při psychoterapii párové, rodinné či skupinové. Jde tedy o vztah či vztahy, které mají za cíl pomoci klientovi, prospět mu, měly by tedy být v tom nejvlastnějším slova smyslu pomáhající. V tomto kontextu je třeba dále zmínit, že pokud se počet lidí, kteří se v situaci psychoterapie setkávají zvýší, je třeba nahlížet vztah mezi terapeutem a klientem v rámci systému vztahů, které ho ovlivňují – např. dyadický terapeutický vztah mezi klientem a terapeutem na pozadí léčby v terapeutické komunitě nebo ve skupinové psychoterapii, kde tento vztah existuje v síti vztahů s ostatními klienty a terapeuty apod. (viz Vavrda, in Vymětal, 1997).

Terapeutický vztah v sobě nese prvky běžných vztahů, které v životě zažíváme, ale zároveň se od nich něčím liší. V prvé řadě v sobě nese prvky vztahu přátelského. Přátelský vztah je vztah, ve kterém se člověk cítí rovnoprávně, volně, ve kterém se jeden nepovyšuje nad

druhého, naopak je v něm nabízena pomoc, podpora, sdílení. Terapeutický vztah se od přátelského liší tím, že přátele si v životě vybíráme, často dost pečlivě a tento vztah není časově ohraničený. V přátelském vztahu jsme si jeden druhému navzájem k dispozici. V terapeutickém vztahu si terapeut klienta nevolí jako svého přítele a klient není ten, kdo by měl terapeutovi naplňovat jeho potřeby nebo mu pomáhat. Vztah je časově limitovaný a vymezený pravidly.

Terapeutický vztah v sobě obsahuje také prvky vztahu rodič–dítě. Ten lze ještě rozdělit na vztah matka–dítě a otec–dítě. K porozumění komunikaci mezi těmito rovinami a na ně vázanými specifickými komunikačními vzorci, spolu s rozvíjenými možnostmi terapeutické práce s nimi, významně přispěla transakční analýza (Berne, 1997). Se vztahem matka–dítě má terapeutický vztah společnou plnou akceptaci klienta i s jeho zvláštnostmi, poruchami či patologií. Toto bezvýhradné přijetí, kdy terapeut stojí vždy na straně klienta lze přirovnat ke vztahu matky ke svému i „nepovedenému“ dítěti. Akceptovat klienta ještě neznamená souhlasit se vším, co dělá. Jde spíše o jeho přijetí na základě porozumění a přiblížení se mu. Ze vztahu otec–dítě je v terapeutickém vztahu obsažen vztah k autoritě, kterou se terapeut pro klienta stává. Jde o autoritu charakterizovanou spíše „jako ochraňující, spolehlivou a důvěryhodnou, jež se může stát i vzorem“ (Vymětal, 1997).

Terapeutický vztah se vyvíjí a nabývá v průběhu terapie různých podob. V počátečních fázích bývá značně asymetrický, ale v průběhu terapie vzrůstá symetrie ve vztahu, kde je klient veden k větší autonomii. Klient zůstává zodpovědný za svoje chování v terapii i mimo ni. Terapeut je zodpovědný za vytvoření podmínek ke zdárnému průběhu terapie. Někdy bývá v počátcích terapie klient značně závislý na terapeutovi, závislost je však postupně zmenšována a klient se od terapeuta odpoutává. V průběhu společné práce se mění blízkost a vzdálenost terapeuta a klienta. Přiblížení terapeuta je žádoucí, ale mělo by být takové, aby terapeut zůstal schopen dobře reflektovat, co se ve vztahu děje a zacházet s blízkostí či vzdáleností ve prospěch klienta. Prospěšnost klientovi je však základním kritériem pro posuzování adekvátnosti kroků terapeuta.

V každém pomáhajícím vztahu je také obsažena naděje na změnu. Vyhledá-li člověk pomoc, pravděpodobně očekává, že změna je možná, jinak by asi pomoc nehledal. Někdy je ovšem potřeba v klientovi naději na pomoc vzbudit nebo posílit, což je součástí motivační přípravy.

Odlíšné psychoterapeutické směry pracují s terapeutickým vztahem různě, vždy je ale v nějaké formě přítomen a ve většině psychoterapeutických přístupů tvoří důležitou, ne-li nejdůležitější podmínku psychoterapeutické práce.

### Přenos a protipřenos

Dynamicky orientované psychoterapeutické přístupy a školy rozeznávají ve všech mezilidských vztazích fenomén, který nazývají přenosem. Tento obecně lidský fenomén se samozřejmě objevuje i ve vztahu terapeutickém. *Přenos* je silný emocionální vztah mezi terapeutem a klientem, který nelze vysvětlit aktuální situací. Jsou to naděje, obavy, touhy, očekávání, které pochází z vlastní zkušenosti klienta, nebo které se klient naučil a které tvoří určité „vzorce“, podle nichž jedná v aktuálních situacích, které mu něčím ty minulé připomínají. Často je přenos determinovaný dřívějšími vztahy k významným osobám klientova života, zvláště z jeho dětství. Jde o nevědomé opakování, znovuprožívání minulých zážitků. Lze tedy u něj rozeznávat dvojí význam. V jedné rovině pracujeme s tím, že člověk prožívá přítomnost pod přetrvávajícím dojmem minulých zkušeností. Ve druhé rovině pak koncept přenosu zahrnuje četné typické jevy, které mají u každého jedince zcela individuální a specifickou podobu (Thoma a Kächele, 1993). V praxi to vypadá tak, že klient, aniž si to uvědomuje, má tendenci připisovat terapeutovi určité postoje a charakteristiky spojené s postavami ze své minulosti a chová se, jako by terapeut byl jednou z nich. Vztah klienta k terapeutovi tak může vyjadřovat náklonnost, lásku ale taky nenávisť, nepřátelství apod. Pro analytické a psychodynamické přístupy je přenosová neuroza a přenos základní složkou terapie, přičemž zpracování přenosu je podmínkou její úspěšnosti.

Jestliže je přenos univerzálně lidský fenomén, znamená to, že i terapeut vnáší do svého vztahu s pacientem svoje vlastní zážitky, zkušenosti, neukončené záležitosti. Přenos terapeuta se označuje jako *protipřenos*. Velmi obecně jej lze charakterizovat jakou celou škálu emocí, které klient v terapeutovi vyvolává. Protipřenos se může projevat různými způsoby. Příkladem je situace, kdy terapeut potřebuje, aby se jeho klient zlepšoval, aby se on sám cítil dobře. Nebo když se klient nechová tak jak by si terapeut přál. Kromě vcitování se

do pacienta by měl terapeut umět také dobře „odečítat“ svoje vlastní pocity, které v něm klient vyvolává, protože ty ho mohou informovat i o tom, co se děje v klientovi, nebo jaké asi pocity klient v druhých lidech vzbuzuje. Pokud terapeut není sám v kontaktu se svými pocity, nemůže být dobře v kontaktu ani s pocity klienta. V tomto kontextu psychoterapie užívá termín „osobní rovnice“, původně pocházející z astronomie a vystihující skutečnost, že každý člověk má své individuální odlišnosti a vzorce, které ovlivňují jeho duševní možnosti a schopnosti (Thoma a Kächele, 1993). Za účelem kvalitnější sebereflexe a poznání „osobní rovnice“ je povinnou složkou každého akreditovaného vzdělávacího programu v psychoterapii experienciální (prožitková) část (podrobněji viz podkapitola Obecné charakteristiky, cíle a předpoklady psychoterapie). Jejím cílem je prostřednictvím sebezpoznávání zdokonalit schopnosti terapeuta v práci s vlastními pocity a prožitky. Porozumění přenosovým a protipřenosovým reakcím je součástí přípravy především pro psychoanalyticky orientované psychoterapie. Tyto jevy se ale objevují i při intenzivnějších nebo dlouhodobých terapiích v rámci jiných psychoterapeutických přístupů. Supervize napomáhá terapeutovi přenosové a protipřenosové reakce rozpoznávat, rozumět jim a rozpouštět je, aby ve vztahu nebyly překážkou.

Součástí práce terapeuta je umět navázat, udržet a ukončit terapeutický vztah. Jestliže toho není schopen a neumí se vztahem reflektovaně a zodpovědně zacházet, může terapie stagnovat, ztrácet na své účinnosti, poškozovat klienta anebo být předčasně ukončena odchodem z klientova rozhodnutí.

Už sám terapeutický vztah je pro většinu klientů neobvyklým zážitkem, který mnozí prožívají poprvé v životě. Je to nový způsob vztahu k jiné osobě, který může v budoucnu klientovi sloužit jako *model meziosobních vztahů*. Může se také na určitou, přechodnou, ale významnou dobu stát i nejdůležitějším vztahem pro klienta, který mu může pomoci překonat krizi nebo dočasně nahradit chybějící jiné vztahy.

### Terapeutický vztah a klient trpící závislostí

Při práci s lidmi trpícími závislostí bývá ve vztahu ke klientovi obsaženo více složek. Kromě *empatie* a pozitivního náboje, obsahuje většinou i prvky výchovy (určité pedagogické práce), prvky poradenství a prvky řízení, vedení klienta. V posledních letech se věnuje hodně pozornosti faktorům motivujícím (resp. demotivujícím) závislé klienty k léčbě a během ní. Zdůrazňuje se stále častěji význam *empatie* terapeuta a jeho pozitivní vztah ke klientům. Zjednodušeně řečeno se uka-

zuje, že větší úspěch zaznamenávají terapeuti, které lze označit jako empatické, kteří své klienty „mají aspoň trochu rádi“ a věří v možnost jejich změny. Být druhým přijímán bez výhrad a následně pak moci být sám sebou, je základní lidská vztahová potřeba. Tu může na nějaký čas naplňovat právě terapeutický vztah, umožňující klientovi zažít novou zkušenost, která se může stát hybnou silou změny. *Akceptace* klienta, empatické porozumění světu závislého, nepředstíraný zájem, to jsou charakteristiky, které se lze asi těžko naučit, ale které závislí klienti vnímají, cítí a na něž reagují. Jde o proces na emoční úrovni, který se nedá předstírat (Nerad a Neradová, 1998).

Necítí-li se klient akceptován, nechce přijmout ani pomoc nebo se jí může dokonce bránit. Více úspěchů vykazuje léčba založená na dobré *pracovní alianci* bez obviňování, konfrontací a nálepkování klienta. Příliš velká aktivita nebo direktivita terapeuta zneschopňuje klienta a udržuje ho v závislosti. Ale také přílišné vyčkávání terapeuta může klient vnímat jako nedostatek pomoci. Najít správnou míru pomoci a vyváženou polohu ve vztahu ke klientovi trpícímu závislostí je velmi náročné. Dosahování dynamické rovnováhy vztahu je s těmito klienty velmi obtížným procesem stálého pojmenovávání jeho hranic.

*Přenosové jevy* u závislých klientů bývají časté a silné. Stejně tak mohou být silné protipřenosové reakce terapeutů. Negativní reakce mohou zapříčinit neúspěšnou terapii nebo vyústit v ukončení terapie. Závislí klienti se značnou tendencí k přílišné závislosti na terapeutovi a s jejich často traumatickými příběhy mohou u terapeutů vyvolávat úzkost, znechucení či pocity viny. Holanští autoři doporučují rozptýlit přenos i na několik individuálních terapeutů, kteří pracují s klientem od počátku, aby došlo k ulehčení přenosové situace. Také pracuje-li se v týmu, přenosové jednání se rozdělí na více osob a tlak na jednoho terapeuta není tak silný. Ze stejných důvodů může být indikována u závislého klienta skupinová terapie, kde navíc „skupinové já“ může posilovat slabé „já“ klienta<sup>1</sup>.

V behaviorálních terapiích závislosti se klade důraz na budování pozitivního terapeutického vztahu založeného na *spolupráci*. Poukazuje se na potřebu definovat role pacienta a terapeuta a zmapovat očekávání klienta. Měla by být vzata do úvahy dřívější zkušenost klienta s terapií a srozumitelně popsána plánovaná strategie dalšího postupu. Klade se důraz na strukturování jak rámce terapie, tak jednotlivých sezení a na jasné

vymezení pravidel vzájemné spolupráce (docházky na sezení, plnění terapeutických instrukcí, využívání veškerých terapeutických schopností ve prospěch klienta apod.). Doporučuje se zvyšování sebedůvěry klienta oceňováním i malých kroků ke změně a napojení klientů na svépomocné skupiny, které jsou živým příkladem možné změny (Morgan, 1999).

## **Pozitivní a negativní přístup ke klientům**

### ***Pozitivní přístup***

Kalina (1999) uvádí, že pozitivní přístup je indikován u drogové klientely spíše než přístup neutrální, protože „neutralita“ terapeuta klade na klienta příliš velké nároky, může ho demotivovat a ohrozit.

Pozitivní přístup je přístupem odborným, profesionálním, je poznatelný a je možné si jej osvojit, resp. kultivovat – není to dar (vloha), spontánní cit, kamarádství či láska, i když pramení ze stejných zdrojů osobnosti. Terapeut, který není schopen pozitivního vztahu k lidem vůbec, zřejmě nebude schopen ani pozitivního přístupu ke klientovi.

Součástí pozitivního přístupu jsou například: 1) respekt k druhému jako k celistvé, nezávislé, autonomní lidské bytosti, která je v zásadě důstojná a úctyhodná, i když se právě válí v blátě, 2) důvěra v lidský potenciál, v možnosti jeho rozvoje, 3) věcné vidění skutečných kapacit rozvoje konkrétního klienta a zábrán tohoto rozvoje – tj. věcné vidění problému, schopnost problém definovat a pomoci k jeho překonání, 4) neodsuzování klienta, 5) jasný postoj, že problém klienta mne jako terapeuta či poradce neohrožuje a neničí (rodičům nebo jiným lidem v blízkém okolí klienta často právě tento postoj chybí).

Pozitivní přístup neříká, že problém (např. závislost) neexistuje. Rovněž neříká, že problém je něco, co na člověku zvnějšku narostlo jako plevel, který stačí vytrhat. Pozitivní přístup říká: „tvůj problém je tvůj, je v tobě, ale nejsi to celý ty, ty jsi pro mne víc než jenom tvůj problém“. Slogan „Odsuzujeme drogu, ne člověka“ je zjednodušující a zavádějící: stejně jako víno nemá vinu na tom, že se lidé opijí, ani droga není odpovědná za lidské sklony a žádostivost. Pozitivní přístup tudíž nemůže říci: „problém je v tom, že existuje droga, ale ty jsi O.K.“ – to by bylo falešné sdělení; říká „problém je v tvé závislosti, ale můžeš to změnit“.

Pozitivní přístup může fungovat jako korektivní emoční zkušenost pro klienta, tj. přinášet jeden z účinných

<sup>1</sup> Viz též Miovský a Bartošíková, kapitola 6/5, Hlavní psychoterapeutické přístupy.

faktorů psychoterapie (Kratochvíl, 1997). Základní emoční poloha klienta je negativní: převažuje bolest, nenávisť, úzkost, hněv, strach, vzdor, agrese atd. Tyto negativně nasycené vztahy má klient k sobě, ke svému tělu, k druhým lidem, protože však zátěž negativních pocitů je trvale neúnosná, vytváří si proti nim obrany (typickými obranami jsou zejména popření: nemám problém, problém neexistuje), bagatelizace (není to tak vážné), racionalizace (rozumové zdůvodnění: beru drogy, protože...), paranoidní zpracování (jsem pronásledován) atd.<sup>2</sup>. Často se zdá, že díky obranám proti negativním pocitům a povrchní kompenzaci je klient „v pohodě“ – z tohoto stavu však není jednoduše možné „přeskočit“ do skutečně pozitivních zážitků a vztahů k sobě, k druhým, k vlastnímu tělu. Negace se musí „vyplavit“. Pozitivní přístup v tomto směru jednak poskytuje podporu – pomáhá klientovi unést vyplavení negativních pocitů, jednak poskytuje vzor – ukazuje, že pozitivní přístup je vůbec možný. Tímto způsobem může fungovat i skupina, do níž terapeut vkládá vlastním jednáním pozitivní přístup jako žádoucí vzor.

Pozitivní přístup může rovněž fungovat jako paradox ve smyslu principu práce s paradoxem v psychoterapii, jímž je „vykolejení a přehození výhybek“. Říká se, že přijetí, akceptování klienta je prvním paradoxem, s nímž se klient na své terapeutické dráze setkává. Klient očekává automaticky to, s čím se setkává u sebe i u druhých (nepřijetí, neakceptování), ale u nás „naráží“ na něco jiného.

Pozitivní přístup má i kognitivně-behaviorální aspekty. Tvarujeme klientovo chování především oceňováním toho, co dělá dobře, což má dlouhodobější efekt než kritika a sankce (viz Durecová, in Vymětal, 1987) a zdůrazňujeme poznání, zvědomění, know-how praktického porozumění. Klient potřebuje mnoho věcí vysvětlit a naučit se sám používat rozumové kapacity, úsudek, běžnou logiku – to je cesta z chaosu a desorientace.

Pozitivní přístup je zakotven i v jazyce; změna je vždy také změnou v jazyce (viz Kalina, 1999). Tím, jak o světě hovoříme, si jej tvoříme. Nové označení často otevírá nové možnosti tím, že se fixuje v jazyce, stává se ustáleným, ustaluje se i změna přístupu<sup>3</sup>. Jazyk terapeuta by neměl být agresivní, negativní, zamlžující, měl by efektivně pracovat s časem, zrealňovat vztahy a pomáhat klientovi rozšiřovat svět.

Jazyk lze použít i na vyjádření terapeutovy distance, profesionálního postoje – pokud nepoužíváme spolu s klientem výhradně slang drogové subkultury, můžeme jej vysvobodit z této slangové příslušnosti a tím posílit jeho odstup od drogové subkultury a jejích zvyků.

### **Negativní přístup**

Zdroje negativního přístupu můžeme pojmenovat takto:

- 1) Předsudky** – postoje sdílené s částí společnosti např. vůči homosexuálům, HIV pozitivním, „fetákům“ atd. Jde o generalizovaný protipřenos, zabraňuje nám soustředit se na konkrétního klienta a akceptovat ho jako takového. Může být „omylem pracovního zařazení“, nebo dokonce „omylem kariéry“, takových lidí je řada a jsou třeba dobrými teoretickými odborníky nebo zanicenými výzkumníky, ale pro práci s určitým typem klientely se nehodí.
- 2) Nedostatek terapeutického realismu** – nadměrná očekávání, fantazie o vlastních velkých schopnostech, nezkušenost – vede ke zklamání klientem, pak k němu zaujímáme negativní přístup: hněváme se, jsme ukřivdění.
- 3) Vyhasnutí (vyhoření, „burn-out syndrom“)** – znamená ztrátu víry, skepsi, cynismus: můžeme být velmi dobří rutině, ale klientovi už nemáme co dát.
- 4) Profesionální ješitnost** – pěstujeme si klienta pro sebe, bráníme se ho předat, uvolnit.
- 5) Emoční zapletenost** – chceme od klienta, aby primárně splňoval některé naše potřeby, jinde neuspokojené: potřeba péče o někoho, potřeba moci, potřeba uznání, potřeba mít kamaráda, s někým si popovídat, zažít duchovní dobrodružství. Neuvědomovaný konflikt této emoční zapletenosti s rolí terapeuta je pro klienta a naši práci s ním velkou zátěží.
- 6) Zaměňování „pomoci“ a „výchovy“**: rodičování, paternalismus. Někdy způsobeno nedostatkem odborné zkušenosti a vedení, někdy jde o uspokojení zklamavých rodičovských potřeb (viz bod 5). Je často spojeno se snahou dominovat, kontrolovat, trestat, poučovat, moralizovat.
- 7) Nedostatek pozitivního přístupu k sobě samému** – nemáme dobrý vztah k sobě, a tak ho nemůžeme mít ani ke klientovi. Velmi častý problém, mezi terapeuty je mnoho lidí s depresivními sklony. Pozor na jarní a podzimní rozlady, deprese po virózách, při vleklých nemocech, chronických konfliktech atd.
- 8) Vnášení zmatku a konfliktů odjinud** – z pracovních vztahů, z rodiny, z partnerského vztahu.

<sup>2</sup> Viz Kudrle, kapitola 2/3, Psychopatologie závislosti a kodependence.

<sup>3</sup> Příklady: „negr“ versus „člověk temné pleti“ – změna v jazyce byla součástí rasové integrace v USA. „Endogenní“ psychózy versus „funkční psychózy“ – změna ilustruje posun v psychiatrii od přesvědčení o neléčitelnosti k terapeutickému optimismu. Podobně „feták“ či „toxikoman“ versus „problémový uživatel“ – „uživatel“ je neutrální slovo, neoceňuje, neodsuzuje. „Problémový“ = nabízí možnost problémy definovat a řešit.

9) Vlastní nevyřešené postoje k drogám – problém exuserů, kteří třeba dlouhodobě úspěšně abstinují a jsou sociálně dobře adaptovaní, ale na roli terapeuta to nestačí. Pravidlo: být exuserem není kvalifikace sama o sobě. Netýká se ovšem pouze exuserů, ale i bývalých experimentátorů nebo rekreačních uživatelů, kteří mají s drogou pozitivní zkušenost a nespádli do ní – mohou se cítit nad klienta povznesení, pohrdat jím, bagatelizovat jeho problémy, cítit se jím ohroženi atd. 10) Obecně nízká nebo situačně snížená frustrační tolerance, zvýšená citlivost – terapeut se cítí rychle dotčený, zraněný, nebo prostě unavený. Co se týče situací, obvykle velmi podceňujeme vlastní únavu, nevyspalost, flám předchozí noci, probíhající menstruaci, přecházení chřipky a jiné zátěže všedního dne.

Rozpoznávání a zpracování negativních přístupů je přirozenou, trvalou a důležitou částí profese terapeuta. Terapeut (nebo poradce či jiný příslušník pomáhající profese) má profesionální kodex, do něhož nepatří negativní projevy vůči klientovi, stejně jako do něj nepatří např. sexuální vztah s klientem nebo půjčování peněz. Nemůže-li terapeut zvládnout projevy klienta v rámci etického kodexu (pozitivním nebo nejvýše neutrálním přístupem) a ovládnout vlastní negativní projevy, nemůže s klientem dále pracovat. Negativní emoce, ne-

gativní prožívání klienta si však musíme připustit jako přirozené; máme na to právo, máme však povinnost to rozpoznávat a pracovat s tím.

#### Závěr

Droga ve svém důsledku vede k izolaci člověka, vytlačí nebo nahradí vztahy k lidem. Proto také v léčbě závislých tak důležitou roli hraje právě pozitivní terapeutický vztah, který je na počátku hledání změny a návratu k sobě a zpět do mezilidských vztahů. Na této cestě je však třeba o roli drogy uvažovat v širších souvislostech. Přestože má tato role mnoho obecných znaků spojovaných s tzv. závislým chováním, je třeba pracovat, resp. si být vědomi všech rovin, kterými interakce s drogou do vztahů klienta vstupuje. Thomas Szasz (1996) velmi výstižně podotýká, že dokud jsou drogy kdekoli mimo lidské tělo, jsou pouze neškodnými inertními látkami. Žádná droga nezpůsobuje problémy lidem, kteří ji neberou a je tedy naprosto nesmyslné vztahovat naši práci k droze jako látce, ale k lidem, kteří ji z nějakého důvodu začali užívat a toto užívání se pro ně stalo zdrojem problémů, které nejsou schopni sami zvládnout.

## Summary Therapeutic Relationship

The therapist-client relationship is one of effective factors of the treatment. The chapter concerns the components of a therapeutic relationship in general: empathy, congruence, authenticity, acceptance, transference and counter-transference. The therapeutic relationship in the treatment of drug addicts contains also other elements, e.g. education, counselling and client management. Factors of motivation and demotivation as well as establishing a good working alliance are also mentioned. The therapeutic relationship

gives to the client a chance of a new experience, which can become a moving force of a change and a model of new interpersonal relationships in the future. In the following part of the chapter, positive approach to the client is characterised in more detail, and also the negative approach, its background and risks are analysed.

**Key words:** acceptance – empathy – positive and negative approach – therapeutic relationship – transference and counter-transference

## Literatura

- Berne E.: Co řeknete až pozdravíte: transakční analýza životních scénářů. Nakladatelství Lidové noviny, Praha, 1997
- Kalina K.: Pozitivní a negativní přístup ke klientům. Studijní text. IPVZ, Praha, 1999
- Kalina K.: Jak žít s psychózou. 2 vydání. Portál, Praha, 2001
- Kratochvíl S.: Základy psychoterapie. Portál, Praha, 1997
- Morgan T. J.: Techniky behavioristické léčby pro poruchy spojené s užíváním drog. In: Rotgers F. a kol.: Léčba drogových závislostí. Grada publishing, Praha, 1999
- Nerad J. M., Neradová L.: Drogy a mýty. Drogová problematika z Nizozemské perspektivy. Votobia, Olomouc, 1998
- Szasz T.: Ceremoniální chemie. Votobia. Olomouc, 1996
- Thöma H., Kächele H.: Psychoanalytická praxe. Mach, Hradec Králové, 1993
- Vavrda V.: Psychoanalytická psychoterapie. In: Vymětal J. a kol.: Obecná psychoterapie. Nakladatelství J. Kocourek, Praha, 1997
- Vymětal J.: Psychoterapie. Horizont, Praha, 1987
- Vymětal J.: Rogersovská psychoterapie. Český spisovatel, Praha, 1996

Mgr. Ivana Bartošíková – Informace o autorce a kontakt viz kapitola 6/3.

PhDr. Michal Miovský, Ph.D. – Informace o autorovi a kontakt viz kapitola 3/4.

MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc. MSc. – Informace o autorovi a kontakt viz kapitola 1/1

**Klíčová slova:** behaviorální terapie – individuální terapie – psychoterapie – skupinová terapie – vypadnutí z léčby

### 1. Individuální psychoterapie

#### **Obecné charakteristiky**

Individuální psychoterapie je zaměřena na práci s jednotlivcem, probíhá tedy ve dvou a jejím hlavním prostředkem je rozhovor.

Individuální terapie se odehrává v rámci série sezení. Různé terapeutické směry definují jako optimální různou délku sezení, větší část z nich však za efektivní považuje čas od 50 – 90 minut. Frekvence setkávání se pohybuje od 1 x za 14 dní (což některé směry považují za nedostatečné), až po frekvenci 3 – 4 x za týden. V praxi rozšířený model práce je 1 – 2 x týdně. Podle celkového počtu setkání se rozlišuje (Vymětal, 1987):

1. Krátkodobá individuální psychoterapie: přibližně do celkového počtu 15 sezení v rozmezí 3 měsíců.
2. Střednědobá individuální psychoterapie: terapie trávající přibližně 3 – 6 měsíců s frekvencí 1 – 2 sezení týdně.
3. Dlouhodobá individuální psychoterapie: déle než 6 měsíců s různou frekvencí sezení

Přestože se stále vedou polemiky nad tím, v jakém vztahu k efektivitě práce je celková délka a počet sezení, není možné na tuto otázku uspokojivě odpovědět. Hlavním důvodem jsou odlišné cíle a předpokládané změny, k nimž má v průběhu terapie dojít a které se liší podle zvoleného psychoterapeutického přístupu. V důsledku toho vzniká zásadní problém ve srovnatelnosti výsledků práce terapeutů různých škol a přístupů. Z výzkumného hlediska se zde kromě obtížné srovnatelnosti stavu klientů na začátku terapie z anamnestického hlediska (rodinná a osobní anamnéza, anamnéza onemocnění či poruchy), objevují nesnáze v dosažení shody v kritériích, jimiž by bylo možné hodnotit tak obtížné oblasti jako je úroveň životních zkušeností, motivace a zralosti pro terapii atd. Je důležité si uvědomit, že různé psychoterapeutické školy mají různé teoretické pozadí a pracují tedy s různými teoretickými konstrukty, promítajícími se do diagnostiky, definování cílů, hodnocení změn i způsobu zacházení s identifikovanými problémy.

V zásadě rozeznáváme dvě různá zaměření terapeutické práce. Prvním je psychoterapie zaměřená na

*symptom*, jejímž hlavním cílem je právě ovlivnění symptomu; druhým přístupem je psychoterapie zaměřená na *osobní růst*. Ta vychází z předpokladu, že symptom je pouze projevem určité nerovnováhy a proto je třeba se zaměřit na osobnost v jejím celku a pracovat na jejím růstu. Předpokládá se, že v rámci procesu růstu dojde také k řešení původní symptomatiky, která klienta vedla k vyhledání pomoci.

#### **Možnosti a meze individuální terapie u závislých**

Individuální psychoterapie představuje jednu z možných metod léčby závislosti. Majoritní část psychoterapeutické práce je v současném systému léčebné péče soustředěna především do skupinové formy práce. Individuální psychoterapie nebývá pojmána jako zcela samozřejmá, a to nejen z důvodů spojitosti určitých problémů charakteristických pro oblast závislosti vyžadující kontext skupinové práce, ale také z důvodů větší nákladnosti na léčbu. Individuální psychoterapie vyžaduje plně erudovaného psychoterapeuta, jehož vzdělání je velmi náročné jak po stránce finanční, tak také po stránce morálních a osobnostních předpokladů. Díky tomu, že čas, který věnuje terapeut jednomu klientovi je poměrně velmi dlouhý, může jeden terapeut zvládnout práci jen s velmi omezeným počtem klientů.

Individuální psychoterapie může probíhat jak v rámci ústavní, tak ambulantní léčby. V případě lůžkové léčby vyžaduje jasně ohraničený rámec práce, který je citlivě včleněn do kontextu dalších probíhajících léčebných programů. Práce s klienty v podmínkách ústavní léčby je velmi náročná pro týmovou práci, neboť klient, který je jak ve standardním programu, tak současně v individuální psychoterapii, se ocitá ve vztahu k ostatním klientům ve zvláštní pozici. Má něco „navíc“ a jen sám pro sebe. Má něčím výjimečný vztah s někým z terapeutického týmu, což může způsobovat napětí či různé další problémy jak mezi klienty navzájem, tak mezi klienty a týmem. Při ambulantní individuální psychoterapii se můžeme s obdobnými problémy setkat např. v podmínkách denních stacionářů či doléčovacích zařízení, kde je hlavní program opět veden v duchu skupinové práce.

Ambulantní individuální psychoterapie mimo síť základních léčebných modalit (jako DS, TK apod.) se s podobnými problémy víceméně nesetkává. Má svůj vlastní řád a pravidla daná kontraktem, která jsou sdílena terapeutem i klientem.

Někdy se je možné setkat s doposud přetrvávajícím názorem, že při kvalitní práci týmu a trvalým (neměnicím se) terapeutem je uspokojena poptávka klientů po individuální psychoterapii. Tento názor však více vystihuje jinou důležitou skutečnost, kterou je skutečně kvalitně zachovávaná kontinuita práce a míra intimita a sdílení. V žádném případě však nelze tvrdit, že kvalitnější skupinová terapie a týmová práce, může v indikovaných případech nahradit individuální práci, případně zaměňovat poptávku (zájem klientů) s indikací.

### **Úrovně a typy individuální terapie**

Obecně rozlišujeme několik základních rovin individuální psychoterapeutické práce ve vztahu k potřebám klientů a aktuální situaci.

Za extrémní formu individuální psychoterapeutické práce lze považovat *krizovou intervenci*, které je věnován prostor jinde<sup>1</sup>. Ta může mít formu individuálního sezení, avšak má zcela odlišný cíl a setting.

Další formou individuální práce je tzv. *podpůrná psychoterapie*. Ta je zaměřena především na bezprostřední zvládnání zátěže, např. v průběhu pobytu na detoxifikační jednotce. Nepředpokládá se u ní příliš velká délka, ani frekvence setkání a jejím hlavním cílem je adekvátně, v souladu s potřebami a problémy klienta, mu pomoci zvládnout vysoce zatěžující situaci. Její součástí může být i práce na motivaci klienta.

Někdy v této souvislosti rozeznáváme *motivační psychoterapii*, jejímž hlavním cílem je vhodně připravit a motivovat klienta pro další léčbu.

*Systematická dlouhodobá individuální psychoterapie* je posledním popisovaným typem práce. Způsob práce a přístup je v jejím rámci dán psychoterapeutickou školou, ve které má psychoterapeut vzdělání a dále jeho zkušenostmi a schopnostmi. Není tedy možné ji obecně a přitom výstižně popsat, neboť její variabilita přesahuje možnosti této publikace.

### **Hlavní indikace individuální terapie v léčbě závislosti**

Obecně a zjednodušeně lze říci, že individuální terapie je pro tuto diagnostickou skupinu zásadně indikována ve dvou případech:

Prvním případem je situace, kdy je z nějakého důvodu vážně ohroženo zvládnutí standardního léčebného programu u klienta jinak motivovaného tento program podstoupit. Jedná se např. o klienty nacházející se v krizové situaci nevládnutelné v rámci standardního programu nebo o klienty s duální diagnózou<sup>2</sup>, která je handicapuje a výrazně zvyšuje riziko vypadnutí z programu<sup>3</sup>.

Druhým případem indikace pro individuální psychoterapii je zralost a motivovanost klienta vstoupit do terapie za účelem osobního růstu, např. ve vyšších fázích léčby, či z touhy po zkvalitnění osobního života. Ačkoli mezi profesionály v oboru existují odpůrci této indikace, poukazující na vysokou nákladnost a možnost vstoupit do takové terapie až po skončení standardního léčebného programu, je tato indikace možná a také využívaná. Domníváme se, že lze tuto indikaci považovat v případě jasně definovaného rámce za plně legitimní<sup>4</sup>.

## **2. Skupinová psychoterapie**

### **Obecné charakteristiky**

Systematická skupinová psychoterapie je léčebné působení psychologickými prostředky ve skupině osob, které využívá v různé míře skupinovou dynamiku. Skupinová dynamika je souhrnem skupinového dění a skupinových interakcí, který je vytvářen interpersonálními vztahy i interakcemi členů skupiny spolu s existencí a činností skupiny a silami z vnějšího prostředí.

Vztahy a interakce probíhají jak mezi členy psychoterapeutické skupiny navzájem, tak i mezi členy skupiny a psychoterapeutem (případně psychoterapeuty). Léčebné působení je cílené na nemoc, poruchu či anomálii osobnosti a má odstranit nebo zmírnit obtíže a podle možnosti odstranit její příčiny. Součástí psychoterapeutického procesu ve skupině je i působení ve směru reedukace a restrukturalizace osobnosti, která by měla směřovat rovněž k prohloubení sebepoznání, kdy k tomu skupinová dynamika poskytuje mnoho příležitostí.

<sup>1</sup> Viz Libra, kapitola 5/3, Krizová intervence.

<sup>2</sup> Viz Nešpor, kapitola 4/4, Psychopatologické komplikace, duální diagnózy.

<sup>3</sup> Viz Kalina, kapitola 7/6, Předčasné ukončení léčby a jeho prevence.

<sup>4</sup> Viz též Frouzová, kapitola 2/6, Psychologické a psychosociální faktory.

Podle teoretického zaměření může být akcentována léčba jedince ve skupině, léčba skupinou případně i léčba skupiny jako celku. Tyto přístupy se v praxi často střídají a prolínají. Psychoterapeutická skupina může pracovat jako uzavřená – všichni její členové začínají a končí spolu. Nebo může fungovat jako otevřená, kdy členové skupiny do ní v různou dobu přicházejí a odcházejí, přičemž mají stanovenou dobu práce ve skupině (Šimek, 1999).

Skupina dle své velikosti a zaměření pracuje s jedním nebo více terapeuty současně. Obecně lze říci, že úlohou skupinového terapeuta je zajistit a udržet skupinu se zřetelem k naplňování cílů, které byly stanoveny. Pracuje se skupinou na jejich normách a pravidlech a střeží je v průběhu celé skupinové práce. Zajišťuje, aby členové skupiny mohli využívat terapeutické podmínky skupiny a vlastní potenciál. Zaměřuje pozornost skupiny na procesy, které probíhají „zde a nyní“. Sleduje dynamiku dění ve skupině, orientuje se ve skupinovém procesu a využívá ho v práci skupiny. Také umožňuje vzrůstající nezávislost skupiny a posilování kompetencí skupiny i jejích jednotlivých členů. Současně by měl mít stále na mysli, že jde o uměle vytvořenou situaci a měřítkem úspěchu jsou teprve změny, které jsou účastníci skupiny schopni vnést do svého skutečného života.

Kratochvíl (1995) rozlišuje 10 základních účinných faktorů ve skupinové psychoterapii. Vedle samotného členství ve skupině je to emoční podpora, moment pomoci druhým, sebeexplorace a sebereprojevození, odraťování, zpětná vazba a konfrontace, náhled, korektivní emoční zkušenost, zkoušení a nácvik nového chování, získání nových informací a sociálních dovedností.

#### **Indikace skupinové terapie, kombinace s individuální terapií**

Skupinová psychoterapie bývá volena jako vhodná forma pomoci tam, kde je problém klienta spojen s mezilidskými vztahy. Skupinová terapie zaručuje větší nezávislost na terapeutovi a posiluje spíše slozku svépomoci. Člověk je založen sociálně, takže skupina více odpovídá jeho přirozenému prostředí. Tam, kde už došlo k odcizení, umožňuje skupina kromě nahlédnutí situace také možnost získat korektivní zkušenosti živým učením v chráněném prostředí skupiny. Skupina rovněž obnovuje nebo poskytuje zážitek „my“, který posiluje pocit sounáležitosti. Dochází v ní k učení se nápodobou a zvyšuje se citlivost k vnímání a porozumění

i druhým lidem. Někdy slouží skupina po určitou dobu jako náhradní vztažná skupina pro člověka, který mění svůj životní styl.

Skupinovou a individuální psychoterapii lze vhodně kombinovat (Yalom, 1999). Vhodné je rozlišovat zda se jedná o *spojenou terapii*, kdy má klient pro individuální terapii jiného terapeuta, než pro práci ve skupině. Nebo zda se jedná o *kombinovanou terapii*, kdy má klienta jak v individuální, tak skupinové terapii jeden terapeut. Yalom dále uvádí, že jednu z výhod spojené či kombinované terapie spatřuje především ve velmi efektivním *snížení fenoménu vypadnutí* (drop out) klienta z programu (skupiny)<sup>5</sup>. To má zejména v kontextu léčby závislosti samozřejmě nezanedbatelný význam, ovšem na druhou stranu to opět zvyšuje požadavky na připravenost a dobrou komunikaci v týmu.

#### **Skupinová psychoterapie v léčbě závislosti**

Při léčbě závislosti je skupinová psychoterapie poměrně hojně využívanou metodou práce. Je však vhodná jen v určitých fázích léčby. Často jí předchází individuální práce s klientem. Pro skupinovou psychoterapii je vhodné klienty adekvátně připravit a motivovat. Skupiny závislých osob mohou být součástí docházkové péče – ambulance, centra, stacionáře atd., dále probíhají v rámci dlouhodobých pobytů v léčebných zařízeních a v terapeutických komunitách. Skupinová psychoterapie bývá také důležitou součástí doléčování, kdy klienti přes den již pracují a večer se účastní doléčovacích programů. Zde pomáhá skupina klientovi v začlenění se do jeho širšího sociálního okolí nebo na přechodnou dobu pro něj je vztažnou podpůrnou skupinou.

Skupiny závislých mívají spíše charakter homogenních skupin, co se týká problematiky, jinak je smíšené složení – věk, pohlaví atd. samozřejmě žádoucí.

Způsob, jakým skupiny pracují se může značně lišit, dle zaměření terapeuta nebo dle cíle, který si skupina stanovila. Využívají se kognitivně-behaviorální techniky, dynamický způsob práce, gestalt terapie, systemické přístupy a další.

Existují pokusy o popis určitých společných rysů skupinové psychoterapie závislých (Nešpor a Csémy, 1999). Z nich jmenujme :

– Větší strukturovanost skupin závislých, kdy terapeut přebírá větší iniciativu – např. více skupinu podněcuje, motivuje ke spolupráci. Někdy, zvláště zpočátku, více

<sup>5</sup> Viz Kalina, kapitola 7/4, Předčasné ukončení léčby a jeho prevence.

pracuje s jednotlivci ve skupině, než se podaří vytvořit dostačující kohezi a než skupina začne pracovat sama. Zvláště u docházkových skupin malá strukturovanost skupin v počátcích zvyšuje tenzi, která způsobuje, spolu s nepevnou motivací, předčasné odchody klientů ze skupin.

– Obdobně mohou působit časté konfrontace v docházkové skupině. Tento způsob práce je ale naopak často praktikován při dlouhodobých léčebných pobytech, kdy slouží ke zpochybnění a rozbití (či změně náhledu) dřívějších (rizikových) postojů klienta.

– Ve skupinách závislých se také hodně pracuje s emoční podporou – zvláště v počátcích skupin, kdy klienti jsou nastavení spíše na odmítání ve vztazích a kdy jim trvá déle než se začnou cítit ve skupině bezpečně a získají důvěru. Přitom ale nemá být posilována identifikace s drogovou subkulturou, ani její pocity vylučnosti, což je někdy obtížné v homogenní skupině uživatelů drog.

– Závislí pacienti projevují také častěji tendenci „se navázat“, což může mít podobu „závislosti“ na skupině, na terapeutovi či na strukturovaném programu. Jakmile se tato vazba přeruší, mají tendenci upadat do starých stereotypů a vzorců chování. Častým doporučením pro léčení a doléčování závislých je návaznost na nějaké podpůrné skupiny – kluby, AA hnutí či jiná společenství, která tuto tendenci k závislosti dočasně nebo i trvale řeší.

– Psychoterapie závislosti je náročná a měla by být vedena terapeuti s přiměřenou přípravou a průběžnou supervizí, aby se také předcházelo syndromu vyhoření u terapeutů.

Ke skupinové psychoterapii patří také skupiny svépomocné, založené na vzájemné pomoci, často zachovávající anonymitu a poskytující bezpečné zázemí tvořené skupinou lidí, kteří sdílejí stejné zkušenosti<sup>6</sup>.

### 3. Behaviorální terapie

Behaviorální a kognitivně-behaviorální přístupy představují v oblasti léčby závislosti dominantní přístup a proto jim věnujeme samostatnou kapitolu. Důvodů k tomuto současnému stavu je mnoho, není však možné věnovat jim adekvátní pozornost v rámci této učebnice. Významné příčiny patří kromě velkého množství terapeutů hlásících se k tomuto přístupu, také publikačně bohaté zastoupení a nezanedbatelné není ani výrazné zastoupení na akademické půdě. To se pak samozřejmě promítá nejen do struktury výukových programů, ale především do rozsahu a intenzity výzkumných aktivit.

### Východiska

Behaviorální terapie vychází z konceptu teorie učení. Paradoxně však právě ve výchozí teorii učení není dosaženo konsensu, neboť kromě Pavlovy, Skinnerovy, Mowrerovy či Hullovy teorie existují i další, a vzájemné srovnání jejich významnosti a vlivu je více než obtížné. Pod pojem behaviorální terapie lze řadit široké spektrum psychoterapeutických postupů zaměřených na změnu chování klienta. Tyto přístupy vycházejí z předpokladu, že naše chování je naučené v procesu interakce s prostředím. V psychoterapeutickém procesu pak jde o odhalování (identifikaci) těchto naučených vzorců chování, hledání mechanismů jakým jsou udržovány, aby následně bylo možné nalézt možnosti a způsoby jak je změnit. Behaviorální terapie používá různé techniky a jejich působení vyhodnocuje se zřetelím, jak jsou naplňovány konkrétní terapeutické cíle, které byly stanoveny. Behaviorální terapeuti považují chování člověka za zákonité, funkční a zaměřené k dosažení určitého cíle. Pečlivou analýzou prostředí, ve kterém se chování vyskytuje a prozkoumáním zprostředkujících kognitivních procesů můžeme dle nich porozumět tomu, proč a jak se chováme. Na základě tohoto porozumění můžeme potom lépe předvídat chování a účinněji pomáhat našim pacientům dosáhnout žádoucí změny (Kratochvíl 1976).

Obecně můžeme říci, že cílem těchto terapeutických postupů je změna konkrétního chování, které brání nezávislému fungování člověka. Změna může být na úrovni fyziologické, emocionální, kognitivní i motorické. Cílem intervencí může být:

- a) Zmírnění intenzity, frekvence nebo trvání takového chování, které působí problémy pacientovi nebo jiným lidem.
- b) Vytvoření nových dovedností pacienta.
- c) Zvýšení intenzity, frekvence anebo trvání chování, které sice v repertoáru pacienta je, ale tím, že není dostatečně využíváno, působí problémy.

Konkrétní cíle léčby stanovuje terapeut spolu s pacientem, což pomáhá strukturovat léčbu a také následně umožní kontrolu toho, čeho bylo dosaženo, případně jaké omezení a specifika dosažený výsledek má.

K zakladatelům behaviorální terapie řadíme především J. Wolpeho a H. J. Eysencka. Formulace základních postulátů a vznik samostatného, jasně profilovaného terapeutického směru je vztahováno do období 50. a 60. let 20. století (viz Kratochvíl, 1976). U nás to byl v tehdejší Československu Kondáš, kdo již od 60. let pub-

<sup>6</sup> Blíže viz Vobořil a Kalina, kapitola 6/12, Svěpomocné programy.

likoval práce vztahující se k tématu behaviorální terapie pod názvem „discentná terapie“.

K výraznému obohacení přístupu pak přispělo spojení behaviorální terapie (BT) s kognitivní terapií. Kognitivně behaviorální terapie (KBT) tak v sobě integruje ovlivňování myšlení s ovlivňováním chování (Kratochvíl 1976). Z terminologického a klasifikačního hlediska je tak třeba jednotlivé směry od sebe odlišovat a vzájemně je nezaměňovat, neboť některé vycházejí z částečně odlišné terminologie a nemají ani společnou historii. Mezi kognitivní přístupy, zaměřené na ovlivňování myšlení řadíme především racionálně-emoční terapii Alberta Elise a kognitivní terapii Aaronu Becka. Za zakladatele a duchovní otce spojení kognitivní a behaviorální terapie se považuje dvojice Mahoney a Meichenbaum.

### **Základní metody behaviorální terapie**

K základním metodám behaviorální terapie patří např. *operační podmiňování* – účinné tam, kde je problémové chování časté, intenzivní a objevuje se v nevhodnou dobu. Využívá se metody zpevňování žádoucího a nezpevňování nežádoucího chování, kdy postupně dochází k jeho vyhasínání. Sem patří např. *averzivní terapie*.

Při *expozici terapii* je pacient postupně vystavován situacím, které jsou pro něj obtížné – a to buď v předstávách nebo později v přímé expozici „živě“.

Řada technik v behaviorální terapii je zaměřena na vegetativní projevy. Patří sem *relaxační postupy*, zvláště pak Jacobsonova progresivní relaxace, *biofeedback*, krátké relaxace nebo postupy zaměřené na zvládnání akutních stavů úzkosti či paniky, metody odpoutání pozornosti, *modelování* nového chování apod.

Další skupinu tvoří různé techniky, při nichž se pacient trénuje v určitém chování – *nácviky*: např. behaviorální nácviky *sebekontroly*, nácviky *asertivity* nebo zvládnání zátěže a nácviky *sociálních dovedností*.

### **Vztah k léčbě závislosti: možnosti a indikace**

Ve výčtu indikací pro behaviorální terapii jsou uvedeny kromě řady jiných poruch i závislosti. Poměrně podrobný popis behaviorální teorie léčby drogové závislosti najdeme u Rotgerse (1999). Behaviorální postupy jsou dnes využívány poměrně velmi široce v různých léčebných systémech a zařízeních pro drogově závislé. Relativně jasná a výrazná strukturovanost, poměrně výrazný efekt v prvních fázích léčby a vzájemná kompatibilita s dalšími přístupy činí z tohoto přístupu ne-

dílný prvek jak ambulantní, tak také ústavní léčby. Mnohé z léčebných modalit si bez tohoto přístupu prakticky ani nelze představit. Rovněž dle Nerada (Nerad, Neradová, 1998) se profesionální pozornost ve vysokoprahových programech přesunula směrem ke kognitivně-behaviorálním metodám, motivujícím technikám a krácení doby klinické léčby. Behaviorální techniky jsou dobře zakotveny v propracovaných teoriích vzniku závislosti a navíc jejich výsledky lze poměrně dobře empiricky ověřovat.

Jejich meze lze vnímat především v omezené míře hlubšího zpracování určitých témat, významných pro léčbu závislosti. Například pouze behaviorálními technikami zvládnutý craving (bažení) nemá sám o sobě příliš výraznou šanci pro trvalý úspěch, pokud nejsou tyto techniky kombinovány s dynamicky orientovanou terapií, schopnou propracování různých motivačních rovin, porozumění vlastnímu cravingu, schopnost s ním vnitřně pracovat atd. Obecně a zjednodušeně můžeme říci, že behaviorálními metodami v léčbě závislosti lze v relativně krátké době dosáhnout poměrně výrazných výsledků, které však bez další návaznosti a kombinací především s dynamicky orientovanými přístupy bývají spíše krátkodobé a jejich efekt se rychle vytrácí.

### **Výsledky, výzkum**

Terapeutický proces je založen na jednoduchém postulátu: „Změň následky a změní se i chování.“ Technicky se dá úspěšná manipulace s následky rozdělit do 6 kroků:

- a) popsat obecný problém v pojmech chování,
- b) určit behaviorální proměnné, včetně bližší specifikace cílového chování,
- c) vypracovat systém pro měření výchozího stavu, aby bylo možné zjišťovat změny a posuny,
- d) provádět přirozené pozorování,
- e) modifikovat existující následky,
- f) sledovat dosažené výsledky s cílem případné korekce a stabilizace.

Výzkumných studiích v oblasti účinnosti behaviorálních metod bylo provedeno výrazně více, než u jakéhokoliv jiného přístupu. Obecně se jejich výsledky z větší míry pohybují okolo údaje, který při srovnání se skupinami bez terapeutické intervence zjišťuje zlepšení přibližně u 70 % klientů v experimentální skupině. Bezpočet pokusů o srovnání behaviorální terapie s jinými přístupy však má pravděpodobně největší omezení především v rozdílné definici cílů a základních principů a pojmů. Jejich operacionalizace pro výzkumné srovnání, je jedním z největším úskalí. Pro potřeby tohoto textu pouze krátce shrnujeme, že je pro-

kázána vysoká účinnost behaviorální terapie v léčbě závislostí a to zejména v základní úrovni sledovaných oblastí (kontrola užívání, práce, bydlení, rodina, kriminalita atd.). V nich je u klientů v léčbě dosahováno významných úspěchů. Nelze však jednoznačně říci, že jsou tyto úspěchy (efekt) větší, nežli u jiných přístupů, které uvedené příklady hodnocených výstupů (výsledků) chápou pouze jako důsledky. Různě definované cíle terapie, vycházející z různých představ o příčinách lidského chování pak výrazně znemožňují výzkumné srovnávání. Z metodologického pohledu nelze pominout ani skutečnost výrazného eklekticismu v přístupech na jednotlivých pracovištích, kde se behaviorální a nebehaviorální metody a přístupy vzájemně kombinují, což jakýkoli empirický výzkum velmi ztěžuje.

#### 4. Ostatní psychotherapeutické směry v léčbě závislostí

V léčbě závislostí se objevují samozřejmě také jiné psychotherapeutické směry, nežli pouze behaviorální terapie (BT) a kognitivně-behaviorální (KBT). Mnohé z nich navíc dosahují skvělých výsledků a jsou i rozšířené ve všech typech služeb závislým lidem. To, co jsme však v předchozím oddílu 3) této kapitoly přičetli k dobru právě behaviorálnímu přístupu, musíme pro změnu vytknout přístupům ostatním. Jejich nedostatky, jež uvádíme dále v textu, mají za následek jejich menší rozšíření, znalost a využívání a zákonitě také méně časté oficiální zařazování do spektra základních programů. Jedná se o již vzpomínané nedostatečné publikační zázemí. Přestože mnohé školy mají i u nás početné zastánce (např. psychoanalýza nebo gestalt terapie), jejich publikační aktivita na poli aplikace daného přístupu v oblasti léčby závislostí je velmi malá a rozhodně nedostatečná. Ještě horší situace je v propojenosti s výukovou a výzkumnouází. Zastoupení na akademické půdě, stejně jako zapojení do výzkumných projektů je minimální. I v zahraničí lze pozorovat určitou komunikační uzavřenost jednotlivých škol a menší pohotovost a ochotu vstupovat na nejistou půdu výzkumu.

Autoři Prochaska a Norcross (1999) ve své učebnici popisují společné jádro (faktory) všech přístupů. Řadí do něj pozitivní očekávání, terapeutický vztah, Hawthorský efekt<sup>7</sup>, emoční uvolnění, objasnění a interpretace, posílení, desenzibilizace, rituály, konfrontace s problémem a nácvik dovedností. Každý z přístupů pak rozvíjí množství specifických faktorů, vázaných na teoretický koncept přístupu a rozvíjené

metody a techniky. V současnosti u nás patří k nejvíce rozšířeným a uznávaným přístupům (mimo KBT):

- hlubinná a dynamicky orientovaná psychoterapie
- humanistická psychoterapie
- rodinná a systemická psychoterapie
- hypnotické a relaxační postupy
- integrativní přístup

O žádném z nich nemůžeme v současnosti říci, že je efektivnější než jiný. Nemáme k tomu potřebné údaje. V *obecné rovině* se dlouhá desetiletí hovoří o myšlence srovnávat efektivnost jednotlivých přístupů mezi sebou. Kratochvíl (1976) v kapitole o výzkumu v psychoterapii diferencuje mezi výzkumem zaměřeným na proces a na cíl (formativní a normativní přístup) a toto pojetí rozvádí v publikaci *Psychoterapia a reedukacia* (1989). Podstatné je, že díky komplexnosti celého problému jsme nuceni pracovat s aplikací natolik simplifikovaných výzkumných modelů, že nám odpověď na otázku srovnání efektivity prozatím nemohou přinést. Klíčovým problémem je identifikace a použití adekvátních indikátorů jednotlivých oblastí změn u klienta v procesu terapie. S čím povrchnějšími (obecnějšími) indikátory pracujeme, tím zkreslenější je výsledek. Stejně tak je problémem aplikace teoretických konstruktů jednotlivých přístupů při identifikaci těchto indikátorů. Zastánci každého přístupu mají svoji představu o tom, co je dobrým výsledkem terapie, tj. k čemu má terapie směřovat, abychom ji mohli považovat za úspěšnou. Od toho se odvíjí odlišný postup zjišťování a definování, jakými indikátory lze dosahování stanovených cílů sledovat. Výsledkem pak je, že mnohé z výzkumů srovnávají nesrovnatelné. Není možné srovnávat např. efektivitu dvou přístupů, které mají odlišně definované cíle tím, že si na základě vlastního rozhodnutí výzkumného týmu zvolíme proměnné a na základě zjištěného vztahu mezi nimi budeme tvrdit, že jeden nebo druhý přístup je více nebo méně efektivní.

Tím se dostáváme k jednomu z klíčových pojmů současné psychoterapie a přeneseně též samozřejmě i programů pro závislé. Tímto termínem je *matching*, tedy otázka zařazení určitého typu klientů do vhodných programů či ke vhodným terapeutům. Z opačné strany se pak můžeme mezi psychotherapeuty občas setkat s vyhlášením typu, že ten či onen přístup je pro tu a tu diagnostickou skupinu nevhodný či dokonce nebezpečný<sup>8</sup>.

<sup>7</sup> Spočívá ve zjištěné skutečnosti, že ke změnám může u klienta docházet již jen v důsledku toho, že mu terapeut věnuje pozornost (tedy že si ho „někdo všimá, sleduje atd.“), aniž by musel probíhat jiný terapeutický proces.

<sup>8</sup> Některé publikace (např. Matoušek, 1998) jsou i v tomto duchu napsány a dokonce na základě velmi schematizujícího a extrémně zjednodušeného popisu vybraných přístupů tvrdí, že si klient vlastně „může vybrat“ terapii, která mu bude „vyhovovat“. Co však znamená to „vybrat si“ a „vhodný typ terapie“? Na to v literatuře (v rozporu s podobnými texty) neexistuje uspokojivá a jednoznačná odpověď.

Půjdeme-li o úroveň níže, tedy z roviny obecně psychoterapeutické do roviny specifických programů a služeb (např. terapeutických komunit nebo denních stacionářů) pro drogově závislé, musíme se samozřejmě stejným způsobem ptát na otázku, zda kombinace určitých technik a metod jsou v rámci daného programu pro definovanou cílovou skupinu vhodné či nikoli a proč. Prozatím jsme nuceni se přidržit obecných kritérií indikace jednotlivých typů služeb<sup>9</sup>. Pravděpodobně nejdále v současné době jsme v případě terapeutických komunit pro drogově závislé (TK). I přesto, že u této léčebné modalitě již proběhla první část projektu hodnocení kvality léčebného programu a existuje návrh na kolekci nástrojů<sup>10</sup> pro evaluaci TK, není v naší zemi aktuálně k dispozici ustálený systém sběru potřebných dat od všech poskytovatelů služeb, ani systém hodnocení a kontroly. Není tak aktuálně možné provést plošné hodnocení samotných programů TK, natož hodnocení úspěšnosti různých psychoterapeutických přístupů v jejich kontextu<sup>11</sup>. Rychlost s jakou však tato zařízení projevila o hodnocení zájem a s jakou jsou nástroje hodnocení testovány dává tušit, že v této oblasti můžeme brzy čekat první výsledky. Náskok nestátních neziskových organizací před státními zřizovateli a provozovateli různých léčebných modalit (zejména psychiatrické kliniky a léčebny) je v hodnocení kvality a efektivity ve většině případů značný.

Vedle výše uvedených skutečností je třeba zmínit, že ve všech známých psychoterapeutických školách nalézáme terapeuty, kteří svojí terapeutickou i publikační prací často přímo boří mýty o vhodnosti či nevhodnosti toho kterého přístupu. Za gestalt terapii lze uvést např. Josepha Zinkera (The Gestalt Institute of Cleveland), který v oblasti léčby závislostí platí v gestalt psychoterapii za uznávanou autoritu. Pokračovat můžeme dalším zajímavých příkladem, kterým jsou tvrzení, že analyticky orientované přístupy nejsou vhodné například při terapii poruch osobnosti (prakticky nejčastěji se vyskytující duální diagnóze při diagnóze závislosti na návykových látkách). Vedle toho máme k dispozici práce známého, publikačně plodného Uda Rauchfleische<sup>12</sup>, který se ve své úspěšné profesní kariéře analyticky orientovaného terapeuta mj. věnoval právě této diagnostické skupině. Nebo u nás dobře známý psychoanalytik Otto Kernberg, který se úspěšně psychoterapeutickou

léčbou poruch osobnosti také zabýval. Zapomenout bychom neměli ani na původní českou práci Václava Mikoty (1995), která patří mezi ojedinělé a současně kvalitní monografie na našem trhu. Autor se v ní navíc pokouší vyrovnávat právě s tématy rozdílného přístupu k léčbě závislých z hlediska psychoanalytické psychoterapie a zdařilou formou poukazuje na nedostatky stávajícího léčebného systému.

Závěrem se tak nezbyvá než omezit na konstatování, že i přes značný stupeň diferenciací přístupů a existenci různých výzkumných nástrojů, není v současnosti možné uspokojivě odpovědět na otázku, zda některý z psychoterapeutických přístupů je v léčbě závislosti efektivnější, než jiný.

<sup>9</sup> Viz Kalina, kapitola 4/8, Diagnostické závěry a indikace k léčbě, párování potřeb a intervencí.

<sup>10</sup> Projekt měl název Evaluace I. Probíhal v roce 2001 (financován RV MPK).

<sup>11</sup> Ani rozsáhlý překlad publikace Rotgerse a kol. (1999), obsahující množství zpracovaných témat, se s uvedeným problémem nedokázal vyrovnat. Na straně 12 např. autoři tvrdí, že z hlediska: „...vědecké průkaznosti efektivity jsou nejspěšnější léčebné techniky a metody rozvinuté na podkladě různých modelů teorie učení“ (Rotgers a kol. 1999, str.12). Odvolávají se přitom na dva zdroje neumožňující podobné odvážné tvrzení skutečně vědecky podložit. Jak jsme již upozornili jinde (Miovský, 2000), ani jedna z citovaných studií neumožňuje srovnání s ničím jiným, než opět se studii ve stejném přístupu.

<sup>12</sup> V českém jazyce např. Doprovázení a terapie delikventů. Albert, Boskovice 2000.

## Summary

### Main Psychotherapeutic Approaches in the Treatment of Addictions

The chapter overviews the major psychotherapeutic approaches used in the treatment of addictions: individual therapy, group therapy and behavioural approaches. General characteristic of all of them, as well as their application in the treatment of addictions, are presented. Individual therapy can be met in various forms, from crisis intervention, supportive and motivation therapy to a systematic longer-term psychotherapy. Essential indications are: 1) in the risk of dropout from a standard group treatment programme, 2) in abstaining clients in need of personal growth and tre-

atment of disorders that were masked by addiction. The group therapy in the treatment of addictions is usually more structured, it requires that the therapist is more active; techniques of confrontation but also of emotional support are used. The combination of individual and group approaches may effectively prevent the dropout. As for behavioural approaches, they are widely applied and they have been proven as effective in the drug treatment, but without a combination with dynamic-oriented psychotherapy, their effect has a short-term duration.

**Key words:** behavioral therapy – drop-out prevention – group therapy – individual therapy – psychotherapy

## Literatura

- Durecová K.: Behaviorální terapie. In: Vymětal J.: Psychoterapie. Horizont, Praha, 1987
- Kratochvíl S.: Psychoterapie. 2. vydání, Avicenum, Praha, 1976
- Kratochvíl S.: Skupinová psychoterapie v praxi. Galén, Praha, 1995
- Kondáš O., Kratochvíl S., Syříšřová E. (1989): Psychoterapia a reedukácia. Osveta, Martin, 1989
- Morgan T. J.: Techniky behavioristické léčby pro poruchy spojené s užíváním drog. In: Rotgers F. a kol.: Léčba drogových závislostí. Grada Publishing, Praha, 1999
- Matoušek O.: Potřebujete psychoterapii? PORTÁL, Praha, 1999
- Mikota V.: O ovlivňování duševních chorob. Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, Praha, 1995.
- Miovský M.: Proč psychoterapeuti tak málo zajímá výzkum? Konfrontace (Časopis pro psychoterapii, Hradec Králové), roč. 11, č. 4, str. 211 – 214, 2000
- Mudroch, D., Barker, P.: Základy behaviorální terapie. FFMU, Brno, 1996
- Nerad J. M., Neradová, L. : Drogy a mýty. Votobia, Olomouc, 1998
- Nešpor K., Csémy, L. (1999): Léčba a prevence závislostí. Psychiatrické centrum, Praha
- Praško J., Šlepecký M.: Kognitivně-behaviorální terapie depresivních poruch. Psychiatrické centrum, Praha, 1995
- Prochaska J. O., Norcross J. C.: Psychoterapeutické systémy. Grada Publishing, Praha, 1999
- Rotgers F.: Behaviorální teorie léčby drogové závislosti: věda ve službách praxe. In: Rotgers F. a kol.: Léčba drogových závislostí. Grada Publishing, Praha, 1999
- Šímek A.: Skupinová psychoterapie. Nепublikované materiály ke standardům, 1999
- Vymětal J.: Psychoterapie. Horizont, Praha, 1987
- Yalom I. D.: Skupinová psychoterapie: Teorie a praxe. Nakladatelství Konfrontace, Hradec Králové, 1999

PhDr. Michal Miovský, Ph.D. – Informace o autorovi a kontakt viz kapitola 3/4.

Mgr. Ivana Bartošřiková – Informace o autorce a kontakt viz kapitola 6/3.

**Klíčová slova:** homeostáza – kontext – symptomové chování – rodinná terapie – rodinný systém

### Východiska a vývoj rodinné terapie

Po II. světové válce vzniklo v psychoterapii hnutí aplikující poznatky ve vztahové oblasti v systémech širších než je individuum. Ukázal se léčebný význam malé sociální skupiny, což vedlo k rozvoji skupinové psychoterapie. Brzy se však zaměřila pozornost rovněž na rodinu, která je prvořadá z těchto systémů, nejvýraznější z nich a pro náš každodenní život nejmocnější<sup>1</sup>. Nový psychotherapeutický přístup, zaměřený na rodinu, se začal utvářet v 50. letech 20. století. Pohlížel na rodinu jako na jednotku, které je zapotřebí k pochopení jedince a k léčbě individuálních dysfunkcí. O vlastnostech a funkcích „normální rodiny“ se v té době mnoho nevědělo a novému přístupu chyběl příslušný výkladový rámec<sup>2</sup>. Otázky, jak rodina funguje a jak lze vůbec rodinu definovat, vzbudily zájem daleko později. Jak uvádí LaParrirová (1993), tento zájem se příznačně objevil v době, kdy se hranice rodiny a pojetí toho, co představuje rodinu, začaly měnit, tj. v 60. a 70. letech, která přinesla odbornou i společenskou diskusi o krizi rodiny a změny tradičních rodinných vzorců a fungování.

Studium rodin i přístupy rodinné terapie byly jak horizontální, tj. vycházející jak z aktuální, interakční perspektivy současné situace konkrétní rodiny, tak historické, tj. z množství hledisek a teoretických orientací.

Později začala být rodina sama vnímána jako jednotka, zapojená do různých větších systémů – ekonomických, sociálních, etnických, politických a jiných. K sociálním problémům, jako je alkoholismus, násilí, posun rodinných rolí, rodinné rituály, migrace, byly vytvořeny teorie a praktické postupy, jak intervenovat do rodin. Rodinní terapeuti intervenovali na úrovni rodiny, jejich práce však vycházela na jedné straně z odkazu individuální psychologie a psychoterapie<sup>3</sup>, na druhé straně z hledisek systémové teorie.

Následující přehled (podle Schlippeho a Schweitzera, 2001), uvádí „klasické“ směry a školy tohoto proudu

rodinné terapie, která je dnes obecně označovaná jako „systémová“ či „systemická“:

**1) Strukturální rodinná terapie** (zejména S. Minuchin) – zaměřila se na téma struktur, hranic a hierarchie v rodině. Při práci s rodinným systémem je důležité, zda jsou v rodině hranice jasné nebo difúzní, „rozmazané“, a to jak mezi jednotlivými členy rodiny, tak mezi subsystémem rodičů a subsystémem dětí.

**2) Vícegenerační koncept** (I. Boszormenyi-Nagy, H. Stierlin) – zabývá se „neviditelnými vazbami přesahujícími generace“. Upozorňuje, že chování, prožívání nebo příznaky nabývají smyslu, jestliže máme na zřeteli odkaz dřívějších generací a tážeme se, do jaké míry a za jakou cenu byl naplněn, případně byl naplnitelný.

**3) Humanistická (zážitkově orientovaná) rodinná terapie** se spojuje především s osobností a dílem V. Satirové. Satirová poukazovala na to, že sebehodnocení osoby je nepostradatelné pro kongruentní komunikaci; proto připisovala velký význam důvěryplnému terapeutickému vztahu, který je podstatnou součástí procesu změny. Její metoda rodinného sousoší (sculpturing) se dodnes standardně používá<sup>4</sup>.

**4) Strategická rodinná terapie** (J. Haley) – pojímala rodinu jako kybernetický okruh pravidel, v nichž terapeut musí způsobit změnu a odolat přitom „svádění“ ke zmatku a začlenění do rodinného systému. V rámci tohoto přístupu se začalo s hledáním jednoduchých řešení složitých problémů v rodině formou kreativních, mimořádných, často paradoxních úkolů, které dodnes zůstávají důležitým nástrojem mnoha rodinných terapeutů.

**5) Systemicko-kybernetická rodinná terapie** (Milánská škola – M. Selvini-Palazzoli a spolupracovníci) – pokoušela se o uskutečnění „kybernetického konstruktivismu“. Motivy, city, potřeby a individuální konflikt jsou pokládány za přežilé konstrukty psychotherapeutického výkladového rámce. 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>1</sup> Z hlediska širšího pohledu to ovšem neznamenalo odklon od skupinové práce a příklon k rodinné, ale rozšíření spektra zájmů a možnosti pomáhat.

<sup>2</sup> Nutno podotknout, že analytické směry se již předtím rodinou také zabývaly a už u Freuda nalézáme poznatky o vlivu vztahů s rodiči na formování osobnosti – nový směr sice na dosavadní vývoj programově navazovat nechtěl a hledal nové paradigma, z dnešního pohledu však přece jen v mnohém na psychodynamickou tradici navazoval – už proto, že většina zakladatelských osobností byla původně psychoanalyticky.

<sup>3</sup> Řada škol rodinné terapie ovšem vyvinula nemalé teoretické a terminologické úsilí, aby se od psychoterapie distancovala jako od přežilého nebo aspoň odlišného výkladového konstruktů. Pojem „rodinná psychoterapie“ se sice také používá, ale buď z neporozumění nebo pro ty směry rodinné terapie, které neopouštějí rámec klasických psychotherapeutických teorií, jako je rodinná terapie psychodynamická, behaviorální či transakčně-analytická.

<sup>4</sup> Virginie Satirová navštívila ČR v r.1978 a pak ještě několikrát, vedla zde řadu workshopů a bývá pokládána za „matku“ rodinné terapie u nás. V 90. letech byl v ČR založen vzdělávací Institut Virginie Satirové.

čovat. K základními pojmům a technikám Milánské školy patří neutralita terapeutů, paradox a protiparadox, cirkulární dotazování, technika univerzální intervence pro všechny typy problémů (invariantní předpis) a uspořádání sezení s reflexivním týmem, skrytým za jednocestným zrcadlem. Inovaci tohoto uspořádání provedl později T. Andersen, který vtáhl reflexivní tým přímo do terapeutické situace.

V 90. letech se teoretická východiska systémové rodinné terapie rozšířila o oblast (post)moderní biologie a filosofie (Maturana, Varela, Derida a jiní). Jak již bylo řečeno, většina „klasických“ technik se však stále používá.

### **Některé pojmy a hlediska užitečná pro rodinnou intervenci**

#### ***Příznak v kontextu rodiny***

Rodinná terapie přichází s odlišným nazíráním na symptomatické chování a na jeho vznik a význam.

Ve výkladových rámcích, které rodinnou terapii předcházely – tedy v pojetí L. Hoffmanové (1981) v rámci tradičně medicínském a psychodynamickém – vedla cesta usuzování o příznaku přímo neboli *lineárně* od příčin k následkům. Stejně přímá byla i cesta k odstranění těchto následků, tj. překonávání symptomatického chování. Poznání příčin neboli etiologické uvažování je v obou těchto modelech předpokladem určitého postupu, určité léčby. Za optimální léčbu je považována léčba *kauzální*, která specificky odpovídá zjištěným příčinám, jako je v medicínském modelu organická porucha nebo infekční agens. V psychodynamickém modelu se za příčiny pokládají traumata a konflikty v minulosti pacienta, jejichž poznání je pro pacienta nesnadné, protože byly zasunuty do nevědomí. Terapie je opět kauzálně zaměřena na tyto stopy v minulosti a děje se „*zpracováním*“ minulých traumatických nebo konfliktních záležitostí, což předpokládá jejich aktuální uvědomění.

Podle Špitz (1993) mají oba tyto modely společné rysy: v obou jsou symptomy pokládány za *selhání* a mají *negativní konotaci*, tj. je jim přisuzován pouze negativní význam; zdrojem selhání je pak v obou modelech jedinec, *individuum*.

Při překročení individuálního modelu k modelu interakčnímu, jak ho v praxi představila nejprve skupinová

a pak rodinná terapie, přestalo být symptomatické chování pouze negativním fenoménem, vyžadujícím odstranění. Stalo se vyvažujícím, *homeostatickým principem* v předivu vztahů mezi členy uskupení nebo rodiny. Současně se stalo něčím jiným, než přímočarou výslednicí příčinných faktorů. To bylo umožněno cirkulárním způsobem nazírání – lineární kauzalita byla nahrazena kauzalitou *cirkulární*.

V pojetí rodinné terapie je symptomatika jedince zařazena především do kontextu jejího významu v rodině a v širším sociálním prostředí. Namísto zaměření na jednotlivce a na jeho intrapsychické procesy se rodinná terapie zaměřuje na systémy, do nichž je jedinec zapojen, a na význam příznaků v nich.

#### ***Terapie a změna***

Každá terapie je určena odpovídajícím kontextem. Rodinná terapie, jak dále uvádí Špitz (1993), je v tomto smyslu založena na rozšíření tradičního terapeutického kontextu. Zabývá se jak symptomatickým chováním jako takovým, tak jeho okolnostmi, tedy kontextem, ve kterém symptomatické chování vzniká, probíhá a udržuje se<sup>5</sup>. Vztahová změna, změna kontextu, předchází v terapii změně symptomatického chování, stejně jako je kontext významný pro jeho vznik nebo udržování.

Špitz však upozorňuje, že v rodinách se symptomatickým členem znamená terapie nejen změny v kontextu kolektivním, ve vztahovém systému, ale nakonec i v individuálním chování a ve vztahu člověka k sobě samému. Jde tedy o změnu, která obvykle nastává při psychoterapii, zaměřené na intrapsychické procesy. Její dosažení je tu však dáno zcela jiným mechanismem a dostavuje se jako spontánní důsledek změny systémové.

#### ***Struktura rodiny, hranice***

„Normální“ hranice v rodině jsou jasné, určité, ale prostupné pro informace, jednání i emoce: dovolují rozhovor, spolupráci, citový vztah. Neurčitě, smazané, zcela prostupné hranice jsou vyjádřením poruchy, stejně jako druhý extrém, hranice rigidní a neprostupné (Kalina a Vančura, 1993; Kalina, 2001).

Základem rodinné struktury je *osobní hranice* každého jednotlivého člena rodiny, protože každý člen rodiny je

<sup>5</sup> L. Hoffmanová (1981) charakterizuje kontext jako „rámec, v němž se chování i poselství verbální a nonverbální komunikace stávají smysluplnými. Podobně jako je třeba hledat význam věty uvnitř textu, musí být chování – tedy i symptomatické chování – chápáno a měněno ve svém kontextu.“

zvláštní, od ostatních odlišená osobnost. To zní zdánlivě samozřejmě, ale terapeuti ze zkušenosti znají rodiče, pro něž jejich syn či dcera není samostatná bytost, ale jenom prodloužení či rozšíření jejich Já a jeho potřeb, přání a představ, a stejně tak někteří synové a dcery takto vnímají své rodiče.

Rodinná terapie si všímá především *hranic mezi rodiči a dětmi*, mezi subsystémem rodičů a subsystémem dětí. Porušení této hranice, tj. vtažení dětí do vztahu rodičů, může znamenat vážnou komplikaci ve vývoji rodiny a riziko pro zdravý vývoj jejích členů. Popisuje se např. *otevřený rozkol* se zkříženými vztahy otec-dcera, matka-syn, kde jsou děti využívány k řešení problémů rodičovského páru a k uspokojování potřeb rozdělených rodičů – jako důvěrníci, prostředníci či „náhradní partneři“. Existuje ale také *skrytý rozkol*<sup>6</sup>, dlouhodobě neřešené problémy, které jsou často tabuizované a souvisí s chaotickými vztahy, v nichž děti působí např. jako ochránci rodičů. V obou případech se porucha týká i osobních hranic jednotlivých členů rodiny. Tyto poruchy rodinné struktury jsou uváděny do vztahu k symptomovému chování.

Rodinný terapeut usiluje svými intervencemi o definování či redefinování normálních, funkčních hranic. Jedná se často o vývojový skok, kterého se rodina obává a může se změně bránit (viz např. Špitz, 1994).

### Pravidla

Pravidla jsou podstatnou částí rodinné struktury a jejího fungování. Mohou-li se změnit pravidla, může se změnit i rodinná interakce.

Satirová (1994) rozděluje pravidla v rodině do několika kategorií:

- 1) Kategorie *lidský-nelidský*: „nelidské“ pravidlo znamená, že po sobě žádáte, abyste žili podle pravidla, kterým je téměř nemožné se řídit. „Tvař se šťastně za všech okolností.“
- 2) Kategorie *zjevný-skrytý*: některá pravidla jsou skrytá, ale respektovaná. „O tom nemluv, chovej se, jako by to neexistovalo.“
- 3) Kategorie *konstruktivní-destruktivní*: příkladem konstruktivního řešení situace je např. „Tento měsíc jsme na tom špatně s penězi. Promluvme si o tom.“ Ztěžující nebo destruktivní řešení téže situace je: „O svých finančních potížích se mnou nemluv, to je tvůj problém.“

Řadu pravidel vytvářejí členové rodiny pro vlastní nebo vzájemnou ochranu, chtějí-li utajit nesprávné počínání. Například si namlouvají, že nemluví-li se o něčem, neexistuje to. Satirová zdůrazňuje, že tento postoj není účinný nikdy, pokud ti, kteří mají být chráněni, nejsou němí, hluchí a slepí. Každé pravidlo, bránící členům rodiny vyjádřit svůj názor na to, co se dělo nebo děje, je možným zdrojem pro vývoj omezené, netvořivé a neznalé lidské bytosti a tomu odpovídající rodinné situace.

Autorka doporučuje, aby se v procesu terapie zabývala rodina reflexí svých pravidel ve smyslu následujících otázek: „Jaká jsou vaše pravidla? Jak vám teď slouží? Jaké změny považujete nyní za nutné? Která z vašich současných pravidel jsou vhodná? Kterých se chcete zbavit? Jaká nová pravidla chcete utvořit? Co si o svých pravidlech myslíte? Jsou otevřená, lidská, odpovídající současné situaci? Nebo jsou uzavřená, nelidská a zastaralá?“

### Problém odporu

Změna – podobně jako krize<sup>7</sup> – je nebezpečím i příležitostí zároveň. Rodina, i když současným stavem trpí, může mít ze změny přirozené obavy, což je někdy nevhodně interpretováno jako odpor k terapii. Jak uvádějí Carpenter a Treacher (1989), terapeut může tento odpor posilovat nepřiměřenými intervencemi, například jestliže se snaží upevnit vůči rodině svou mocenskou či expertní pozici, pokouší se jí vysvětlit, že něco skrývá, uniká od problému a vlastně si nepřeje skutečnou změnu. Rodina pak může mít pocit, že jí nebylo porozuměno, že je neschopná nebo manipulovaná, a klade pak odpor vůči hledání řešení nebo terapii opustí – což je v podstatě zdravá reakce. Úkolem terapeuta není působit proti klientům – měl by jim naopak pomoci využít příležitosti změny nebo adaptovat se na změnu, která již nastává.

Řada autorů (viz např. Carpenter a Treacher, 1989; Schlippe a Schweitzer, 2001) doporučuje pojímat samotný fakt, že rodina terapii vyhledá nebo na ni přistoupí, za projev určité změny, k níž už došlo či dochází, a za předznamenání změn dalších. Terapeut by se tedy neměl zabývat tím, zda nastává či nenastává nějaká změna, ale kde, kdy nebo jaký druh změny nastává.

### Rodinná terapie u závislosti

V léčbě závislosti, stejně jako v léčení jiných psychic-

<sup>6</sup> Zde používané pojmy korespondují s termíny „marital schizm“ a „marital skew“ (Lyman C. Wynne, viz např. Simon, Stierlin a Wynne, 1984.)

<sup>7</sup> Viz Libra, kapitola 5/3, Krizová intervence.

kých a psychosomatických poruch, zatím rodinná terapie nenahradila předchozí, na jednotlivce orientovaná paradigmatu, a nestala se hlavní terapeutickou metodou. Oblast závislostí však přináší zajímavý příklad vzájemného soužití těchto dvou zdánlivě neslučitelných či konkurenčních rozměrů terapie: ukazuje, že se mohou vzájemně doplňovat ve prospěch všech zúčastněných.

Podle McKay (1999) se v rodinné terapii se závislými nejvíce uplatňují přístupy psychodynamické, behaviorální, systémové (systemické) a přístup „nemoci rodiny“, založený na psychodynamické teorii kodependence. V České republice jsou od poloviny 70. let nejznámější a nejrozšířenější různé modifikace systémového (systemického) přístupu, pružně využívající hlediska a techniky „klasických“ směrů rodinné terapie<sup>8</sup>. Jaký postup rodinné terapie je zvolen, je však často méně důležité než fakt, že je rodinná terapie použita (Podmajerský a Prillinger, 2001).

Rodinná terapie není univerzální lék, její indikace jsou však široké. Mezi zásadními indikacemi je nutné zmínit nízký věk a vysokou nezralost člena rodiny, který užívá drogy, což se týká dětí i mnoha dospívajících. Podle Friedmana (cit. in Podmajerský a Prillinger, 2001) se má účast rodičů na léčbě považovat za podmínku přijetí adolescentního pacienta do léčby. Jinou významnou indikací je selhávání klienta v léčbě, v níž je sám za sebe, jako jednotlivec, z důvodů jeho přílišného „zapletení“ do rodinných problémů, tj. situace, kdy rodina vlastně svého závislého člena neuvolní, aby se léčil (viz níže).

Věk klienta, stupeň separace, současná situace rodiny a aktuální i perspektivní potenciál vztahu rodina–klient patří k faktorům, které je třeba při indikaci rodinné terapie vždy zvážit.

Carpenter a Treacher (1989) uvádějí, že nemá cenu provádět terapii, k níž rodina přichází z donucení, když členové rodiny nevěří, že v jejich rodině existují nějaké závažné problémy nebo když v rodině není nikdo, kdo by si přál změnu. Krize v rodině však může nepřiznivou hladinu motivace změnit.

Rodinná terapie u závislých se často (i v zahraničí) provádí v zařízeních, která se zároveň zabývají léčbou,

v níž je závislý „sám za sebe“, tj. formou skupin, strukturovaných programů atd. Jak již bylo řečeno, soužití dvou pohledů a terapeutických perspektiv se může dařit a přinášet užitek, někdy však také může být zdrojem konfrontací, zmatků a bojů o klienta. Následující oddíl proto uvádí několik bodů, v nichž se v optimálním případě mohou obě terapeutické perspektivy vzájemně podporovat.

## **Průniková témata a cíle**

### **Abstinence**

Z teorie vyplývá, že by při rodinné terapii měla změna vztahového kontextu vést ke změně symptomového chování u problémového člena rodiny<sup>9</sup>, v praxi je však jasné, že rodinná terapie se závislým členem, který aktuálně užívá drogy, je značně komplikovaná. V současnosti se setkáváme s pragmatickým přístupem (viz McKay, 1999), který dosažení a udržení abstinence (nebo aspoň stabilizace užívání) pokládá za jedno z časově prioritních témat rodinné terapie. Jako řešení lze využít farmakoterapii, návštěvu programu typu „12 kroků“ atd. Logicky tedy doporučení, aby závislý člen rodiny „sám za sebe“ vstoupil do standardního léčebného programu orientovaného na abstinenci nebo substituci, může vyplynout z rodinné terapie, stejně jako indikace rodinné intervence či doporučení k rodinné terapii může vyplynout z léčby, v níž je klient „sám za sebe“.

### **„Výhody“ rodiny ze závislosti**

Rodina se závislým členem nepochybně trpí, přesto však alkoholismus nebo závislost na ilegálních drogách může mít pro rodinu určitý pozitivní význam – například oddaluje nevídané změny, chrání před zabýváním se jinými nepříjemnými problémy nebo vyhovuje osobnostním potřebám některých členů. Haley (1981) uvádí užívání drog u mladistvých a mladých dospělých do souvislosti s etapou vývoje rodiny, kdy dochází k separaci („opouštění domova“, „vylétání z hnízda“), na což rodina nemusí být připravena<sup>10</sup>. Podle jiných autorů (viz např. Skála a kol., 1987; McKay, 1999) hraje užívání návykové látky důležitou roli v rodinné homeostáze, například chrání rodinu před projednáváním odcizení rodičů nebo selhání otce v profesní kariéře. Teorie kodependence<sup>11</sup> upozorňuje, že vztah k závislému může splňovat osobnostní potřeby kodependentních členů rodiny, například potřebu ochrany, oběti,

<sup>8</sup> Viz Skála a kol., 1987; Skála, 1995. Rodinná terapie u závislých v ČR má však daleko starší tradici v Apolinářském modelu léčby – viz Skála, kapitola 7/1, Historie léčby závislostí v ČR.

<sup>9</sup> „Problémovým členem rodiny“ zde rozumíme nositele symptomů, identifikovaného klienta či pacienta. Tento pojem neznamená, že ostatní členové rodiny nemají problémy nebo je nepůsobí ostatním.

<sup>10</sup> Viz též Hajný, kapitola 2/9, Rodinné faktory vzniku, rozvoje a udržování závislosti.

<sup>11</sup> Více o kodependenci viz Kudrle, kapitola 2/3, Psychopatologie závislosti a kodependence; Hajný, kapitola 2/9, Rodinné faktory vzniku, rozvoje a udržování závislosti; Frouzová, kapitola 6/10, Skupiny s blízkými závislého; Broža, kapitola 9/2, Děti a mladiství.

moci apod. Systematický průzkum sekundárních zisků rodiny ze závislosti jejího člena (otázky typu: „Jakou roli hraje droga v rodině? Co umožňuje, komu vyhovuje, koho chrání? Co by bylo v rodině, kdyby zde nebyla droga? Co bude dělat rodina, až problémový člen přestane užívat drogy?“) mohou pomoci definovat tyto problémy a umožnit jejich řešení, což „dovolí“ problémovému členu, aby se užívání drog vzdal a/nebo ho uvolní pro vlastní léčbu.

### **Ztráty rodiny ze závislosti**

Výše uvedené teze o sekundárním zisku rodiny ze závislosti jejího člena je možné obrátit a zabývat se ztrátami a nevýhodami. Soustředění pozornosti na problémového člena rodinu vyčerpá a neumožní jí zabývat se potřebami ostatních. Často v terapii jde přímo o podporu přežití rodiny, jindy „jen“ o normalizaci rodinného života a nastolení takových pravidel, která umožní ostatním členům věnovat se sobě navzájem a sobě samým, a neprožívat trvalou frustraci svých potřeb. Tento přístup může být pro rodinu přijatelnější a často vyvolává méně záporných reakcí než přístup předchozí, protože méně staví na hypotézách o skrývaném a nevědomém. Homeostatická funkce symptomového chování se však touto strategií vlastně také oslabuje, a snížení intenzity pozornosti vůči problémovému členu a jeho příznakům může posílit jeho vlastní odpovědnost a přivést ho k léčbě.

### **Podpora v léčbě a v abstinenci**

Panuje obecná shoda v tom, že využívání rodinné terapie kromě jiného zvyšuje schopnost pacienta či klienta dokončit léčbu a zlepšuje léčebné výsledky (viz např. Boylin a spol., cit. in Podmajerský a Prillinger, 2001). To je však přínos pro klienta – jaký je přínos pro rodinu? Odpověď, že pro rodinu je dostatečným přínosem úzdava klienta, není zdaleka vyčerpávající, a může být i na hranicích etiky, jestliže terapeuti činí z rodiny pouhý pomocný nástroj terapie závislého pacienta či klienta.

Přínosem pro rodinu může být především překonání pocitů selhání, studu, viny, hněvu, obviňování a sebe-obviňování, zvýšení kompetence při zvládání problémů a posílení sounáležitosti (včetně sounáležitosti s klientem). Dále může rodina získat podporu při řešení problémů, které symptomové chování do té doby neumožňovalo řešit. V neposlední řadě přichází v úvahu zvládání nového fenoménu, který do rodiny přináší abstinenci – klinická zkušenost upozorňuje na to, že ab-

stinující člen rodiny po léčbě může svou rodinu neméně, i když jinak stresovat, než když předtím pil nebo bral drogy. Často přitom jde o změnu vžitých nebo v krizi a pod tlakem zavedených vzorců chování, jimiž rodina svému problémovému členu závislému nepřímo umožňuje<sup>12</sup> drogy užívat (nadměrnou tolerancí, přebíráním odpovědnosti, tabuizováním problému apod.), nebo k tomu přímo napomáhá.

### **Prevence**

V rodinách závislých často pozorujeme komunikační poruchy a poruchy ve vyjadřování emocí (McKay, 1999). Ať už tyto poruchy mají se symptomovým chováním jakoukoliv souvislost, rodinná terapie může napomoci jejich zlepšení. Členové rodiny si mohou osvojit přímou a otevřenou komunikaci – například nemluvit za druhého, oslovovat přímo, neskákat do řeči, naslouchat, vyjadřovat vlastní emoce a potřeby. Tím se posiluje *zdatnost rodinného systému* (Špitz, 1993), která zahrnuje rozvíjení rodinného potenciálu, styl rodinného života a obohacování rodinné interakce a komunikace. Zdatnost rodinného systému představuje preventivní (protektivní) faktor v oblasti duševního zdraví rodiny – v takové rodině se bude napříště méně dařit jakémukoliv možnému symptomovému chování, nebo její rodina bude zdařileji zvládat, pokud se objeví.

### **Malé rodinné intervence**

Ve většině zařízení pro problémové uživatele drog a závislé je rodinná terapie doplňkovým programem. Obvykle se neprovádí soustavně, nežádka pouze okrajově. Důvodem často bývá nedostatečná zkušenost a kvalifikace v práci s rodinou, obavy z přílišné zátěže a malé vztahové přehlednosti, někdy i podceňování úlohy rodiny a přeceňování vlivu, který má program na jednotlivce. Příklady „malých rodinných intervencí“ mohou ilustrovat možnosti, které nejsou uzavřeny ani pracovníkům bez erudice v rodinné terapii.

### **Práce s jednotlivcem jako členem rodiny**

Při práci s jednotlivcem je užitečný aforismus jednoho z klasiků rodinné terapie Jay Haleyho „Rodinnou terapii provádíme, i když ji neprovádíme“. Typickým příkladem je matka, která vyhledá kontaktní centrum v krizi vyvolané užíváním drog jejího dítěte. Nabízí se zde dvojí přístup:

1) Poradce může pojednat situaci jako krizovou intervencí u jednotlivce, přispět k uklidnění matky, která je v tuto chvíli jeho klientkou, posílit její schopnosti, jak

<sup>12</sup> O umožňování viz též Hajný, kapitola 2/9, Rodinné faktory vzniku, rozvoje a udržování závislosti: „Jejich chování užívání drog usnadňuje, provokuje k němu anebo se vyhýbají strategiím, které by jej korigovaly například stanovením určitých hranic.“

krizi zvládat, poskytnout informace o možnostech pomoci pro člena rodiny, který drogy užívá, a nakonec vybidnout matku, aby příště svého problémového potomka přivedla s sebou nebo ho do centra poslala, protože „jeho problémy bez něj nemůžeme řešit“. Často je taková intervence úspěšná, často však ve svých důsledcích může problémového člena rodiny od jeho vlastní návštěvy v centru odradit – může u něj vyvolat dojem, že se matka proti němu spojila s cizí institucí, stěžovala si, žalovala, vytvořila pro něj nevýhodné podmínky apod. Obdobně může zapůsobit na ostatní nepřítomné členy rodiny.

2) Poradce se může dotazovat, jak vidí problém s drogou ostatní členové rodiny včetně uživatele samotného, co pro rodinu znamená matčina návštěva v centru, co jí předcházelo a jaký může být její důsledek, případně vyzkoušet několik variant „co doma řekne, až se vrátí“. Tento v zásadě jednoduchý přístup – zařadit problém i intervenci do rodinného kontextu – může podpořit potenciál a motivaci členů rodiny krizi zvládnout a usnadnit problémovému členu rodiny vyhledání pomoci. Ani tento přístup ovšem nemusí být vždy úspěšný.

### **Zprostředkování „rodinné dohody“**

Soužití s členem, který zneužívá alkohol nebo ilegální drogy, je často na hranici nebo za hranicí únosnosti pro ostatní členy rodiny. Otázka „co máme dělat?“ adresovaná odbornému pracovišti, je zcela legitimní<sup>13</sup>. Odborní pracovníci nemohou tento problém řešit za rodinu, mohou jí však pomoci dohodnout se na podmínkách, za nichž může problémový člen vůbec v rodině dál setrvat, na pravidlech, umožňujících ostatním členům pokud možno normální fungování, a na vzájemné podpoře v dodržování dohod. Důsledné dodržování rodinné dohody často podpoří motivaci uživatele k léčbě, jindy může být nástup do léčby přímo součástí dohody.

Jinými situacemi vhodnými pro rodinnou dohodu je podpora klienta v léčbě a rovněž jeho podpora v abstinenci a změně životního stylu po léčbě. Je třeba mít na mysli, že klient, který je v péči odborného zařízení, nepřestává být členem rodiny<sup>14</sup>. Během léčby i po ní může pro něj rodina být významným zdrojem sociální podpory. „Rehabilitace rodinných vztahů“ se proto dá pokládat za významnou součást sociální rehabilitace

závislého<sup>15</sup>. Postup je pochopitelně vždy nutné zvážit podle věku klienta a aktuální situace.

### **Získání spolupráce**

Práce s rodinou není hledáním viníka ani oběti. Rodiče samozřejmě mohli v minulosti volit nebo nyní volí některé způsoby chování a řešení problému, které neprospívají jim ani dětem, ale jistě to nedělali ve zlém úmyslu. Označování viníka či obětího beránka je neúčelné, stejně tak ale není funkční přenášení odpovědnosti ze závislého na jiné členy rodiny. Je důležité ozřejmit, jak jednotliví členové rodiny problém vnímají a jak by mohli, každý svým způsobem, přispět k jeho zvládnutí. Na tom by měli spolupracovat navzájem a s terapeutem, kterým důvěřují (viz Carpenter a Treacher, 1989; Kalina, 2001; Hajný, 2001).

### **Pravidla pro komunikaci s rodinou**

Terapeuti často usilují nastolit v rodině pravidla. Prostor, kde se rodina pravidlům „učí“, však není jen vlastní prostor rodinné jednotky, ale také prostor vztahu terapeut-rodina nebo tým-rodina. Tým by si měl pro kontakt s blízkými klienta a pro sdílení informací o rodině uvnitř týmu stanovit jasná pravidla a dodržovat je, jinak hrozí, že se diskvalifikuje vůči klientovi i vůči rodině. Zde je možné nabídnout některá užitečná východiska pro vytváření těchto pravidel:

- Tým ani jeho jednotliví členové by se neměli stát „poslíčky“, doručovateli vzkazů mezi klientem a jeho blízkými.

- Člen týmu, který je v kontaktu s členy nebo členem klientovy rodiny, by s nimi neměl uzavřít „separátní kontrakt“, který by mohl poškodit základní kontrakt pracoviště s klientem<sup>16</sup>.

- Důležité informace (i nežádané), získané od rodiny, musí být předány a diskutovány v týmu; neměly by sloužit ke konfrontaci.

- V základním kontraktu s klientem pracujeme s klientovou verzí příběhu, můžeme se ho ovšem ptát na verze ostatních členů rodiny. Při práci s rodinou nasloucháme verzím všech účastníků.

- Tým nebo jeho jednotliví členové by neměli uzavřít koalici s klientem proti jeho rodině, ani bojovat s rodinou o moc a vliv na klienta.

- Je-li v rodině, v rodičovském páru nebo u jiného člena rodiny zjištěn problém, který vyžaduje odbornou

<sup>13</sup> Viz též Broža, kapitola 5/2, Poradenství u uživatelů drog; Broža, kapitola 9/2, Děti a mladiství.

<sup>14</sup> Mimořádně důležitá je „rodinná dohoda“ například při detoxifikaci probíhající v domácím prostředí, při léčbě v denním stacionáři nebo po návratu klienta do původní rodiny po dlouhodobém pobytu v terapeutické komunitě.

<sup>15</sup> Viz též Dvořák, kapitola 6/8, Sociální rehabilitace.

<sup>16</sup> Ačkoliv je rodinným intervencím a zapojení rodiny do léčby přikládán velký význam, je základní kontrakt pracoviště s klientem jako jednotlivcem (jde-li o zařízení s touto koncepcí, a takových je většina) natolik důležitý, že kontakt s rodinou nelze iniciovat ani udržovat, pokud si to klient nepřeje. Týká se to nejen klientů starších než 18 let: tento postup je do jisté míry obhajitelný i u mladistvých. Vždy se však vplatí o parametrech léčby vyjednávat a nerezignovat na práci s motivací klienta, nejen co se týče jeho vlastní léčby, ale i zapojení rodiny.

intervenci, ale přesahuje kompetence daného zařízení, je vhodné doporučit, případně zprostředkovat příslušnou péči jinde.

– Pro každou terapeutickou intervenci je důležité, aby nepřinesla nikomu zahanbení.

Obecně by se komunikace terapeutického týmu s rodiči a partnery klientů měla řídit zásadami, které uvádějí Zygmund a Boorhem (1989): autonomie (klienta, jeho blízkých i terapeuta), nepoškozování, prospěšnost, věrnost (dodržovat sliby, ctít práva druhého, diskrétnost), spravedlnost (fair play, zacházení jako rovný s rovným).

## Summary

### Family Therapy and Working with Family

The chapter puts at first an overview of background and development of family therapy (FT). There are presented key terms of FT in general: symptomatic behaviour in the family context, homeostasis, boundaries and rules in the family, principles of therapy, change and problem of resistance against change. Further, major approaches of FT in treatment of dependence are characterised and the attention is put on topics

and goals relevant both for family and the individual client. At the end, "minor family intervention" are described, e.g. work with an individual client as with a family member, mediation of a family agreement, motivation for collaboration, and rules for communication of a team and team members with the client's family are suggested.

**Key words:** context – family system – family therapy – homeostasis – symptomatic behaviour

## Literatura

- Carpenter J., Treacher A.: Problems and solutions in marital and family therapy. Billing & Sons, Worcester, U.K., 1989
- Mc Crady B. S., Epstein E. E.: Teoretické základy terapií závislostí orientovaných na rodinu. In: Rotgers F. a kol.: Léčba drogových závislostí. Grada Publishing, Praha, 1999
- Hajný M.: O rodičích, dětech a drogách. Grada Publishing, Praha, 2001
- Haley J.: Leaving home. Basic Books, New York, 1981
- Hoffman L.: Foundation of family therapy. Basic Books, New York, 1981
- Kalina K., Vančura M.: Poruchy rodinného bydlení. Kontext (časopis Společnosti pro rodinnou terapii/Institutu rodinné a systemické terapie), roč. 9, č. 2, str. 5 – 10, 1993
- Kalina K.: Jak žít s psychózou. 2. vydání. Portál, Praha, 2001
- McKay J. R.: Techniky rodinné terapie. In: Rotgers F. a kol.: Léčba drogových závislostí. Grada Publishing, Praha, 1999
- La Parriere K.: Rodinná terapie v našem nepředvídatelném světě. Kontext (časopis Společnosti pro rodinnou terapii/Institutu rodinné a systemické terapie), roč. 9, č. 4, str. 7 – 12, 1993
- Podmajerský P., Prillinger J.: Ozdravenie rodiny a jednotlivcov pri drogových závislostiach. Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholný Obzor), roč. 36, č. 3, str. 183 – 189, 2001
- Satirová V.: Kniha o rodině (z anglického originálu New Peoplemaking). Část 9 – Pravidla pro váš život. Kontext (časopis Společnosti pro rodinnou terapii/Institutu rodinné a systemické terapie), roč. 10, č. 2, str. 4 – 11, 1994
- von Schlippe A., Schweitzer J.: Systemická terapie a poradenství. Cesta, Brno, 2001
- Simon F. B., Stierlin H., Wynne L. C.: The language of family therapy. Family Process Press, New York, 1984
- Skála J. a kol.: Závislost na alkoholu a jiných látkách. Avicenum, Praha, 1987
- Skála J.: Psychoterapie osob závislých na alkoholu. In: Růžička J.(ed.): Psychoterapie II. Sborník přednášek. Triton, Praha, 1995
- Špitz J.: Úvod do rodinné a systemické orientace. Kontext (časopis Společnosti pro rodinnou terapii/Institutu rodinné a systemické terapie), roč. 9, č. 1, str. 5 – 9, 1993
- Špitz J.: Rodina v čase změn: kontext změny a změna kontextu. Kontext (časopis Společnosti pro rodinnou terapii/Institutu rodinné a systemické terapie), roč. 10, č. 4, str. 9 – 18, 1994
- Zygmund M. J., Boorhem H.: Ethic decision making in family therapy. Family Process, roč. 28, str. 269 – 280, 1989
- Dále použita nepublikovaná stať PaedDr. Michaela Chytrého (2001)

**Klíčová slova:** komunitní setkání – konfrontace – sociální učení – terapeutická komunita (TK) – TK demokratické a hierarchické

### Definice terapeutické komunity

Podle Kratochvíla (1979) je terapeutická komunita (dále TK) zvláštní formou intenzivní skupinové psychoterapie, kde klienti, většinou různého věku, pohlaví a vzdělání, spolu určitou dobu žijí a kromě skupinových sezení sdílejí další společný program s pracovní a jinou různorodou činností, což umožňuje, aby do tohoto malého modelu společnosti promítali problémy ze svého vlastního života, zejména své vztahy k lidem. Komunita je terapeutická proto, že kromě uvedené projekce umožňuje též zpětné informace o maladaptivním chování, podněcuje získání náhledu na vlastní problémy a na vlastní podíl na vytváření těchto problémů, má umožnit korektivní zkušenost a podporuje nácvik vhodnějších adaptivnějších způsobů chování.

Citovaný autor dále odlišuje TK v širším smyslu – TK jako systém, a v užším smyslu – TK jako metoda (Kratochvíl, 1995). *TK v širším smyslu* je systém organizace léčebného oddělení, ve kterém se podporuje všestranně otevřená komunikace a v němž se na rozhodování podílejí všichni členové týmu i pacienti. Významnou složkou této formy organizace jsou schůzky personálu s pacienty, při nichž dochází k výměně informací a k projednávání problémů ve vzájemných vztazích, a schůzky personálu, ve kterých se usiluje o pochopení interpersonálních procesů v léčebné jednotce a objasnění reakcí členů léčebného týmu vůči pacientům a i vůči sobě navzájem. *TK v užším slova smyslu* je psychoterapeutickou metodou, při níž se využívají modelové situace malé společenské skupiny k projekci a korekci maladaptivních interpersonálních stereotypů prožívání a chování. Při společném soužití pacientů v každodenním bezprostředním styku, kdy jsou zajištěny různorodé činnosti a možnost diferencování rolí, poskytují vzájemné interakce, problémy a konflikty určitý materiál, na němž se pacienti učí poznávat svůj podíl ve vytváření, udržování a opakování svých životních problémů a konfliktů. Současně si mohou osvojovat nové, diferencovanější a přizpůsobivější formy chování.

Do třetice slouží pojem „terapeutická komunita“ ve světě i u nás pro pojmenování různých typů zařízení, v nichž se systém i metoda uplatňují. Může to být psychiatrické oddělení nemocnice či léčebny, psychoterapeutické středisko, venkovská farma i část věznice pro vybrané delikventy.

Cílem této kapitoly je představit principy TK jako systému a metody; jejich aplikacemi v konkrétním typu zařízení pro drogově závislé se zabýváme na jiném místě této publikace<sup>1</sup>.

### Historie a vývoj terapeutických komunit

Kořeny terapeutických komunit sahají do velmi dávné minulosti a jsou velmi úzce spojeny s náboženstvím (Glaser, 1981).

Ve Svitcích od Mrtvého moře se můžeme dočíst o společenství Kumranů (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. Tato skupina působila v USA na přelomu 19. a 20. století pod vedením Franka Buchmana. Mezi základní praktiky této skupiny patřilo:

- vyznání, neboli otevřené vyznání ze svých hříchů na velkých setkáních skupiny, či na večerních setkáních,
- duchovní vedení – akceptování božské inspirace jako základního motivu chování člověka,
- změna či konverze – obrácení se, často velmi dramatické a emoční, obvykle se odehrávalo formou veřejného zážitku,
- odčinění – dělo se v duchu „Nemá cenu jen mluvit o odpuštění, pojďme pro to něco udělat.“

Oxfordskou skupinou se inspirovalo hnutí Anonymních alkoholiků, které převzalo ideje sebezpytování, přiznání si vlastních chyb, odčinění a práci pro druhé.

<sup>1</sup> Viz Adameček a spol., kapitola 8/8.

V polovině 20. století dochází k rozvoji terapeutických komunit v dnešním slova smyslu ve dvou směrech. Prvním z nich jsou komunity pro psychiatrické pacienty, které založil Maxwell Jones a komunity pro drogově závislé, spojené se jménem Charlese E. Dedericha. Oba dva typy komunit mají společné to, že se pacienti stávají aktivními účastníky ve své léčbě a podílejí se na rozhodovacích procesech v komunitě, hlásí se k demokratickým ideálům a oba dva typy uznávají sílu skupiny rovnocenných lidí. Odlišnosti jsou pravděpodobně dány především cílovou populací, pro kterou jsou jednotlivé programy určeny.

**Vývoj tzv. demokratických terapeutických komunit**  
Kolébku této linie byla Anglie během 2. světové války a krátce po ní. Prvním místem byla Northfieldská vojenská nemocnice v Birminghamu, kde pracovala řada významných osobností, zejména W. R. Bion<sup>2</sup>, S. H. Foulkes<sup>3</sup> a Tom Main<sup>4</sup>. Při popisu toho, co se v Northfieldu dělo, použil posledně jmenovaný jako první v roce 1946 termínu „terapeutická komunita“. Druhým místem je Mill Hill v Londýně, kde nezávisle na Northfieldu pracoval Maxwell Jones. Na obou místech došli k podobnému závěru: způsob, jakým pracuje celá nemocnice, se dá využít jako prostředek k léčbě. Jones se pak věnoval terapeutickým komunitám dále a právě jeho jméno je s počátkem hnutí terapeutických komunit spojováno nejčastěji. V letech 1947–1959 vedl Henderson Hospital<sup>5</sup> pro lidi s těžkými poruchami osobnosti. Bion, Foulkes a Main přišli se spoustou nových nápadů, ale Jones popsal a realizoval principy, podle nichž mohli pracovat další následovníci.

Terapeutické komunity založené dle Maxwella Jonese (nazývané demokratické) vnesly řadu revolučních pohledů do systému psychiatrické péče. Snažily se přeměnit jasně hierarchické vztahy v psychiatrii v otevřenější, demokratičtější struktury. Díky těmto komunitám vstoupilo do světa psychiatrie více jiných profesí. Dalším přínosem je poznání, že sociální organizace oddělení je právě tak důležitá jako jsou důležité terapeutické dovednosti personálu. Terapeutický přístup demokratické TK je založen na skupinové psychoterapii, zaměřený na pochopení skupinové dynamiky a na

ovlivňování postupného procesu učení. Jones vydefinoval pět zásad terapeutické komunity:

- 1) Oboustranná komunikace na všech úrovních
- 2) Proces rozhodování na všech úrovních
- 3) Společné vedení
- 4) Konsensus v přijímání rozhodnutí
- 5) Sociální učení v interakci tady a teď

#### **Vývoj tzv. hierarchických terapeutických komunit**

Prvním z těchto zařízení byl Synanon, založený v roce 1958 Charlesem E. Dederichem. Většina dnešních komunit pro závislé může najít své kořeny právě v této organizaci. Podrobné studium vývoje a rozvoje Synanonu může přinést pracovníkům TK neobyčejné poznatky v tom, co je v TK efektivní, léčivé a co je na druhé straně nebezpečné a riskantní (viz Deitch, 1981 a 1995; Glaser, 1981; Kooyman, 1993).

Synanon pracoval na základě následujících principů, z nichž řadu můžeme pokládat za dosud platné:

- komunita nabízí náhradní rodinu
- charismatický vůdce má v sobě velký terapeutický potenciál
- vytvoření systému odměňování jako základu změny
- konfrontace a frustrace jsou neoddelitelnou součástí rehabilitace
- synanonská hra jako specifický nástroj změny chování
- náboženská oddanost

Charles E. Dederich nebyl psychoanalytikem ani jiným profesionálem z oblasti duševního zdraví; byl to bývalý alkoholik a aktivní člen hnutí Anonymních alkoholiků. V Synanonu spolu žili bývalí alkoholici a závislí na drogách a vzájemně si pomáhali zůstat „čisti“, tzn. bez drog. Základním principem byla neskrývaná upřímná konfrontace s kýmkoliv z jakéhokoliv důvodu, která se odehrávala v encounterových skupinách známých jako „synanonská hra“. Na rozdíl od „encounteru“ v běžném pojetí humanistické psychoterapie<sup>6</sup> je *synanonská hra* výrazně konfrontační, často verbálně agresivní; její terapeutický potenciál spočívá v tom, že se účastníci učí nebat se vzniku konfliktu, nevyhýbat se řešení a řešit konflikt adaptivnějším způsobem. Další odlišností byla

<sup>2</sup> Bion později na základě svých zkušeností v Tavistocké klinice vypracoval teorii základních předpokladů skupin a byl jedním z nevlivnějších teoretiků psychoanalýzy poválečného období

<sup>3</sup> Průkopník způsobu terapie nazvaného skupinová analýza, zakladatel Institutu skupinové analýzy v Londýně (IGA); svou zkušenost z Northfieldu popsal v knize *Introduction to Group-Analytic Psychotherapy* (1948).

<sup>4</sup> Později ředitel významné Cassel Hospital.

<sup>5</sup> Do roku 1958 pod názvem „Social Rehabilitation Unit“ při Belmont Hospital v Surrey u Londýna. Gosář (2001) chybně uvádí jako první Jonesovu TK Melrose ve Skotsku, kde však Jones působil až později, v 60. letech.

<sup>6</sup> Encounter – z angl. „setkání“ – speciální techniky skupinové psychoterapie zaměřené na odstraňování psychických bariér a obranných mechanismů. Při interpersonální interakci se podporuje otevřenost, ochota řešit problémy, volí se přístup „zde a nyní“ Cílem těchto technik je pomoci lidem růst, prožívat radost, otevřenost a spontaneitu. Příkladem technik zaměřených na odstranění zábrán je dotýkání, křik, společný pláč. Terapeut při encounteru podporuje projevovalí emoci naplno a upřímně. V současné době je užití této metody pro léčbu někdy pokládáno za kontroverzní, protože klienti intenzivní zážitky obtížně integrují (Glosář, 2001).

*hierarchie* Synanonu. Zatímco v anglických komunitách se doktoři a sestry svých pravomocí zbavovali a sdíleli s pacienty rozhodování, Synanon vytvořil stupňovitou hierarchii týmu i klientů<sup>7</sup>. 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. Žádná pozice však nechránila před ostrou konfrontací v „synanonské hře.“

Atmosféra Synanonu byla na počátku spravedlivá a horlivá, později se však Synanon dostal do vleklé krize, uzavíral se světu, viděl okolní svět jako nepřátelský a postupně se proměnil v sektu vedenou autokratickým vůdcem, ostře odmítající jakoukoli kritiku a tvrdě napadající své odpůrce. Docházelo k mimořádnému zneužívání moci a k manipulacím. Zdrojem krize bylo především Dederichovo nezvládnutí moci a později jeho relaps<sup>8</sup>.

Na základě zkušeností ze Synanonu vznikla celá řada komunit v Americe, ale i v Evropě. Mezi nejznámější linie patří Daytop Village (1963), Phoenix House (1968), v Evropě je to Daytop v Německu, Alpha House a Phoenix House v Anglii, Emiliehoeve v Holandsku, CEIS v Itálii, MONAR v Polsku.

### **Společné znaky terapeutických komunit**

Obě hlavní linie TK se dlouho navzájem ignorovaly. Synanon a řada jeho následovníků byla provozována neprofesionály a vedena bývalými závislými, kteří na profesionály (psychiatry, psychology, psychoterapeuty) hleděli s nedůvěrou jako na někoho, kdo může máloco nabídnout – na druhé straně vedoucí psychiatrických terapeutických komunit v linii Maxwella Jonese, obvykle význační profesionálové, udržovali od „laických“ TK odstup. Ke vzájemné komunikaci, akceptování, spolupráci (např. při práci s mladými delikventy ve vězeních) a prolínání obou proudů dochází postupně od 80. – 90. let.

Co tedy mají, kromě svého jména a širšího cíle pomáhat lidem, tyto dva typy terapeutických komunit společného?

Kennard (1998) uvádí následující společné znaky: 1) neformální a otevřená atmosféra, 2) centrální místo skupinových setkání v terapeutickém programu, 3) sdílení práce na udržování a chodu komunity, 4) terapeu-

tická úloha rezidentů, 5) podíl rezidentů na moci, 6) společné hodnoty a myšlenky.

1) *Neformální a otevřená atmosféra.* Lidé jsou oblečeni neformálně, nevidíme žádné obleky, žádné uniformy. Návštěvník se ptá: „Kdo je personál?“ Schází atmosféra netečné nudy běžná v léčebnách nebo čilá výkonnost bílých pláštů nemocnic. Věci probíhají všude kolem, ne za zavřenými dveřmi. Atmosféra je neformální, možné jsou hádky, smích i slzy.

2) *Centrální místo skupinových setkání v terapeutickém programu.* Pravidelně, minimálně jednou týdně, se schází celá komunita (většinou každodenně). Jindy se schází členové v menších skupinách<sup>9</sup>. Smysl a význam těchto setkání se různí od jedné komunity k jiné. Cíle nemusí být vždy plně stanoveny nebo dokonce rozpoznány. Bez ohledu na typ komunity přesto tato setkání, zejména celé komunity, plní následující funkce: 1) Zajistit co největší sdílení informací – každý, kdo chce něco sdílet s komunitou, má účinný způsob, jak to udělat, kde to sdílet. Ostatní jsou „v obraze“ jenom díky své přítomnosti na setkání. 2) Vytvářet pocit soudržnosti a pospolitosti v komunitě – každý může sdílet nádeje a obavy, vyjádřené jiným členem komunity, i každodenní problémy a pokroky komunity. 3) Učinit otevřeným a veřejným proces rozhodování – v některých komunitách rozhodují klienti a tým společně o určitých záležitostech, které se týkají jednoho člena nebo komunity jako celku. V jiných určitá rozhodnutí dělá vedoucí komunity nebo tým společně, ale v obou případech je průběh rozhodování viditelný pro celou komunitu. To kontrastuje s „kafkovským“ způsobem mnoha institucí, kde se rozhodnutí tvoří na tajných místech a pak se předávají dolů způsobem, že příjemce se cítí bezmocný, aby jakkoliv vyjádřil svůj nesouhlas – situace dobře známá jak personálu, tak chovancům mnoha tradičních institucí. 4) Udržovat platformu pro osobní zpětnou vazbu – na skupinových setkáních na sebe lidé vzájemně reagují. Účastníci se mohou učit ne od jedné osoby, ale od mnoha. Zkouší pak být méně agresivní, vyžadující či sebeponižující. Zkouší také více poslouchat druhé a zajímat se o ně. Mohou slyšet i to, jaké změny jsou ostatním doporučovány. 5) Poskytovat nástroj, pomocí kterého členové vyvíjejí tlak na jedince, jejichž názory nebo chování jsou rušivé, rozčilující nebo pro ostatní ohrožující. Je to o trochu víc než pouhé poskytnutí zpětné vazby, kterou jedinec může přijmout nebo ignorovat. V komunitě může mít tento tlak podobu nabádání či upozorňování, ve vážnějších

<sup>7</sup> Ne plně vyhovující slovo „klient“ je v našich terapeutických komunitách nejužívanější, proto ho užíváme i zde; slovo „rezident“ se zatím příliš neujalo. Výraz „člen komunity“ v širším smyslu zahrnuje i personál.

<sup>8</sup> V r. 1978 byl Dederich s dalšími členy vedení Synanonu dokonce obžalován z vážných zločinů. Podrobněji tento poučný vývoj viz např. Kooyman (1993).

<sup>9</sup> Klienti v TK mohou tvořit jednu nebo více skupin, v podstatě má však TK vždy nejméně 2 skupiny: skupinu „klientů“ a skupinu personálu.

případech pak i podmíněného propuštění na zkušební dobu, během které se od člověka očekává, že změní určité chování<sup>10</sup>.

Společná skupinová setkání plní pět uvedených funkcí. Vedle toho se mohou v jednotlivých typech terapeutických komunit využívat různé přístupy skupinové terapie jako je např. skupinová analýza, transakční analýza, encounter skupiny, psychodrama, arteterapie a další.

**3) Sdílení práce na udržování a chodu zařízení.** Všechny terapeutické komunity nechávají část práce na klientech (rezidentech)<sup>11</sup>. Tato „obyčejná“ práce je důležitá z několika důvodů: 1) Členové se podílejí na každodenních úkolech a to jim pomáhá cítit se částí komunity. Příspěním k jejímu udržování se stávají cennými členy komunity. 2) Lidé, kteří se nikdy nenaučili vést nezávislý, zodpovědný život, mohou postupně získávat nezbytné dovednosti a důvěru k jejich využití. 3) Práce s ostatními na každodenních úkolech přináší spoustu mezilidských problémů, které mohou na skupinovém sezení zůstat „spící“. Odpor ke spolupráci s někým dalším, strach z odpovědnosti, lpění na děláni věcí vždy pouze jedním způsobem, nedostatek vytrvalosti, to vše se ukáže jasněji ve sdíleném úkolu při práci než při skupinové diskusi. Poté, co se tyto problémy projeví, mohou se na skupinovém setkání probrat.

**4) Terapeutická úloha klientů (rezidentů).** Dalším společným znakem je uznání klientů jako pomocných terapeutů, kteří komentují a ovlivňují chování a postoje. K takovému ovlivňování dochází samovolně mezi členy jakékoli komunity, dokonce i na nemocničních odděleních, ale často „neoficiální“ cestou: během jídla nebo aktivit ve volném čase. Tento neformální vzájemný vliv spoluklientů bývá mnohdy účinný. Z toho vychází jeho záměrné využití v terapeutické komunitě. Členové terapeutické komunity jsou podporováni v tom, aby brali zodpovědnost za myšlení a rozhodování nejen ve vlastních záležitostech, ale i v těch, které se týkají ostatních klientů. Někteří z nich mohou být v podobné situaci a mohou problémy porozmýšlet a také mohou prohlédnout výmluvy či přetvářku. Zkušenost s přijetím terapeutické role může zároveň pomoci rozvinout sebedůvěru a sebeúctu, která obvykle lidem s psychiatrickými

problémy schází. Klienti mohou být ve vysvětlování ostatním klientům lepší také proto, že používají obyčejný jazyk a ne žargon profesionálů.

**5) Podíl klientů na moci.** Klienti sdílejí různou měrou moc s personálem. Podílejí se na rozhodování. Rozhodnutí se mohou týkat například plánování společného programu, tvorby jídelníčku včetně nákupu potravin, využití společně našetřených peněz apod. Způsob rozhodování se může lišit podle toho, zda je komunita spíše demokratická nebo hierarchická. Podstatné je, že klienti mají skutečnou zodpovědnost za každodenní běh komunity. Důležitým a náročným úkolem pro terapeutický tým je, aby dokázal pružně reagovat na aktuální stav komunity a sám neužíval moci víc než je třeba, ale zároveň vždy tolik, aby udržel pod kontrolou destruktivní mechanismy, které jsou v terapeutických komunitách vzhledem k jejich složení téměř vždy přítomny.

**6) Společné hodnoty a myšlenky.** Hodnoty a myšlenky, které uznávají jednotlivé terapeutické komunity, se mohou dost výrazně lišit. Přesto lze uvést několik základních společných názorů: 1) Potíže jednotlivce spočívají většinou v jeho vztahu s druhými lidmi. 2) Terapie je v podstatě proces učení. 3) Všichni členové jsou si v základu rovni<sup>12</sup> – personál a klienti, profesionálové a neprofesionálové atd. 4) Samotné členství v terapeutické komunitě představuje hodnotu.

## Používání

Využití metody terapeutické komunity bylo ověřeno při práci s drogově závislými, s delikventy, s lidmi s těžkými poruchami osobnosti<sup>13</sup> i s lidmi s psychózami. Zařízení, která využívají metodu terapeutické komunity můžeme rozdělit do čtyř hlavních skupin.

**1. Přístup terapeutické komunity** – Velké instituce léčebenského typu se mohou využitím principů terapeutické komunity měnit na živější a lidštější zařízení. Tyto organizace stále zřetelně vede personál, ale jeho úloha se změnila od poručnickování směrem k vytváření atmosféry, ve které mají pacienti více důvěry a jsou vyzýváni k přebírání odpovědnosti a iniciativy.

**2. Pravé terapeutické komunity<sup>14</sup>** – Malá společenství, kde terapeutická rozhodnutí a funkce jsou sdíleny ce-

<sup>10</sup> Další podobou je vyjednání „kontraktu“ na změnu určitého chování.

<sup>11</sup> Zde jde spíše o práci, která souvisí s každodenním životem komunity, než o práci, která se týká péče o klienty.

<sup>12</sup> Tato rovnost má dvě úrovně: lidskou a psychologickou. Na lidské úrovni se jedná o víru, že bychom měli s druhými zacházet tak, jak bychom chtěli, aby druzí zacházeli s námi. Neměli bychom tedy druhé zneužívat nebo je zbytečně a přehnaně omezovat v jejich právech a svobodách. Psychologická rovnost zahrnuje poznání, že všichni členové sdílí stejné psychologické procesy. Členové týmu nejsou kompletně zdraví a klienti nejsou kompletně nemocní. Členové týmu se mohou někdy cítit našťavaně, úzkostně nebo bezradně. Klienti mohou být někdy zase pečující, tvořiví a schopní. Ani jedna strana nemá monopol na sílu či na slabost. V terapeutické komunitě mohou obě strany přiznat a ukázat kousek z té druhé. Maxwell Jones (1979) zdůrazňoval „obousměrný proces sociálního učení“ v TK.

<sup>13</sup> U poruch osobnosti jako jeden z velmi mála efektivních způsobů léčby

<sup>14</sup> v orig. „TC proper“

lou komunitou a kde je rozdíl v postavení personálu a klientů podstatně zmenšen, ovšem ne zrušen. Na poli psychiatrie to jsou ty terapeutické komunity, které vycházejí z demokratického typu Maxwella Jonese. Nejčastěji se zabývají problémy těžkých poruch osobnosti nebo sociální nepřízpůsobivosti.

**3. Bezdrogové terapeutické komunity<sup>15</sup>** – Malé soudržné komunity, ve kterých personál a rezidenti tvoří kontinuální hierarchii. Personál je často ke své práci kvalifikován tím, že jeho členové sami prošli takovou komunitou. Komunity tohoto typu se skoro výhradně zabývají rehabilitací drogově závislých a jména jako Synanon, Daytop Village či Phoenix House odkazují právě na tento druh terapeutických komunit.

**4. Alternativa léčebnám, antipsychiatrické komunity<sup>16</sup>** – Nespokojenost s konvenční psychiatrií a zájem o duchovní, morální a sociální aspekty citové nepohody vedly k rozvoji řady komunit, které nabízejí alternativu k léčbě v psychiatrické léčebně. Sdílejí určité společné znaky, mezi něž patří silná příslušnost k určité víře nebo životní filosofii a důraz na rovnocenné postavení všech členů. Obvykle se v nich neužívá žádných označení „personál“ nebo „klient“ (Kennard, 1998)

#### **Zvláštnosti terapeutických komunit pro závislé**

Terapeutické komunity pro závislé vykazují určité jedinečné prvky. Jedním z nich je to, že všichni musí dodržovat stejná pravidla, ale ne všichni mají rovná práva a povinnosti. Komunita má podobu hierarchickou, kde většinu rozhodovacích pravomocí má komunita (chod domu, přestup klientů z fáze do fáze, sankce, uzavírání a kontrola kontraktů, vyloučení z komunity, znovupřijetí klienta, atd.), stejný počet hlasů mají klienti a členové týmu. Podíl klientů (rezidentů) na moci ve smyslu spolurozhodování o terapeutické kariéře jednotlivců, přestupech, vyloučení, úprav pravidel apod. je tedy velmi značný, pokud to umožňují základní principy a zachování smyslu léčby. Tým má určité omezené pravomoci vůči komunitě, které se týkají především odborné stránky a výjimek z pravidel. Vedoucí komunity má právo veta, jak na rozhodnutí týmu, tak na rozhodnutí komunity. Další hierarchická struktura je ve skupině klientů, kteří mají rozdílná práva vzhledem k zařazení do určité fáze. Dále je hierarchická struktura dána rozdílnými právy a povinnostmi jednotlivých funkcí. Komunita má tudíž značně složitou a obsáhlou legislativu (pravidla)<sup>17</sup>, jejíž kvalita a propracovanost usnadňuje průběh všech vnitřních procesů. Nezbytným prvkem je odpovědnost, kterou necítí jenom celý tým,

ale i klienti vůči celému zařízení. V okamžiku, kdy je tento pocit odpovědnosti a jeho reálné uplatňování v chování a v celém životě komunity obsažen, stává se komunita komunitou. Je to jeden z nejproblematičtějších bodů budování komunity.

Terapie v TK se zaměřuje:

- na vývoj osobnosti a emoce,
- na chování,
- na duchovní rozměr osobnosti, etiku a společné hodnoty,
- na dovednosti přežít a být profesně zajištěn.

Tyto 4 základní složky jsou zcela nezbytné pro efektivní léčbu a resocializaci v rámci TK a prolínají veškerými aktivitami v TK. Z toho vyplývá, že se při práci se závislými v TK uplatňuje rovnocenné psychoterapie, výchova, vzdělávání, sociální práce, medicína atd.

Hodnotový rozměr je však nepostradatelný. Deitch říká, že „terapeutická komunita je místem naděje a víry:

- v to, že se můžeme vědomě změnit,
- že skupina může tento proces změny výrazně urychlit,
- že je to možné pouze prostřednictvím přijímání odpovědnosti za vlastní život, za své okolí,
- že struktura, kterou komunita nabízí, stabilizuje a ukotvuje.“

#### **Účinné faktory terapeutické komunity v léčbě závislosti**

Podle Kaliny (2000) je zdroj terapeutického potenciálu TK ve stálém napětí mezi realitou a terapií, mezi každodenním spolužitím na straně jedné a podporovaným a monitorovaným sociálním učením a nácvikem na straně druhé.

(Kooyman (1993) uvádí 15 položek tradiční filosofie TK (podrobně viz *Příloha*). Těchto patnáct faktorů TK se pokládá za nezbytné pro efektivní terapeutický proces v léčbě závislých, ale nejen u nich. Pokud některý z nich chybí, je léčba méně účinná. Účinné faktory terapeutické komunity jsou následující: 1) bezpečné prostředí pro růst, 2) jednotná filosofie, 3) terapeutická struktura, 4) rovnováha mezi demokracií, terapií a autonomií, 5) sociální učení prostřednictvím sociální interakce, 6) učení prostřednictvím krizí, 7) terapeutický dopad všech aktivit na komunitu, 8) zodpovědnost klientů za své chování, 9) zvyšování sebehodnocení

<sup>15</sup> „Drug-free TC“, v anglicky psané literatuře se užívá též pojmů „concept-based TC“ nebo „concept houses“.

<sup>16</sup> v orig. Alternative Asylum and Anti-Psychiatry Communities

<sup>17</sup> Více o pravidlech v TK viz příloha k této kapitole a dále Adameček, Richterová-Těminová a Kalina, a spol., kapitola 8/8, Rezidenční léčba v terapeutické komunitě.

vlastní práci a zažitým úspěchem, 10) zvnitřnění pozitivního žebříčku hodnot, 11) konfrontace, 12) pozitivní tlak ostatních klientů, 13) učení porozumět sobě samému a vyjádřit emoce, 14) změna negativních postojů k životu v postoje pozitivní, 15) zlepšení vztahů s původní rodinou.

### Terapeutické komunity v České republice

TK u nás vznikaly zpočátku výhradně v oblasti zdravotnictví. První oddělení na principech TK (a jedno z prvních na světě vůbec) vytvářel od r.1949 Jaroslav Skála v Apolináři<sup>18</sup>, první „klasická“ TK byla založena v roce 1954 v Lobči pro pacienty s neurózami (Knobloch). Další byly v šedesátých a sedmdesátých letech terapeutické komunity v Sadské (Hausner), v Brně (Bouchal), v Kroměříži (Kratochvíl), v Opavě (Buxbaum a Strossová), v Horních Beřkovicích (Kalina) a v Dobřanech (Horák)<sup>19</sup>.

Jaroslav Skála přizpůsobil metodu TK léčbě lidí závislých na alkoholu a dosahoval pozoruhodných výsledků. Režim byl přísnější, s řadou represivních prvků. Permisivnost vůči odchýlnému chování byla menší, větší důraz se kladl na kázeň a pořádek. Život v terapeutické komunitě měl posilovat vůli, vést k novým zájmům a činnostem, navozovat potřebné stavy přirozené euforie, naučit vypořádat se s kritickými stavy napětí, frustrace a špatné nálady bez útěku k alkoholu. Pacienti byli záměrně vystavováni zvýšené zátěži fyzické i psychické a vedeni k větší odpovědnosti za utváření vlastního osudu (Kratochvíl, 1979). Tento přístup přejala řada léčeben závislostí u nás. Pro léčbu mladších lidí s nevyzrálou osobností, závislých na drogách, nebyl ovšem tento přístup ideální, protože v něm obvykle neobstáli. S myšlenkou nabídnout novou službu těmto lidem proto zahájila v lednu 1991 svou činnost Terapeutická komunita Němčice, jejíž zakladatelé (Těminová a další) se částečně inspirovali organizacemi typu Daytop a Phoenix House.

Podstatnou zvláštností České republiky je to, že na principech terapeutické komunity je založen jeden z předních systémů výcviku v psychoterapii – SUR (Wigfall, 1999; Glosář, 2001). Tímto výcvikem prošla většina osobností, které počátkem 90. let zakládali v ČR terapeutické komunity pro závislé: zřejmě i tato skutečnost je jedním ze zdrojů specifického charakteru

TK pro závislé v ČR. Skutečně hierarchické komunity s převahou bývalých uživatelů v týmu u nás vznikaly jen velmi výjimečně a postupně se profesionalizovaly; stejně tak se v našich TK nesetkáváme s tvrdě konfrontačními encounterovými skupinami typu Synanonské hry<sup>20</sup>.

Otevřenost vzájemnému ovlivňování obou původních proudů TK odpovídá současným trendům ve světě. Uplatňování jednoho nebo druhého přístupu v „čistém“ tvaru má dnes pouze omezené uplatnění. Lidí s hraniční organizací osobnosti potřebují v demokratických TK více struktury – naopak závislí (zejména nezralí klienti a/nebo klienti s duálními diagnózami) v hierarchických TK více empatie a porozumění, ale také více kvalifikovaných profesionálů. Struktura a řád se přitom z TK pro závislé neztrácí.

Poučení historií v Synanonu, odkud se demokracie vtratila úplně, i v Emiliehoeve<sup>21</sup>, kde zpočátku chyběl dostatek struktury, a obohacení vlastní tradicí, zkušenostmi a vzděláním, můžeme se věnovat klientele v terapeutických komunitách, která je stále různorodější a náročnější.

<sup>18</sup> Protialkoholní oddělení dnešní Všeobecné fakultní nemocnice v Praze.

<sup>19</sup> TK v Lobči byla zároveň první TK v bývalých socialistických zemích. Pacientů s čistými neurózami postupně ubývalo a přibývalo pacientů s poruchami osobnosti (Kratochvíl, 1979), stejně jako v dalších TK původně založených pro léčbu neuróz (Sadská, Brno, Kroměříž). TK v psychiatrických léčebnách v Opavě, Horních Beřkovicích a Dobřanech sehrály průkopnickou roli v léčbě psychóz.

<sup>20</sup> Podrobnější zmapování vývoje TK pro závislé v ČR a současného stavu léčby v nich dosud nebylo provedeno. Přesahuje rámec této kapitoly, je však důležitým úkolem pro další práci.

<sup>21</sup> Příběh Synanonu i Emiliehoeve viz Kooyman (1993).

The principles of the therapeutic community (TC) can be applied in drug addicts, delinquents, or clients with psychotic or personality disorders. Various facilities can use the TC principles in different ways. Two major schools of TC (democratic, hierarchic) are presented in their characteristics and historical development (including the history of Synanon in the U.S.A.). During the last decades, mutual contribution of these two lines occurred and common principles can be summarised, e.g. an informal and open atmosphere, central position of group (community) meetings, therapeutic potential

of the clients themselves, sharing responsibility, power participation, etc. The TC for addicts are more structured and they put more responsibility on the clients; however, factors as support and understanding cannot be neglected particularly in the treatment of more complicated clients. In the Czech Republic there is a tradition of professional TC in the treatment of addicts and also in training of professionals: unlike in other countries, the non-professional, ex-user based TC practically do not exist.

**Key words:** community meeting – confrontation – social learning – therapeutic community (TC) – TC democratic and hierarchic

## Literatura

- Deitch D. A.: Synanon – a pioneering response in drug abuse treatment and a signal for caution. In: Lowinson H. J., Ruiz P. (eds.): Substance abuse. Clinical problems and perspectives. Williams and Wilkins, Baltimore, 1981. Překlad in: Nociar A. a kol.: Úvod do léčby drogových závislostí. Bratislava, Asklepios, 1996
- Deitch D. A.: Léčení drogových závislostí v terapeutické komunitě. Překlad in: Problematika zneužívání návykových látek. Sborník, Pedagogická fakulta UK, Praha, 1995
- Glaser F. B.: The origins of drug free therapeutic community: a retrospective history. British Journ. Addict., vol. 76, pp.13 – 25, 1981. Překlad in: Nociar A. a kol.: Úvod do léčby drogových závislostí. Bratislava, Asklepios, 1996
- Glosář: Kalina K. a kol.: Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí. FILIA NOVA, Praha, 2001
- Jones M.: Therapeutic communities, old and new. Am. J. Drug Alcohol Abuse, 1979. Překlad in: Nociar A. a kol.: Úvod do léčby drogových závislostí. Bratislava, Asklepios, 1996
- Jones M.: Why two therapeutic communities? J. Psychoact. Drugs, 1984. Překlad in: Nociar A. a kol.: Úvod do léčby drogových závislostí. Bratislava, Asklepios, 1996
- Kalina K.: Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí. Inverze/SANANIM, Praha, 2000
- Kennard D.: An introduction to therapeutic communities. 2nd ed. Jessica Kingsley Publishers, London, 1998
- Kooyman M.: The therapeutic community for addicts. Intimacy, parents involvement and treatment succes. Swets en Zeitlinger, Amsterdam, 1993
- Kratochvíl S.: Terapeutická komunita. 1. vyd. Academia, Praha, 1979
- Kratochvíl S.: Skupinová psychoterapie v praxi. Galén, Praha, 1995
- DeLeon G.: Community As a Method: Therapeutic Communities for Special Populations and Special Settings. Praeger Publ., Westport, 1997
- Standards and goals of European Federation of Therapeutic Communities. Internetové stránky: <http://www.eftc-europe.com>
- Whitfall C.: SUR a vývoj české psychoterapie. Překlad a úprava K. Kalina, 1999. Internetové stránky: <http://www.sur.cz>

### PaedDr. Martina Richterová-Těmínová

Vystudovala a získala doktorát na Pedagogické fakultě University Karlovy v Praze, obor speciální pedagogika. Absolvovala kromě jiného psychoterapeutický výcvik SUR a Mezinárodní vzdělávací program v oblasti terapie drogových závislostí (IEDATTP). Pracovní působení: nejprve pracovala ve Středisku pro mládež Praha – Klíčov, v r.1990 zakládá občanské sdružení SANANIM, s nímž je od té doby spojena její profesní dráha jako výkonná předsedkyně a odborné ředitelky, dlouhodobě

### MUDr. David Adameček

Vzdělání: 1. lékařská fakulta UK v Praze, výcvik ve skupinové analýze při České společnosti pro psychoanalytickou psychoterapii. Zaměstnání: po promoci v r. 1994 působil jako lékař v psychiatrické léčebně Červený Dvůr, od r. 1996 je ředitelem Terapeutické komunity pro drogově závislé (TKDZ) v Nové Vsi u Liberce.

těž vedla první českou terapeutickou komunitu pro závislé v Němčicích u Volyně. Spolupracovala na vývoji drogové politiky v ČR a podílela se na založení A.N.O. (Asociace nestátních organizací působících v léčbě a prevenci závislostí). Je členkou výboru Společnosti návykových nemocí ČLS JEP a členkou subkatedry návykových nemocí IPVZ.

*Kontakt: SANANIM, Novovysočanská 604a, 190 00 Praha 9 / E-mail: [office@sananim.cz](mailto:office@sananim.cz)*

Zaměření: psychoterapie, skupinová terapie, terapeutická komunita.

*Kontakt: Terapeutická komunita pro drogově závislé Nová Ves (TKDZ), Nová Ves 55, 463 31 Chrástava.*

*E-mail: [abstinence@volny.cz](mailto:abstinence@volny.cz)*

*Internet: <http://www.volny.cz/abstinence>*

**MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc. MSc. – Informace o autorovi a kontakt viz kapitola 1/1.**

1. *Bezpečné prostředí pro růst:* TK nabízí klientům možnost osobního růstu v bezpečném prostředí.

2. *Jednotná filosofie:* filosofie TK má být snadno pochopitelná, vysvětlitelná a podporovaná všemi členy komunity.

3. *Terapeutická struktura:* prostředí TK má jasnou strukturu, nejsou podávány nejasné nebo dvojznačné informace. Tato struktura nabízí klientům bezpečí a ochranu. TK má málo, ale jasných základních pravidel – TK s velkým počtem pravidel je mrtvá. Prostředí TK nabízí dostatečný tlak k učení, ale současně dostatečnou strukturu nezbytnou k tomu, aby nedocházelo k „přeorganizovanosti“. Musí být umožněno dělat chyby. Klienti se ve struktuře TK pohybují do pozic s narůstající zodpovědností podle úrovně jejich vývoje.

4. *Rovnováha mezi demokracií, terapií a autonomií jednotlivce:* v TK musí být tato rovnováha neustále udržována. Demokracií ve skupině je míněn způsob delegování moci všem osobám, aby rozhodnutím většiny přijímali rozhodnutí a řešili konflikty. Ale TK, která by delegovala všechnu moc klientům, kteří jsou oproti personálu v přesile, by se mohla stát anti-terapeutickou, vytvářet kolektivní obranu proti terapii a vyhýbat se konfliktům. Terapie je v TK povinná pro všechny a klienti se nemohou rozhodovat, zda se jí účastní nebo ne. Autonomie jednotlivce je omezena skutečností, že je součástí skupiny.

5. *Sociální učení prostřednictvím sociální interakce:* v TK probíhá sociální učení formou sociální interakce. Klient TK se nesmí izolovat. Má být aktivně vtažen a nepřetržitě dostávat informace o svém chování a postojích. Klient se učí fungovat v různých sociálních rolích. Prostřednictvím zpětných vazeb získává náhled na své chování, učí se činit rozhodnutí a přijímat důsledky svých rozhodnutí (nést za ně odpovědnost). Klienti ve vyšších fázích slouží jako modely rolí – vzory pro začínající klienty.

6. *Učení prostřednictvím krizí:* učení v TK je podporováno prožíváním krizových situací. Proces dozrávání je chápán jako série krizí, v nichž se dosavadní vzorce chování dezintegrují a po zvládnutí krize dochází k reintegraci na vyšší úrovni.

7. *Terapeutický dopad všech aktivit na komunitu:* vše, co se v TK stane, je terapie. Členové TK si musí připravovat stravu, pracovat, starat se o sebe i o dům a musí se proto učit zvládat rozličné role.

8. *Zodpovědnost rezidentů za jejich chování:* s klientem-členem TK není zacházeno jako s pacientem. Není například zbaven své normální role a pokládán za nezodpovědného za svou situaci, což jsou dle Parsonse klasické atributy role pacienta. Od klientů TK se žádá, aby si nehráli na oběť nebo nesvalovali vinu za svoje problémy na svoji závislost, druhé lidi nebo společnost. Naopak se jim

připomíná, že se dříve chovali dětinsky a neodpovědně. Klient je vnímán jako člověk, který potřebuje pomoc a musí se naučit o pomoc požádat, ale zároveň jako člověk, který může pomoci ostatním členům TK.

9. *Zvyšování sebehodnocení cestou vlastního přičinění:* sebehodnocení klienta vzrůstá tak, jak klient překonává strach z nevládnutí věcí, postupně, krok za krokem, hraním „jako že se nebojí“. Tomu napomáhá angažovanost v kreativních aktivitách a procesu výchovy a procesu výchovy v rámci TK. Zvyšující se sebehodnocení současně zmenšuje strach z neúspěchu a odmítnutí. Pomocí druhým se klient utvrzuje ve své hodnotě pro druhé, což jeho sebehodnocení rovněž posiluje.

10. *Zvnitřnění pozitivního žebříčku hodnot:* klientovi je nabízen pozitivní hodnotový systém, který klient postupně internalizuje. Učí se být čestný, konfrontovat a kritizovat negativní a sebedestruktivní chování a postoje a chápat problém jako výzvu.

11. *Konfrontace:* samotný život v TK vytváří na nově přijatého klienta obrovský tlak. Tato počáteční krizová situace navozuje podmínky pro změnu jeho chování a postojů. Klient může mít tendenci se tlaku vyhnout a tím je často z TK vytačen. Když se začne v terapeutickém procesu vyvíjet, víra v program roste a klient postupně upouští od svých obranných mechanismů. Učí se verbalizovat své vnitřní konflikty, emoce a napětí spojené s pocity viny a vlastní neschopnosti. Začne postupovat krok za krokem směrem k emoční konfrontaci s druhými. Učí se, že konfrontace není zaměřena na něj, ale na jeho chování. Zažívá kladné hodnocení svého nového chování a tím mizí i jeho strach z odmítnutí. Učí se, že proto, aby mohl být hodný lásky, nemusí být perfektní, jak si mohl myslet jako dítě.

12. *Positivní tlak vrstevníků:* stejně jako může být tlak vrstevníků jedním z faktorů vedoucích k tomu, že jedinec začne brát drogy, může pozitivní tlak vrstevníků vést k rozhodnutí žít bez drog. Klienti TK jsou konfrontováni s negativním chováním svých vrstevníků, učí se je komentovat a kritizovat a sami přijímat kritiku. Hraní oběti není odměňováno a manipulativní chování je rychle odhaleno a rázně odmítnuto. Pokročilejší slouží jako pozitivní model pro druhé.

13. *Učení porozumět sobě samému a vyjádřit emoce:* ve skupinových sezeních jsou klienti TK podporováni ve vyjadřování svých emocí. Učí se překonat svůj strach z vyjádření vlastního hněvu, strachu a bolesti, ale i zažívat a vyjadřovat pozitivní emoce jako je radost a láska, které se většinou vyjadřují mnohem obtížněji než emoce negativní.

14. *Změna negativních postojů k životu v postoje pozitivní:* většina závislých má negativní sebezpojetí ve vztahu k druhým („nejsem

hodný lásky, nepotřebuji druhé lidi, nemám právo existovat“ apod.) Může jít o negativní postoj vytvořený v raném dětství, kdy snad pomáhal přežít, ale v dospělosti je velkým handicapem. V průběhu léčby klient překonává tento handicap, mění negativní postoje k sobě samému a nahrazuje falešnou identitu identitou skutečnou.

*15. Zlepšení vztahů s původní rodinou:* vztahy s původní rodinou jsou obnoveny za pomoci personálu, jakmile skončí vstupní (inici-  
ační) fáze se zákazem kontaktů a vzájemný kontakt je opět možný. Rodiče navštěvují rodičovské skupiny (často ještě před nástupem klienta do TK). V některých případech je rodinná terapie přímo součástí léčby v TK. Ve skupinových sezeních klientů v TK se emočně zpracovávají „nevřízené účty“ s nepřítomnými rodiči.

**Klíčová slova:** sociální dovednosti – sociální integrace – sociální rehabilitace – sociální učení – změna

### Rehabilitace nebo resocializace?

Pojem rehabilitace a resocializace osob závislých na drogách je v odborné literatuře užíván značně rozporuplně. Jazykovým citem přítomně vnímáme, že jde o velmi podstatné procesy, které jsou jakýmsi „vavříkem“ léčby, neboť naplňují její vlastní smysl. Každý z profesionálů se shodne na tom, že teprve reálná konfrontace se světem mimo zdi léčeben a ambulancí ověřuje, zda klienti/pacienti dosáhli svého cíle, který zdánlivě vágně označují jako „žít normální život“.

Schuckit (1995) uvádí následující cíle rehabilitace: 1) maximalizovat fyzické a mentální zdraví, 2) zvýšit motivaci směrem k abstinenci prostřednictvím výchovy pacienta a jeho rodiny, 3) pomoci pacientovi znovu vybudovat život bez drog. Naopak Nerad (1998) používá při popisu holandského terapeutického systému Arta rozdělení na doléčování a *sociální* rehabilitaci, ve které jde o zvládnutí aspektů práce a bydlení. Schoelten (1999) rovněž hovoří o rehabilitaci sociální a uvádí ji jako předpoklad změny i u aktivních uživatelů drog. Stejně jako Nerad ji vymezuje především pracovními aktivitami a zajištěním bydlení<sup>1</sup>. Při popisu podobných intervencí užívá Nešpor (1996) pojmu sociálně orientované intervence. Ve většině odborných prací je téma rehabilitace<sup>2</sup> nebo doléčování formálně zmíněno s odkazem na „nutnou fázi celkové úzdravy závislého“.

Ještě problematičtější je používání pojmu resocializace, které v západní literatuře až na výjimky pouhé citace slova téměř nenajdeme. Dorner (1999) ji uvádí stejně tak nevynešeně, jako v naší literatuře Heller (1996), s tímž odkazem – patří k celkové úzdravě závislého. Je pravděpodobné, že termín „resocializace“ má pro pracovníky pomáhajících profesí v západních zemích stejnou negativní konotaci jako u nás. Je spojován s pojmy kontroly, režimu, převýchovy, trestu. V českých podmínkách je navíc patrná asociace s komunistickým režimem a jeho chápáním norem „správ-

ného“ a „závadového“ chování, které je potřeba změnit – nejlépe kriminálně. Např. Czapor (1981) uvádí resocializaci jako převýchovu osob s asociálními poruchami chování (delinkventi). I když víme, že poruchy osobnosti tvoří podstatnou část duálních diagnóz drogově závislých a v odborné praxi jde o velmi obtížné klienty, nejde o klientelu celou a je sporné, zda doporučovaná detence do právních institucí (Smolík, 1996) je tím nejefektivnějším nástrojem změny.

Význam „resocializace“ v tomto smyslu rovněž nepotvrdil např. jeden z největších výzkumných projektů v oblasti substituční léčby „Prove“ realizovaný ve Švýcarsku (Nerad, 1998, Zábranský, 1999). Projekt ukázal extrémní snížení kriminality, dluhů a nezaměstnanosti, což jsou společensky nejviditelnější aspekty těchto poruch osobnosti, a to bez jakýchkoli výchovných či převýchovných intervencí. Konkrétní výsledky získané na základě výpovědi klientů a srovnávané s oficiálními statistikami jsou více než výmluvné: ilegální či poloilegální příjmy před vstupem do studie tvořily 79 %, po 18 měsících preskripce drog však klesly na pouhých 10 %. Žádný z účastníků studie neskončil ve vazbě či výkonu trestu. Nikoli tak dramaticky výrazné, ale rovněž výmluvné je srovnání zaměstnanosti (včetně pobírání důchodu). Z účastníků studie bylo při jejím zahájení 44 % bez zaměstnání či důchodu, po 18 měsících kleslo toto číslo na 20 %. Finanční dluhy nemělo před vstupem do studie pouhých 15 %, po 18 měsících se počet zvýšil na 34 %.

Z výše uvedených důvodů je účelné pojmy rehabilitace a resocializace nahrazovat pojmem *sociální rehabilitace*<sup>3</sup>, který má oporu v mezinárodní odborné terminologii a v praxi v západních zemích, je v souladu s pojetím drogové závislosti jako nemoci neopomíjející její významné sociální příčiny i následky (bio-psycho-sociální model) a v neposlední řadě zdůrazňuje kontinuitu psychosociálních a sociálních změn v celém procesu léčby a péče.

<sup>1</sup> Viz Dvořák, kapitola 8/9, Chráněné bydlení a chráněná práce.

<sup>2</sup> Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí (Kalina a kol., 2001 – dále Glosář) definuje „rehabilitaci“ jako proces, ve kterém se jedinec... snaží dosáhnout optimálního zdravotního a psychického stavu, obnovy nebo náhrady ztracených či omezených schopností a dovedností a dobrého sociálního fungování. V klasickém medicínském modelu následovala rehabilitace až po skončení léčby, což je schéma odvozené spíše z chirurgických oborů a nehodí se pro řadu jiných stavů včetně duševních nemocí.

<sup>3</sup> Glosář (2001) se pokouší oživit pojem „resocializace“ s tím, že uvádí u hesla i anglický ekvivalent „social rehabilitation“. V pojetí Glosáře lze teoretické východisko resocializace/sociální rehabilitace odvodit z bio-psycho-sociálního modelu závislosti: zatímco léčba a rehabilitace se zaměřuje na somatická a psychická poškození, resocializace/sociální rehabilitace umožňuje získání potřebných sociálních znalostí a dovedností. Hranice mezi léčbou, rehabilitací a resocializací/sociální rehabilitací je však otevřená, všechny tři typy intervencí spolu úzce souvisí a vzájemně se podmiňují.

Pojetí sociální rehabilitace jako komplementární součásti každého typu služeb v procesu uzdravy je novým prvkem. Dříve byly tyto metody vnímány jako služba následující po léčbě, je však možné a potřebné je poskytovat aktivním uživatelům drog, klientům v substituční léčbě i v „abstinenčních“ programech. Důležitým momentem je adekvátnost typu služby vzhledem k potřebám, resp. možnostem daného člověka (Glosář, 2001).

### Předpoklady změn

Cílem sociální rehabilitace je *(re)integrace závislého do společnosti prostřednictvím (znovu)nabytých sociálních a profesních dovedností a podpůrného sociálního prostředí a vztahů*. V individuálně psychologickém pohledu pak tyto skutečnosti ovlivňují (znovu)nabytí sebeúcty a kompetence vést život v běžné společnosti.

Takovéto vymezení umožňuje pracovat s dílčími a pro některé klienty postačujícími cíli, které si jednotlivé „terapie“ kladou. Substituční léčba může být pro určité klienty stejně efektivním hlavním nebo paralelním nástrojem k integraci jako psychoterapie, kognitivně behaviorální trénink, prevence relapsu nebo svépomocná skupina.

Klíčovým tématem je zvládnutí sociálních rolí, které umožňují úspěšné začlenění do společnosti. Znamená to nabídnout takový prostor k sociálnímu učení, který individuální deficit obnovuje, znovuvytváří, anebo v některých případech vytváří poprvé. Můžeme sice vyabstrahovat určité společné znaky sociální devalvace anebo nedostatečných sociálně potřebných dovedností drogově závislých, míra a formy intervencí jsou však individuálně velmi odlišné.

Respektováním těchto odlišností a jejich správným vyhodnocováním zvyšujeme šance na úspěch změn, o které nás klient žádá. Bez těchto předpokladů dáváme prostor další traumatizaci neadekvátními nároky, podmínkami či terapeutickými postupy, na které klient nestačí a mohou vést jen k další retraumatizaci léčbou (Vos, 1997)<sup>4</sup>.

Fromm (1992) říká, že k tomu, abychom mohli osobnostně růst, potřebujeme přiměřené nejistoty. Vydat se za svobodou nás samých obsahuje riziko neúspěchu. Pro řadu těžce a dlouhodobě závislých, kteří jsou handicapováni špatnou výbavou rodiny, mají narušeny i prvotní aspekty socializace člověka, je představa opuštění „někdy jedině a zraňující jistoty“, jakou je uží-

vání drog, v danou chvíli nepředstavitelná a zúzkostňující. Změnit identifikace se sebou samým v roli „feťáka“ – tj. tím, co umím, co znám, kam patřím, čím mohu odrazovat či poutat pozornost druhých, znamená najít nová místa jistot, nové úspěchy a bezpečí. Právě prožitek přijetí bez nároku na změny chování, tato elementární pozitivní sociální reflexe, která je zejména v kontaktu v nízkoprahových centrech více než nutností, je oním prvním předpokladem ke změnám. Teprve po této „nabídce“ můžeme později přikročit k vytváření strukturovaného prostředí, a k tréninku dovedností potřebných k zvládnutí sociálních rolí. Svým způsobem tedy sociální rehabilitace předchází léčbu, tvoří pro ni základnu a v různých formách a podílu zastoupení provází klienta celým procesem léčby a následné péče.

### Socializace a sociální rehabilitace

Sociální role jsou jedním z ústředních prvků socializace člověka. Člověk si v průběhu osobnostního a sociálního vývoje postupně osvojuje řadu kulturních a společenských hodnot a norem, způsoby jednání a komunikace, význam a „výkon“ sociálních rolí apod. Nejpodstatnější etapa se odehrává v rodině. Je-li cílem socializace úspěšný člověk ve společnosti, obsahy i formy interakcí, kdy je žádané chování posilováno odměnami, nežádoucí trestáno (včetně forem, kdy trestem je i neposkytnutí odměny), musí odpovídat potenciálu a vývojevým možnostem. Dítě (a nejen dítě) přebírá různé vzorce chování v procesu sociálního učení napodobováním významných osob a zvnitřněním určitých hodnot.

Rozhodujícím aspektem sociálního učení je „ego-vztažné“ učení (Nakonečný, 2000), kdy se člověk snaží vytvářet situace a chovat se tak, aby zvýšil svoji kladnou sociální hodnotu a naopak se vyhýbal těm situacím a projevům, které vedou k jeho ponížení. Různé typy chování vztažných osob a způsoby preferování určitého sociálního vlivu pak určují nejen kvalitu socializace, ale i osobnosti a jejího prosociálního jednání. U dítěte jde především o vliv rodičů – a jaký náboj tento vliv může mít, lze ilustrovat na zjednodušených charakteristikách rodičovských protipólů: rodič hostilní a trestající versus rodič pečující a přiměřeně frustrující.

V sociálních interakcích a rolích, které člověk postupně přebírá a přijímá, si vytváří vlastní obraz sebe sama, vlastních schopností i identity – v zdravě orientovaném vývoji se tento proces integruje v období dospívání a rané dospělosti.

<sup>4</sup> V této publikaci viz Kudrle, kapitola 2/7, Trauma a závislost.

Positivní vztah k sobě samému rovněž určuje míra interní a externí kontroly, tedy to, jak je člověk schopen samostatně ovlivňovat a řešit sociální situace. Najít rovnováhu vlastní seberealizace a sociálních požadavků prostředí je významným mezníkem socializace, neboť dospělý se od dítěte žádajícího okamžité uspokojení odlišuje i sebeovládáním – sebekontrolou.

Aby byl naplněn cíl socializace, kterým je podle Bandury (cit. in Bertrand, 1998) nahrazení externích sankcí interní kontrolou, což můžeme parafrázovat na frekventovaný pojem sebeúčinnosti používaný v prevenci relapsu (Wanigaratne, 2000), je tedy potřeba řady procesů. Optimální cesta socializace tudíž zahrnuje:

- 1) prosociálně orientované zdroje a opory socializace – rodina, autority, přátelé, formální i neformální skupiny a společnosti,
- 2) přiměřeně odměňující a frustrující způsoby interakcí se všemi relevantními osobami a systémy.

Sociální rehabilitace usiluje o vytvoření vhodného vztahového pole, které tyto předpoklady primární socializace kumuluje, modeluje a rozvíjí. Důležité je rovněž zaměření na rodinu, aby mohla – pokud je to vůbec možné – znovu a aspoň na potřebnou dobu převzít úlohu přirozeného zdroje sociální podpory a socializačního prostředí.

### Procesy sociální rehabilitace

Z anamnestických zpráv drogově závislých vidíme, že k narušení socializace dochází na různých vývojových etapách jejich života. Maladaptivní strategie chování a vztahování se k vlastní osobě a vůči druhým sahají u mnohých k nejranějšímu dětství. Některé analyticky orientované teorie hovoří o úzké vazbě mezi neuspokojením základních vývojových potřeb dítěte jako je bazální důvěra vůči světu a závislostí na „uklidňujících drogách“ jako je heroin, úzkost rozpouštějící léky nebo alkohol.

Poskytnout novou korektivní zkušenost je především úkolem skupinové terapie<sup>5</sup>. Skupinová práce však není jen psychoterapie ohraničená časem daného setkání. Jde o širokou paletu možností, kterou práce ve skupině nabízí. Ilustrativní je tomto ohledu především terapeutická komunita<sup>6</sup>. Denní program ohraničený určitými pravidly a strukturovaných do určitých bloků vytváří jistotu a předvidatelnost sociálního prostoru stejně jako je prostředkem k sociálnímu učení a vytvá-

ření vlastní vnitřní struktury a řádu. Pracovní terapie je prostředkem pro získání nových pracovních dovedností, zvládnání běžných nároků práce, ale i prostředkem pro obnovu pozitivního sebehodnocení a prožitků úspěchu. Současně může sloužit i jako „materiál“ ke skupinové terapii – např. zvládnání konfliktů v práci. Skupinová práce vytváří mnohaúrovňové interpersonální učení, které zpětně ovlivňuje formy chování daného jedince a rozvoj jeho sociálních dovedností. Aby však k takovému procesu mohlo dojít, musí klient zažívat pocit spolupatříčnosti a emoční podpory.

Sociální aspekty celého procesu změn se s aspekty psychologickými navzájem ovlivňují a překrývají. Je rozporuplné zažívat pozitivní sociální reflexi bez vlastního pozitivního sebehodnocení. Typická může být například psychoterapeuticky využívaná technika hraní rolí, která kromě sebezobcovací a interpersonální hodnoty může být použita i jako trénink sociálních dovedností zaměřený např. na rozvoj komunikačních dovedností. Zde (znovu)nabyté dovednosti posilují pozitivní sebehodnocení a současně vytvářejí lepší předpoklady k zvládnání různých sociálních situací a vztahů. Podle Shamila Wanigaratne (2000) zaujímají právě interpersonální konflikty s partnery, přáteli, spolupracovníky a zaměstnavateli druhé pořadí mezi spouštěči relapsů.

Sociálně rehabilitační procesy lze implementovat na modely změn chování dle Prochasky a DiClementeho (1986). Sociální učení, které v nich probíhá prochází rovněž řadou etap a změn. Zdánlivě nesouvisející otázky týkající se zaměstnání, sociálního zázemí, způsobů trávení volného času apod., musí rovněž projít kognitivními procesy disonance, rozhodování a zpevnování postojů a chování posilující vlastní sociální hodnotu, tedy do tzv. *udržovací fáze*. Pro ni je typické zvládnutí ambivalentního postoje ve vlastních projevech, vytvoření dovedností k rozpoznání a zvládnání situací osobní devalvace a vytvoření potřebných dovedností souvisejících se změněným životním stylem.

Délka a způsoby konkrétních intervencí souvisí s hloubkou a šíří změn, které jsou individuálně odlišné. Nejčastější okruhy problémů spojených se sociální rehabilitací zpravidla obsahují:

- narušenou nebo neexistující síť blízkých vztahů a naopak dlouhodobou nebo závislostí „zablokovanou“ schopností blízké vztahy vytvářet, udržet a rozvíjet
- nedostatečné sociální dovednosti v oblasti komunikace, vyjadřování emocí a „adekvátního“ sebeprosazení

<sup>5</sup> Viz Miovský a Bartošiková, kapitola 6/5, Hlavní psychoterapeutické přístupy v léčbě závislosti.

<sup>6</sup> Viz kapitoly o terapeutické komunitě: 6/7 a 8/8.

- nízké vzdělání a malé nebo žádné profesní dovednosti a návyky
- právní a finanční problémy a nízký socioekonomický statut
- životní styl poskytující nedostatek příležitostí k pozitivnímu sebehodnocení a sociálnímu ocenění

K ilustraci konkrétního postupu uvádíme závěrečná doporučení tematicky orientované skupinové práce zaměřené na otázky zaměstnání (Svépomocný manuál, 2000 – viz příloha k této kapitole).

Kombinace poradenských, tréninkových a vzdělávacích aktivit, které určitý „terapeutický prostor“ nabízí k vytvoření potřebných změn ve výše uvedených oblastech, může být doplněna řadou sociálně podpůrných služeb týkajících se rozvoje profesního vzdělání (chráněné dílny), způsobů aktivního trávení volného času v akceptujícím společenství (socioterapeutické kluby), nebo více či méně dočasným sociálním zabezpečením v podobě chráněného bydlení.

Efektivitu změn mohou poradenští, sociální či laičtí terapeuté podpořit obecnými předpoklady přístupu ke klientovi, které formuloval Rogers (viz Vymětal, 1996) a které byly následně přijaty nejen jako předpoklady práce psychoterapeutů, ale i pedagogických, sociálních a jiných profesí práce s lidmi. V souhrnu jde o tři základní podmínky a kombinace vcítění se, respektu a autentické podpory a víry, že klient je schopen změny, v níž jej podporujeme, motivujeme a přijímáme, „jakoby jeho očima“<sup>7</sup>.

Panuje obecná shoda v tom, že čím delší je kontakt klienta s psychosociálně orientovanou službou či svépomocnou skupinou, tím trvalejší změny klient dosáhne. Nelze ale podlehnout iluzi bezbřehosti: určení hranic, kam až s klientem v kterých krocích půjdeme, je zvláště u osob s problémem závislosti velmi důležité. Přitom je známo, že až jedna třetina klientů potřebuje podporu velmi dlouhodobou (řádově několik let), kdy terapeutické „vedení“ či sociálně podpůrné služby vytváří potřebnou strukturu pro zvládnutí života v běžné společnosti (Nerad, 1998). Rozpoznat potřeby a možnosti klientů je součástí *monitorování a vyhodnocování*, které by mělo být prováděno na všech stupních intervencí. Pro úspěšnou sociální rehabilitaci je stanovení *realistického cíle* jedním z prvořadých úkolů. Falešná a nerealistická očekávání vedou ke zklamání, sebeobviňování a pocitu viny, které spouští staré strategie chování.

Sociální rehabilitace nakonec vede klienta k sebpřijetí s vědomím svých „černých i bílých“ míst, svých kvalit i limitů, a současně k přijetí stejně tak rozporuplného světa, ve kterém žijeme. Berneho „Já jsem O.K., Ty jsi O.K.“, není výrokem pýchy a sociální manipulace, ale dlouhodobou tendencí prožívání, ve kterém mají místo i nejistoty a obavy z neúspěchu, které provázejí každé změny.

<sup>7</sup> Viz též Miovský a Bartošíková, kapitola 6/3, Možnosti a meze psychoterapie v léčbě závislosti.

## Summary Social Rehabilitation

There exists an unclear terminology when using the terms "rehabilitation" and "re-socialisation". Rehabilitation is the final stage of the therapeutic process; on the contrary, re-socialisation is a process penetrating all stages of the treatment. The term "social rehabilitation" is preferred here, which emphasises the importance of social factors during the treatment of addiction. The social rehabilitation aims at integration of a dependent person into the society through the (re)creation of social and professional skills and the management of new social roles. A prerequisite for strengthening and keeping these changes is their right

timing (readiness for a change), adequacy of the change, supportive context and relations. The typical areas of the problem topics are disturbed or non-existent close relations, insufficient social skills, low education and low or missing professional skills and habits, legal and financial problems, throwaway lifestyle and spending free time. The methods of social rehabilitation use the group work in various training, educating, social and work activities and the supporting character of particular social services (clubs, workshops, accommodation).

**Key words:** social integration – social learning – social rehabilitation – social skills – change

## Literatura

- Bertrand Y.: Soudobé teorie vzdělávání. Portál, Praha, 1998
- Czapow C., Jedlewski S.: Resocializační pedagogika. Státní pedagogické nakladatelství, Praha, 1981
- Dorner K., Plog U.: Bláznit je lidské. Grada Publishing, Praha, 1999
- Fromm E.: Mít nebo být. Naše vojsko, Praha, 1992
- Glosář – Kalina K. a kol.: Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí. FILIA NOVA, Praha, 2001
- Heller J., Pecinová O.: Závislost známá neznámá. Grada Publishing, Praha, 1996
- Nakonečný M.: Sociální psychologie. Academia, Praha, 2000
- Nerad J. M., Neradová, L. .: Drogy a mýty. Votobia, Olomouc, 1998
- Nešpor K., Csémy L.: Léčba a prevence závislostí. Psychiatrické centrum, Praha, 1996
- Problematika zneužívání návykových látek. Sborník, Pedagogická fakulta UK, Praha, 1995
- Rotgers F. a kol.: Léčba drogových závislostí. Grada Publishing, Praha, 1999
- Smolík P.: Duševní a behaviorální poruchy. Maxdorf, Praha, 1996
- Svépomocný manuál skupin prevence relapsu. P – centrum, Olomouc, 2000
- Vos H. P. J.: Trauma a závislost. Sananim Olomouc, 1997
- Vymětal J.: Rogersovská psychoterapie. Portál, Praha, 1996
- Wanigaratne S. a kol.: Prevence relapsu (rukopisný překlad, P-Centrum, Olomouc, 2000), orig.: Relaps prevention. Blackwell Science, London, 1990

### Mgr. Dušan Dvořák

Nar. 1962. Vzdělání: Pedagogická fakulta University Palackého, Olomouc – obor speciální pedagogika (1986); Pražská psychotherapeutická fakulta (1993); Psychotherapeutický výcvik SUR (1994). Praxe od r. 1986: Středisko pro mládež Praha – Klíčov, Terapeutická komunita SANANIM v Němčicích, Pedagogicko-psychologická poradna Beroun; nyní již dlouhodobě působí jako terapeut a ředitel Střediska prevence, léčby a integrace osob ohrožených drogovou závislostí – P-centrum v Olomouci (dříve SANANIM Olomouc). Autor publikací: Metodika vzdělávacích programů pro pedagogy (FILIA

1994), Drogy a vaše dítě (+kol., SANANIM Olomouc 1998), Marketingová studie o doléčování (SANANIM Olomouc 1998), Koncepce a realizace britské protidrogové politiky (+kol., P-centrum 2000), dále články v odborném tisku.

*Kontakt: P-centrum, Lafayetteova 9, 772 00 Olomouc  
E-mail: dusan.dvorak@p-centrum.cz*

K ilustraci konkrétního postupu uvedme závěrečná doporučení tématicky orientované skupinové práce zaměřené na otázky zaměstnání (Svépomocný manuál, 2000). Celý blok tréninkových skupin vede k posílení sebekontroly, rozvoji sociální orientace a získání perspektivy řešení problémů. Při řešení určitých situací používá hraní rolí, práci s případovými studiemi, ankety a dotazníky, práci ve skupinách i individuální úkoly a jejich zpracování. Okruh témat se dotýká otázek, které jsou pro závislé velmi aktuální:

- jak zpracovat profesionální životopis
- jak mluvit o své minulosti v zaměstnání
- jak jsem připraven/a získat zaměstnání
- které zaměstnání splňuje moje potřeby
- jak zvládat problémy v zaměstnání

Následující doporučení „*Jak udělat, aby práce pracovala pro nás*“ je rozdáno na závěr celého pracovního bloku.

Pro většinu lidí představuje práce velkou část života. Představuje nejen plat a zodpovědnost, ale také určuje kde, s kým, jak a s jakým cílem je tato značná část života žita. Přirozeně tedy chceme, aby nás naše práce uspokojovala, stejně jako přinášela užitek (peníze). Pokud máte nejasnosti nebo problémy ohledně svého současného zaměstnání, mohou vám následující body pomoci:

1. *Buďte si vědomi, co se od vás očekává.* Zaměstnanec pracuje pro zaměstnavatele. Tak to zkrátka je. Je proto nezbytné respektovat postupy a normy, které váš zaměstnavatel vyžaduje. Pokuste se vidět svou práci pohledem svého zaměstnavatele, protože čím více se vám podaří udělat z cílů svého zaměstnavatele své vlastní cíle (pokud nejsou v rozporu), tím více může přinést vaše práce uspokojení a zisk vám.

2. *Respektujte sami sebe.* Zaměstnanec má právo na slušné zacházení, fair-play a bezpečné a slušné pracovní podmínky. Léčení vyžaduje respekt sám k sobě, měli byste být respektováni i v zaměstnání. Znamená to, že se musíte občas ozvat – ale s respektem k ostatním. Kombinace rozumného sebezprosaování, vstřícného postoje a spolupráce vám může pomoci mnohem více než reptání a našťvané poznámky.

3. *Hleďte si v práci podporu a přátele.* Přátelství uzavřená v zaměstnání jsou často velmi blízká. Spolupracovníci spolu sdílejí velkou část svého života a mohou si navzájem velmi usnadnit život. Poznejte lidi, se kterými pracujete. A umožněte jim, aby poznali vás. Starší spolupracovníci a dokonce nadřízení se mohou stát blízkými přáteli a důležitými průvodci v úspěchu v zaměstnání. Pokud nemáte kolem sebe přímé spolupracovníky, hledejte okolo sebe v práci jiné lidi, se kterými se můžete seznámit. Pamatujte si, že osamělé zaměstnání může být pro léčení nebezpečné.

4. *Využívejte zdroje přímo v zaměstnání.* Přátelé v práci jsou skvělí, ale můžete mít i další možnosti, jak se s pracovními problémy vyporádat, zejména pokud se cítíte ve stresu nebo bez perspektivy.

(Víte, kam takové pocity mohou vést.) Zjistěte, zda jsou následující zdroje u vás v zaměstnání k dispozici:

- program podpory pro zaměstnance
- kvalifikační kurzy
- podpora ve studiu
- rekreační zařízení
- zvláštní pracovní smlouvy

5. *Používejte vnější zdroje podpory.* Ne každá pracovní situace může být pro člověka podporou. Kompenzujte (vyrovnávejte) své pracovní zatížení a problémy jinými prostředky jako například:

- Poradenství a vedení v náviku efektivní komunikace, pokud potřebujete prosazovat své zájmy;
- Svépomocná skupina, zejména pokud pracujete o samotě;
- Pečlivé plánování jak zvládat ty aspekty svého zaměstnání, které mohou vést ke vzpomínkám na drogy;
- Někdo, kdo má velkou zkušenost s podobnou prací, jakou děláte vy, zejména pokud nemáte v zaměstnání dobrou supervizi;
- Další vzdělávání mimo zaměstnání, pokud vás práce dostatečně nevytěžuje;
- Práce pro své okolí, tvořivý koníček atp., zejména pokud vám práce neposkytuje pocit prospěšnosti a vlastní hodnoty;
- Dobrá rekreace a relaxační praktiky, zejména pokud je vaše práce stresující

6. *Buďte kritičtí k sobě.* Vždy se ptejte sami sebe, jak jste přispěli ke vzniku problému a zda jste udělali dost pro to, aby byl vyřešen. Také se ptejte, zda je toto ta pravá práce pro vás.

7. *Nevzdávejte to, dokud:*

- Zkusili jste již vše a práce je pro vás stále přílišnou zátěží
- budete mít přiměřený příjem ještě několik měsíců
- jste připraveni velmi energicky hledat jiné zaměstnání nebo
- již máte jasný příslib dalšího lepšího zaměstnání

**Klíčová slova:** sociální fungování – paradigmaty sociální práce – sociální práce – životní situace

### „Sociální fungování“ a „životní situace“

V současné době se u některých autorů setkáváme s implicitním nebo explicitním vymezením cíle sociální práce, které se opírá o koncept „sociálního fungování“. Například Sheafor, Horejsi a Horejsi (2000) považují za cíl sociální práce: „[...] 1) pomáhat jednotlivcům a sociálním systémům zlepšovat své sociální fungování a 2) měnit sociální podmínky tak, aby chránily tyto jednotlivce a systémy před potížemi ve fungování“.

Koncept sociálního fungování považujeme za klíč k pochopení specifické optiky sociální práce. Jednou z významných propagátorek tohoto pojmu byla Bartlettová. Ve své knize „*The common base of social work practice*“ (1970) tato autorka použila pojem *sociálního fungování* pro označení interakcí, které probíhají mezi požadavky prostředí a lidmi: 1) Lidé a prostředí jsou trvale v interakci. 2) Prostor klade na člověka určité požadavky (formuluje očekávání, definuje sociální role) a člověk je nucen na ně reagovat. 3) Mezi požadavky prostředí a člověkem je obvykle rovnováha. Pokud lidé požadavky prostředí dostatečně nezvládají, rovnováha je rozkolísána a vzniká problém. 4) Někteří lidé jsou schopni si s problémem poradit a nastolit znovu rovnováhu sami, jiní tuto schopnost nemají a svou problémovou situaci nezvládají. 5) Příčinou problémů nebo jejich nezvládání může být jak nedostatek dovedností na straně člověka, tak nepřiměřenost požadavků prostředí vůči němu. 6) Předmětem intervence sociálního pracovníka je interakce mezi způsobilostí klienta zvládat problémy a tím, co od něj prostředí očekává. Jeho cílem je podporovat sociální fungování klienta tím, že mu pomáhá obnovit nebo udržovat rovnováhu mezi více či méně dostatečnou kapacitou zvládnutí problémů a této kapacitě více či méně přiměřenými požadavky prostředí.

Z výše uvedeného pojetí sociálního fungování vychází také slovník sociální práce, který v roce 1995 vydala americká Národní asociace sociálních pracovníků (NASW). Její definice navíc vymezuje potřeby, k jejichž uspokojení má sociální fungování přispívat<sup>1</sup>.

Přijmeme-li obnovu nebo zachování sociálního fungování klientů za cíl sociální práce, vzniká otázka: „Co má sociální pracovník dělat, aby mohl klientovi pomoci (lépe) sociálně fungovat?“ Odpověď podle našeho názoru zní: „Měl by se zabývat překážkami a předpoklady (obecně faktory) jeho schopnosti zvládat problémy plynoucí z interakce s požadavky prostředí.“ Aby věděl, kam má přitom zaměřit svou pozornost, měl by si sociální pracovník vyjasnit dvě klíčová východiska. Za prvé by si měl ujasnit, které faktory sociálního fungování považuje za podstatné. Za druhé by se měl seznámit s tím, které konkrétní faktory (bariéry a předpoklady) sociálního fungování sehrály nebo sehrávají v životě určitého klienta nebo určité skupiny klientů rozhodující úlohu.

Koncept sociálního fungování klade důraz na schopnost člověka zvládat obtížné životní situace, které vznikají jako důsledek jeho nerovnovážné interakce se sociálním prostředím. Vymezení cíle sociální práce snahou o podporu zvládnutí problematických důsledků této interakce mezi klientem a požadavky jeho prostředí koresponduje s problémy závislých klientů. Ti se často pohybují v sociálně a kulturně odlišné, „velké“ společnosti, která na ně klade pro ně obtížné srozumitelné, těžko přijatelné nebo příliš náročné požadavky. Porozumění jejich problémům je proto podmíněno pečlivým rozborem osobitých a pro sociálního pracovníka někdy těžko pochopitelných životních situací závislých klientů. Dvojici pojmů „sociální fungování“ a „životní situace“ lze proto podle mého názoru při koncipování intervencí do situací závislých klientů dobře využít.

K otázce, které faktory sociálního fungování jsou důležité, lze přistoupit rozličným způsobem. V sociální práci během 20. století vykristalizovaly tři zásadně odlišné přístupy, které Payne (1997) označuje jako tzv. „malá paradigmaty“. Odlišují se jak svými filosofickými východisky, tak praktickými důsledky. Do české literatury byla diskuse o paradigmaty sociální práce uvedena pracemi Navrátila (1998, 2000).

<sup>1</sup> Podle tohoto slovníku znamená sociální fungování: „Naplnění rolí člověka ve společnosti, ve vztahu k lidem v bezprostředním sociálním okolí i ve vztahu k sobě samému. Toto fungování zahrnuje uspokojování jak základních potřeb, tak těch, na kterých závisí jeho uplatnění ve společnosti. Lidské potřeby zahrnují tělesné aspekty (jídlo, přístřeší, bezpečí, zdravotní péče a ochrana), osobní naplnění (vzdělání, odpočinek, hodnoty, estetika, náboženství, dosažení úspěchu), emocionální potřeby (pocit sounáležitosti, vzájemná péče, společenství) a adekvátní sebezpečí (sebedůvěra, sebeúcta a osobní identita). Sociální pracovníci považují za jednu ze svých nejdůležitějších rolí pomáhat jednotlivcům, skupinám nebo komunitám zlepšit nebo obnovit jejich schopnost sociálního fungování“ (Barker, 1995: 515).

### **Sociální práce jako terapeutická pomoc**

Za hlavní faktor sociálního fungování je v tomto paradigmatu sociální práce považováno *duševní zdraví a pohoda člověka*. Rozbor životní situace se soustřeďuje na vliv stavu osobnosti nebo psychiky na zvládnání požadavků prostředí. Sociální práce je chápána jako pomoc prováděná zejména formou individuální nebo skupinové terapie<sup>2</sup>. Toto pojetí sociální práce můžeme osvětlit na základě aplikace principů rogersovské psychoterapie (Rogers, 1951, 1998).

#### **Východiska**

Carl R. Rogers je pravděpodobně nejvýznamnější humanistický autor, který ovlivnil sociální práci. Jeho vliv je ovšem nepřímý, nejsilněji ovlivnil oblast poradenství. K jeho významným příspěvkům patří zjištění o podmínkách úspěšného terapeutického vztahu. Tyto podmínky souvisí s tím, jak klient vnímá sociálního pracovníka. Sociální pracovník v terapeutickém vztahu musí usilovat o „*kongruenci a opravdovost*“, „*bezpodmínečnou pozitivní vazbu*“ a „*empatii*“.

Přístup sociálního pracovníka, podle Rogerse, má být nedirektivní, nehodnotící a jeho součástí má být aktivní naslouchání a autentické přátelství. Osobnost člověka je podle Rogerse (1998) proces, je neustále ve vývoji a nikdy není zcela hotova. Dále osobnost člověka charakterizoval následujícím způsobem:

- Člověk má právo na vlastní důstojnost a rozvoj, jeho podstata je přirozeně dobrá, lidskou osobnost je třeba respektovat.
  - Člověk je schopen si uvědomovat své vlastní hodnoty a řídit se jimi, být zodpovědný k sobě i druhým.
  - Člověk je schopen uspořádat a hodnotit své vlastní pocity, myšlenky a chování.
  - Člověk je schopen se sám rozvíjet a utvářet své pozitivní vlastnosti.
  - Člověk je schopen konstruktivní změny a osobnostního vývoje k plnému uspokojivému vlastnímu životu.
- Vedle těchto charakteristik považoval za základní rys lidského bytí svobodu. Zážitek svobody má podle něj také významný terapeutický efekt (zničení symbolu toho, co klienta svazovalo).

Cílem terapie je pomoci odstranit bloky, které brání vlastním sebeaktivačním tendencím klientovy osobnosti. Nástrojem terapie je terapeutova osobnost, která svojí přítomností v terapeutickém vztahu podporuje celý ozdravný proces a napomáhá změně sebepojetí a dosahování stavu kongruence. Za ozdravné jsou považovány kvality vztahu popsané výše: opravdovost,

kongruence, empatie atp. V rámci terapie se obvykle neřeší hmotné problémy klienta (nalezení práce, hmotné zabezpečení atp.).

#### **Rogersovská terapie a sociální práce s konzumenty drog**

Východiska Rogersovy antropologie jsou úzce individualistická a – řečeno jazykem faktorů sociálního fungování a odpovídajícího konceptu životní situace – nepříkládají významnější váhu širším sociálním okolnostem. Takový druh práce se závislými klienty je možný a zdá se dokonce, že reaguje na některé jejich možné problémy intrapsychieho rázu. Zjevně však nepostihuje sociální aspekty situace závislého. Rogersovská terapie může přinášet pomoc tam, kde konzum drog vznikal (nebo je posilován) v souvislosti s potřebou zvládat otázky svého sebepojetí, (in)kongruence a osobnostního růstu. Podle mého názoru přístup orientovaný na klienta ve své původní podobě nevěnuje prakticky žádnou pozornost sociálním okolnostem vzniku a posilování závislosti klienta a nespécifikuje problémy, které v této souvislosti klient může zažívat. Přístup se nezabývá řešením praktických problémů. Jeho předností je pozornost věnovaná člověku jako individualitě a jeho zrání a růstu.

#### **Sociální práce jako reforma společenského prostředí**

V druhém paradigmatu sociální práce, označeném jako úsilí o „*reformu společenského prostředí*“, je představa sociálního fungování opřena o vizi *společenské rovnosti* v různých dimenzích společenského života (s ohledem na společenské třídy, gender, věkové skupiny atd.). Představitelům tohoto paradigmatu jde především o nalézání a odstraňování strukturálních společenských příčin nerovnosti, které ve svém důsledku vyvolávají nerovnost a diskriminaci. Za příklad tohoto paradigmatu nám zde poslouží strukturální model, který je spojen se jmény Middlemana, Goldberga a Wooda.

#### **Východiska**

K základním východiskům tohoto modelu patří přesvědčení, že: 1) příčinou problémů nemusí být lidé, kteří jim musí čelit, 2) neodpovídající sociální prostředí způsobuje řadu obtíží a 3) tlaky sociálního prostředí by měly být uvažovány jako primární příčina problémů a lidského utrpení a měly by být předmětem úsilí o změnu. Wood a Middleman (1989) proto kladou větší zodpovědnost za nesoulad mezi požadavky situace a dovednostmi jedince na stranu sociálního prostředí a organizačních struktur.

<sup>2</sup> Pokud bychom chtěli použít pojmu „psychoterapie“, je třeba rozlišit psychoterapii léčebnou a psychoterapii poradenskou.

Hlavním terčem intervence je vždy sociální prostředí, o němž se předpokládá, že nepřiměřeností svých požadavků narušuje sociální fungování a vyvolává problémy klientů. Sociální pracovník má prostřednictvím tvorby nebo inovace sociálních struktur napomoci dosažení žádoucího vztahu prostředí ke klientům.

### **Strukturální model a sociální práce s konzumenty drog**

V případě kulturních či etnických menšin se zdá být tento přístup adekvátní, neboť odpovídá fakticitě problémů, které příslušníci těchto menšinových skupin nezakoušejí pouze jako jednotlivci, nýbrž právě jako nositelé znaků své menšinové příslušnosti. V případě konzumentů drog je tento přístup diskutabilní. I s konzumenty drog lze sice pracovat jako s příslušníky určité kulturní menšiny (konzum drog lze chápat jako výraz určitého životního stylu), přesto považují za vhodnější přístup akcentující individualizovaný pohled.

Strukturalisté považují za důležitou překážku sociálního fungování klienta spíše předsudečně vnímání konzumu drog ve společnosti (labeling) než individuální potíže konkrétního uživatele drogy. Cílem jejich úsilí je reformovat společnost tak, aby její prostředí vytvářelo akceptující prostor i pro konzumenty drog.

Ocením-li u strukturálního přístupu schopnost vnímat širší společenské souvislosti problému závislého klienta, musím na druhé straně upozornit na jeho neschopnost vycházet z vnímání situace klientem samotným a také na jeho necitlivost vůči specifčnosti jednotlivého případu. Strukturalisté navíc odmítají vnímat konzum drog jako problém, za problém považují spíše společenskou netoleranci vůči konzumentům.

### **Sociální práce jako sociálně právní pomoc**

Třetí paradigma sociální práce označené jako „sociálně právní pomoc“ opírá svoji představu, že sociální fungování je především podmíněno schopností zvládat problémy a přístupem k odpovídajícím informacím. V tomto pojetí sociální práce se pozornost věnuje jak individuálním potřebám a schopnostem, tak také potřebě zlepšovat systém sociálních institucí. V praxi je tento přístup často založen zejména na poskytování informací, poradenství nebo zprostředkování potřebných služeb. Součástí praxe sociální práce je v tomto paradigmatu také úsilí o postupné přizpůsobování společnosti a jejích institucí potřebám klientů. Toto paradigma budeme ilustrovat pomocí úkolově orientovaného přístupu (Epsteinová, Reid, 1972).

### **Východiska**

Řadu myšlenek sdílí s přístupem orientovaným na řešení problémů (Perlman, 1957). Úspěch tohoto předchůdce úkolově orientovaného přístupu spočívá mimo jiné v jednoduché myšlence, že malý úspěch klienta rozvíjí jeho sebedůvěru a sebeúctu a že se lidé více nasažují pro úkoly, které si sami zvolili. Autoři úkolově orientovaného přístupu od svých „na problémy zaměřených“ předchůdců převzali představu, že sociální pracovník je tu od toho, aby pomohl klientovi rozhodnout, jaké úkoly chce plnit – co chce dělat. V rámci této představy se předpokládá, že lidé jsou schopni vlastní volbu učinit, a že nikdo jiný by ji neudělal lépe. Tento názor vychází z představy partnerství a posilování klienta v procesu intervence. V rámci úkolově orientovaného přístupu vede představa partnerství k tomu, že vůdčí autoritou při řešení klientových problémů je klient sám.

Ahmed (1990) píše, že tento přístup staví více na klientových silných stránkách než na analýze jeho nedostatků a že se snaží spíše pomáhat než léčit. Klient není považován za objekt, který je potřeba „opravovat“. Vždy se předpokládá, že jeho role je aktivní a že se plnohodnotně podílí na všem, co se mezi sociálním pracovníkem a klientem odehrává.

Přístup orientovaný na úkoly je vhodné využívat při řešení osmi problémových okruhů, jimiž jsou interpersonální konflikty, neuspokojení v sociálních vztazích, konflikty s formálními organizacemi, potíže v naplňování rolí, problémy vznikající v souvislosti se sociálními změnami, reaktivní emoční úzkosti, neadekvátní zdroje a problémy v chování.

Vlastní realizace úkolově orientovaného přístupu spočívá v následujících šesti krocích: „*příprava*“, „*explorace problému*“, „*dohoda o cílech*“, „*formulace úkolů*“, „*plnění úkolů*“ a „*terminace*“ (ukončování). Tyto kroky směřují k dosažení klientem zvolených cílů.

„Příprava“ spočívá v ověřování mandátu, tedy oprávněnosti intervence sociálního pracovníka. V tomto modelu se totiž předpokládá, že intervence nemůže být dostatečně účinná, pokud by ji klient nepovažoval za smyslupnou a oprávněnou. Její oprávněnost (legitimita) může být vyjádřena přímou žádostí klienta o pomoc nebo také jeho ochotou akceptovat ve vlastním zájmu přimluvu partnera nebo rozhodnutí soudu o vhodnosti intervence. V případě, kdy klient přichází např. na popud blízké osoby, sám však nemá zájem v rámci pomáhajícího procesu spolupracovat, by nebylo užití úkolově orientovaného přístupu vhodné.

Druhým krokem je „explorace problému“, která spočívá ve vyjasňování klientových zájmů, v jejich vymezení pomocí jasného popisu toho, co je třeba udělat a čeho je třeba dosáhnout, a v seřazení takto vymezených zájmů podle významu, který jim klient připisuje.

Následuje „dohoda o cílech“, která předpokládá shodu sociálního pracovníka s klientem na směru změny. Problémy, které je třeba řešit, se přitom klasifikují podle výše zmíněných osmi kategorií.

Čtvrtým a pátým krokem jsou „formulace a plnění úkolů“. V této fázi se nejprve vyjasňuje frekvence kontaktů pracovníka s klientem, určuje se délka dohody, respektive spolupráce a podmínky jejího trvání. O těchto věcech je možné uzavřít psanou smlouvu. Následují schůzky, na kterých klient informuje pracovníka o průběhu plnění dohody a o realizaci úkolů a pracovník poskytuje klientovi podpůrné konzultace.

„Terminace“ pomáhajícího vztahu je součástí intervence již od samého počátku. V jejím průběhu se sleduje plnění podmínek trvání spolupráce a zjišťuje se, zda a do jaké míry bylo úsilí sociálního pracovníka, klienta a jiných pomáhajících pracovníků úspěšné.

### **Úkolově orientovaný přístup a sociální práce s konzumenty drog**

Úkolově orientovaný přístup klade důraz jak na individuální potřeby klienta a na jeho chápání vlastní životní situace, tak také na strukturální souvislosti problému a na požadavky společenského prostředí, ve kterém klient žije. Zdá se, že právě ochota přijímat klientovo vidění je dobrým předpokladem úspěšné sociální práce s konzumenty drog. Umožňuje totiž, aby sociální pracovník neřešil klientovy problémy, tak jak je vnímá on (sociální pracovník), nýbrž vytváří prostor pro otevřené vnímání potřeb klienta.

Z hlediska práce se závislými klienty se zdá být účelné, že úkolově orientovaný přístup skýtá prostor pro formulaci takových úkolů, které klient může splnit za předpokladu, že se seznámí s institucemi společnosti, pokusí se porozumět jejich požadavkům a najít oboustranně přijatelný způsob jejich zvládnání. Z hlediska pružnosti institucí společnosti se jako výhodná jeví pozornost úkolově orientovaného přístupu k otázce, zda jsou nabízené služby přiměřené životní situaci a problémům, jimž jsou klienti nuceni čelit. Díky otevřenosti klientovu pohledu na věc a díky snaze posuzovat schopnost vyjít mu vstříc se v procesu intervence mohou učit nejen klienti, ale také organizace, které jim poskytují služby.

Při uplatňování úkolově orientovaném přístupu se sociální pracovník nezajímá o historii klienta a o příčiny problému, které jsou v ní zakotveny. Spíše se zaměřuje na možná řešení životní situace klienta a jeho problémů. Nezajímají ho ani možné nevědomé motivy klientova chování. Předpokládá se, že každý má schopnost měnit své vlastní jednání a že přitom není zásadně determinován vnějšími ani vnitřními faktory. V tom mohou být výhody, ale i nevýhody tohoto přístupu při práci s uživateli drog.

### **Teze k formulaci nového přístupu sociální práce se závislými klienty**

Každé z paradigmat má v ohledu na práci se závislými svoji přednost a tedy i jistou potenci, ani jedno však nenabízí takové pojetí životní situace závislého klienta, které by umožnilo dostatečně komplexně reflektovat faktory jeho sociálního fungování. Z tohoto důvodu se na závěr pokusím formulovat širší komplex faktorů a otázek, které je podle mého názoru třeba při rozboru životní situace závislých klientů a při podpoře jejich sociálního fungování brát na zřetel.

Při práci se závislým klientem by si měli sociální pracovníci klást následující otázky a sledovat jim odpovídající faktory sociálního fungování, respektive rysy životní situace klienta:

- Jak vidí klient *svou životní situaci* a které problémy považuje za palčivé?
- Které požadavky prostředí jsou pro závislého klienta v důsledku konzumu drog obtížně zvládnutelné a jaké problémy z tohoto pro něj plynou?
- Které požadavky prostředí jsou pro závislého klienta obtížně zvládnutelné v důsledku jeho *odcizení a nedůvěry* vůči většinové společnosti a jejím institucím a jaké problémy z tohoto pro něj plynou? Čí požadavky klient přijímá s důvěrou a snaží se je naplnit?
- Na jaké *předsudky* klient naráží a jaké problémy z toho pro něj plynou? Čemu tyto předsudky přisuzuje a jakou úlohu ve vlastním životě jim připisuje? Na jaké předsudky může klient narazit v kontaktu se sociálními pracovníky a jak to může ovlivnit jeho schopnost zvládat situaci?
- Ke kterým příležitostem a možnostem uspokojit své potřeby má klient *ztížený přístup* a jaké problémy z toho pro něj plynou? Které příležitosti a možnosti uspokojit potřeby považuje klient za dostupné?
- Má klient nesnáze s *uplatněním svých potřeb*, přání nebo požadavků a jaké problémy pro něj z toho plynou? Kam se se svými požadavky a přáními bez problémů obrací a proč?
- Má klient *psychické nebo vztahové problémy*, které plynou z jeho zkušeností a pocitů odcizení apod.?

– Vyplyvají z osobní zkušenosti klienta nějaké *přednosti*, které by se mohly stát zdrojem jeho lepšího sociálního fungování?

– Má životní situace závislého klienta nějaké zcela ojedinelé, přesto však *důležité rysy*, které je třeba vzít při řešení jeho problémů v úvahu?

– *Jaké informace, poznatky, služby nebo prožitky klient potřebuje*, aby překonal omezení a využil potenciální přednosti, které vyplyvají z jeho životní situace? Jsou právě tyto informace, poznatky, služby nebo prožitky k dispozici? Je možné je zprostředkovat? Pokud ne, co je třeba udělat pro to, aby to možné bylo? Je třeba udělat něco pro to, aby klient byl schopen takto nabídnuté příležitosti využít ve prospěch svého sociálního fungování?

– Odpovídají služby, které mohou jako sociální pracovník klientovi nabídnout nebo zprostředkovat, jeho *představám o vhodné pomoci*? Nenarází jejich využití na nějaké kulturní nebo postojoyé zábrany? Je možné služby, které nabízím, těmto případným zábranám přizpůsobit?

Uvedené (a další) otázky a pojmy, z nichž vycházejí, je třeba znovu a znovu promýšlet a hledat výhody i rizika jejich uplatnění v praxi sociální intervence do životní situace závislého klienta. To je podmíněno uvážlivým přijetím několika klíčových principů sociální práce se závislými:

**1)** Systematické znalosti o závislosti jsou nezbytné. Sociální práce se závislostmi musí vycházet z dobré znalosti (psychických, sociálních, fyziologických, noetických) souvislostí vzniku, vývoje a důsledků různých forem závislosti.

**2)** Systematické znalosti o člověku i společnosti a jejich systémech jsou nezbytné. Aby byl sociální pracovník schopen pomoci při řešení rozmanitých problémů, kterým čelí závislí, musí být dobře obeznámen s širokým spektrem teorií, které vysvětlují individuální, institucionální, komunitní a organizační chování lidí ve společnosti.

**3)** Systematické sebepoznání je nezbytné. Osobnost je vždy jedním z nejdůležitějších profesionálních nástrojů sociálního pracovníka. Při práci se závislými je třeba v rámci poznávání sebe sama hledat také odpověď na otázku: „Jsem na něčem závislý(á)? Z jakých představ o světě, dobru a zlu, účelném a neúčelném jednání vycházím v hodnocení počínání a situace klienta?“ Taková sebereflexe zvyšuje schopnost sociálního pracovníka vnímat, respektovat a legitimně, to je ve prospěch lepšího sociálního fungování, využívat osobitou realitu života klientů.

**4)** Klíčová je víra v hodnotu a důstojnost každého člověka – a to bez ohledu na jeho závislost, tělesnou

a psychickou situaci, kulturní, národnostní, náboženskou, sociální, ekonomickou nebo jinou odlišnost.

**5)** Je možná adaptace metod a technik běžně používaných v sociální práci. Adaptace ovšem musí respektovat realitu závislosti. Například tak zdánlivě zřejmé techniky jako je ustavení očního kontaktu, utváření neformální atmosféry a povzbuzování ve vyjadřování osobních potíží mohou být v mnoha případech v rozporu s možnostmi a situací klienta.

**6)** Významný je jednotlivec i systémové parametry jeho situace. Vedle zjevných problémů, které klient prezentuje, by měl sociální pracovník věnovat pozornost širším sociálním souvislostem situace. Z tohoto hlediska se jeví jako dobré východisko (ne však „spolehlivý návod“) „poradenské“ paradigma sociální práce a jemu odpovídající úkolově orientovaný přístup (Epsteinová, Reid, 1972).

**7)** Terčem intervence musí být klient i prostředí. Sociální fungování je otázkou rovnováhy mezi požadavky prostředí a schopností člověka je zvládat. Protože nám požadavky vlastního prostředí připadají často běžné a naše předpoklady k jejich zvládnutí samozřejmě, máme sklon považovat ty, kdo nejsou schopni těmto požadavkům dostát za „neschopné“, „líné“ nebo „nezodpovědné“. Omezené schopnosti zvládat běžný požadavek se někdy mohou odpoutat od pomyslného dna jen díky tomu, že se nejprve sníží požadavky a poskytne asistence, která klientovi posléze umožní nabyt zkušenost, získat informace a postupně se naučit zvládat očekávání prostředí samostatně.

## Summary Social Work

The chapter provides a critical introductory analysis of some key concepts of social work with drug dependent clients. It is shown that there is a great amount of diversity in terms and concepts used within the field of social work. It is spoken about "social functioning", "life situation" and "paradigmatical models" of social work (model of therapeutic assistance, of social reform, of social and legal counselling). Based on these concepts, the authors' proposition of the approach to social work with drug dependent clients is developed and presented.

**Key words:** living situation – paradigms of social work – social functioning – social work

## Literatura

- Barker R. L. (ed.): The social work dictionary. National Association of Social Workers, Washington, D.C., 1995
- Bartlett H.: The common base of social work practice. National Association of Social Workers, Washington, D.C., 1970
- Breadford S. W., Horejsi Ch. R., Horejsi G. A.: Techniques and Guidelines for Social Work Practice. Allyn and Bacon, Boston, 2000.
- Carlton T. O.: Clinical social work in health settings: A guide to professional practice with exemplars. Springer, New York, 1984
- Cloward R., Epstein I.: Private Social Welfare's Disengagement from the Poor: The Case of Family Adjustment Agencies. In: Zald M.N. (ed.) Social Welfare Institutions. A Sociological Reader, John Wiley & Sons, New York-London-Sydney, 1965
- Epstein L.: How to provide social services with task-centred methods: Report of task centered service project (Vol. 1). School of Social Service Administration, University of Chicago, Chicago, 1977
- Frankl V. E.: Lékařská péče o duši. Portál, Brno, 1996
- Hanvey Ch., Philpot T.: Practising Social Work. Routledge, London, 1996
- Jordan B.: Invitation to social work. Blackwel, Oxford, 1990
- Longres J.: Hanbook of Accreditation Standards and Procedures. Itasca, IL, F.E.Peacoc 1995.
- Middleman R., Goldberg G.: Social service delivery: A structural approach to practice. Columbia University Press, New York 1974.
- National asotiation of social workers. Standards for Social Service Manpower. NASW, Washington, D.C., 1973.
- Navrátil P.: Sociální práce jako sociální konstrukce. Sociologický časopis, roč. XXXIV, č. 1, str. 37 – 50, 1998
- Navrátil P.: Úvod do teorií a metod sociální práce. Národní centrum pro rodinu, Brno 2000
- Netherlands Association of Social Workers: Professional profile of social worker. Commitee on professional questions regarding social work, S-Hertogenbosh, 1987
- Payne M.: The Modern Theory of Social Work. Macmillan, London. 1997
- Perlman H. H.: Social casework. University of Chicago Press, Chicago, 1957
- Perlman H. H.: The problem solving model. In: Turner J. (ed.): Social work treatment. Free Press, New York, 1986
- Reid W. J., Epstein L.: Task-centred casework. Columbia University Press, New York, 1972
- Reid W. J. A., Shyne A. W.: Brief and Extended Casework. CUP, New York, 1969
- Rogers C.: Client-centered therapy. London, 1951
- Rogers C.: Způsob bytí. Portál, Praha, 1998
- Řezníček I.: Metody sociální práce. Sociologické nakladatelství, Praha, 1994
- Web A., Wistow G.: Social Work, Social Care and Social Planing. The Personal Social Service since Seebohm. London, 1987
- Wood G. G., Middleman R.: The structural approach to direct practice in social work. Columbia University Press, New York, 1989

### PhDr. Pavel Navrátil, Ph.D.

Působí jako odborný asistent na Fakultě sociálních studií Masarykovy university v Brně, kde také vede „Centrum pro sociální integraci“. Zabývá se problematikou vzdělávání sociálních pracovníků, specifickými tématy z oblasti sociální práce s mládeží (konzum drog, deficit existenciální identity) a výzkumně je orientován zejména na problematiku integrace menšin. V současnosti koordinuje výzkum internetnických vztahů v ČR (projekt PHARE) a při Výzkumném ústavu práce a sociálních věcí (MPSV, Praha) vede výzkum soustředící se na hodnocení projektů, které intervnují

do záležitostí romské komunity. Vydal učebnici „Teorie a metody sociální práce“, podílel se na vzniku monografie „Základy sociální práce“ (ed. O. Matoušek) a publikoval řadu článků a statí z oblasti sociální práce. *Kontakt: Masarykova universita, Fakulta sociálních studií, Gorkého 7, 616 00 Brno*  
*E-mail: navratil@fss.muni.cz*

**Klíčová slova:** blízcí závislého – děti – kodependence – rodina – skupiny s rodinnými příslušníky a partnery

### Základní charakteristiky skupin s blízkými

Při zacházení s rodinou závislého<sup>1</sup> je třeba adekvátně ošetřit všechny členy tak, aby:

- neškodili, nesabotovali (vědomě či nevědomě) úzdravný proces
- byli schopni být konkrétně nápomocni svým chováním a postojem v určitých situacích terapeutického vývoje (motivování k léčbě, započetí léčby, krizové momenty v léčbě, doléčovací program, sociální rehabilitace závislého, krizové momenty v jeho osamostatňování se)
- byli schopni na své úrovni pochopit možnosti a limity autonomie závislého a své místo v tomto procesu
- svým osobnostním růstem (sebepoznání a seberozvoj včetně určitých dovedností) či potřebnou změnou (na základě koncentrované či korektivní zkušenosti) napomáhat úzdravnému procesu

Nelze se přitom obejít bez různé zacílených skupin a jejich kombinací, jejichž indikace se řídí individuální potřebou zúčastněných<sup>2</sup>. Vedle těchto skupin je vhodné dávat prostor i individuálním konzultacím tak, aby se rodič, partner či sourozenec cítil adekvátně slyšen a ošetřen, aby rozuměl své roli v procesu úzdravy závislého a byl si vědom jeho cíle, své spoluodpovědnosti a přínosu pro sebe z účasti v terapii. Způsob vedení skupin odpovídá nejvíce eklektickému nebo integrativnímu psychoterapeutickému směru (Kratochvíl, 1995 a 1997; Yalom, 1999). Na základě klinické zkušenosti lze doporučit následující prvky takového programu:

- ošetření pocitů viny
- zprostředkování zážitku typických prodrogových vzorců chování (algoritmů), které dosud považovali za originální jev
- orientace v typických manipulacích u závislostního vzorce chování a učení se konstruktivně je řešit – zvl. nácvik „tough love“<sup>3</sup> a stahování se z pomoci v oblastech, kde závislý je schopný věci řešit sám
- podpora návratu k sobě a rozvoje svých vlastních aktivit, které nesouvisejí s drogovým chováním závislého člena rodiny
- rozlišení prodrogových faktorů v chování a prožívání a učení se o nich s ostatními mluvit

Terapeut by měl zaujímat aktivní až iniciativní postoj a přitom klást důraz na aktivitu každého člena skupiny. Měl by dále věnovat zvýšenou péči o udržování rovnováhy mezi tenzí a uvolněním, neboť tito klienti velmi pohotově uhýbají do pseudo-spolupracujících vzorců chování či absentují s „kvalitními“ omluvami. Terapeut by měl dále zabraňovat přílišné kohezi skupiny, neboť klienti mají velkou potřebu zbavit se vlastní odpovědnosti a při příliš nedirektivním přístupu terapeuta si mohou vzájemně potvrzovat své nevhodné postoje a vzorce chování. Ve skupině by se měly používat některé rituály, které vyvolávají pocit zasvěceného a pečujícího společenství, což zvyšuje atraktivitu skupiny. Pozornost by měla být věnována zvláště následujícím tématům:

1. problém s drogou, závislost, abstinence, relaps, doléčování
2. režim, disciplína a vztah k autoritě, pravidlům
3. podchycení vývoje sebepojetí (self-concept) – můj příběh a moje role v něm
4. současná orientace v životní situaci se zvědomováním svých životních cílů
5. formy agresivity – následek frustrace, závislostní pasivita
6. vztahovost – vývoj vztahovosti, druhy vztahů (šíře, intenzita) a jejich vývojová adekvátnost

### Informační skupiny

Příbuzní a ostatní blízcí závislých se stále ještě setkávají s nedostatkem informací o procesu závislosti i úzdravy a o potřebě vhodného chování k uživatelům drog. Přednášky či informativní besedy mohou narážet na předem vytvořené obrany. Je proto vhodnější při předávání informací vytvářet skupinovou atmosféru s větším pocitem bezpečí a podpory bez zbytečného moralizování.

Skupiny mohou být otevřené, je možné je dělat kdykoli s lidmi, které spojuje jasně definovaný problém:

- 1) škola: rodiče žáků ohrožených drogou, učitelé,
- 2) pracoviště: formálně volná beseda pro ty, kteří se chtějí něco dozvědět, neformálně kontakt a nabídka

<sup>1</sup> Viz též Hajný, kapitola 2/9, Rodinné faktory vzniku, rozvoje a udržování závislosti; Kalina, kapitola 6/6, Rodinná terapie a práce s rodinou; Broža, kapitola 9/2, Děti a mládí.

<sup>2</sup> Máme na mysli kombinace skupin, které na základě rozhovoru s rodinou či rodinným členem dohodneme a v určitých intervalech kontrolujeme a případně měníme. Skupiny mohou sledovat cíle informační, psychoterapeutické, poradenské, cíle osobnostního rozvoje atd.

<sup>3</sup> „Tvrdá (doslova „tuhá“) láska“ – termín pochází z USA a označuje postoj k závislým ve smyslu „akceptování a zároveň nekompromisní trvání na pravidlech“. LK „tuhá love“ jako k terapeutickému principu se hlásí i J. Skála, Apolinářský systém a jeho následovníci v ČR.

dalšího programu pro ty, kterých se problém drogy týká,

3) setkání osob, kteří se účastní dlouhodobějšího protidrogového programu (práce s ohroženou mládeží – někdy i na straně výcviku peerů, příbuzní uživatelů či závislých v poradenském či terapeutickém programu).

Ve srovnání s informativními besedami nám výše popsaná atmosféra dovoluje probírat témata obecně vzbuzující emocionální problém. Důraz klademe přitom na správné načasování a dávkování informací. Vedoucí vystupuje jako citlivý dodavatel informací, pro adekvátněji zasazenou informaci však vyžaduje nejprve informace od přítomných. V průběhu takové skupiny vedoucí nechá rozběhnout odkrytí několika vnitřních problémů účastníků tak, aby se ukázala a spoluprožila jejich tíže a složitost. Současně se však snaží, aby převládala atmosféra naděje, že je možné a potřebné do destruktivních procesů intervenovat.

*Základní poselství, která se v informačních skupinách snažíme předat:*

- Droga je nebezpečná jedinci i tehdy, když je ve společnosti všudypřítomná.
- Droga je silná a někteří jedinci nejsou schopni s ní zacházet tak, aby jim neškodila.
- Vyplácí se vhodně aktivně vstoupit do procesu užívání drog u svého bližního, neboť pravděpodobnost, že se proces vyvine do patologie, je vysoká.
- V případě, že již jde o patologický proces, je třeba si jasně stanovit limity i podobu své pomoci a informovat o tom všechny zúčastněné, nedovolit, aby tato pomoc probíhala dlouhodobě na úkor ostatních členů společnosti, dokonce i nás.
- Vzdát další vydávání energie na pomoc druhému, nejsme-li za něho již zodpovědní a odmítá-li s námi dlouhodobě spolupracovat, je důsledek našeho zranění a schopnost, kterou se musíme učit.
- Zacházení s drogou, která ovlivňuje naše životy, ukazuje na naši schopnost poznat nebezpečí, ochotu a schopnost se učit s takovým nebezpečím žít či se od takového nebezpečí u vědomí svých vlastních limitů pokorně vzdát.
- Programy odborné péče nejsou dokonalé, ale jsou velkou pomocí v takovém procesu a je výhodné se jich účastnit.

### Úprava vztahů

Předvádíme, ukazujeme, místy i nacvičujeme druhy vztahů a komunikací s partnery a s dětmi vhodné pro řešení problémové situace, například aktivní druh otevřeného vztahu s jasně danými limity a respektující autonomii každého v rodině, pozitivně laděný emocio-

nální vztah, aktivní naslouchání. Umožňujeme účastníkům skupiny učit se z negativních i pozitivních zpětných vazeb jejich chování ve vnějším světě, podporovat jejich schopnost řešit situaci vlastními silami bez zbytečné pomoci druhých, současně je emocionálně podporovat v jejich úsilí.

Pochopitelně informujeme o dalších zdrojích konkrétní pomoci, včetně pomoci institucionální.

### Specifické informace pro rodiče ohrožených dětí

Ústředním tématem bývá, jak poznat, že dítě má problémy s drogou a co dělat – a co nedělat. Probíráme signály adolescentního zneužívání drog: zjevné změny osobnosti, zhoršení hygieny, zjevný posun ve skupině vrstevníků, zvýšené utajování (např. nevysvětlené telefony, zvýšená hostilita na dotazy, náhlá hypersenzitivita), zvýšená sociální angažovanost u podezřelých skupin či přátelství s tím, kdo bere drogy, nevysvětlené zmizení peněz či věcí, agresivní verbální i fyzické chování, znaky intoxikace, náhlé užívání prodávaných léků, absence se zhoršeným prospěchem, omezení volnočasových aktivit atd. Dalším tématem jsou faktory prodrogové (přispívající k braní drog) a naopak ty, které před užíváním drog chrání.

Rovněž je třeba informovat o vzorcích rodičovského chování, které problém pomáhají udržovat, brání jeho řešení nebo poškozují vztahy v rodině, tj. odpovědi na otázku, co nedělat: popírat problém, lhát ve škole, zakrývat problém před prarodiči, ustupovat, vzdávat to, nechat se vydírat kýmkoli v souvislosti s braním drog, financovat drogy či drogový životní styl, vyhrožovat něčím, co nesplním, zanedbávat sebe či ostatní členy rodiny, obviňovat partnera, nechat se vmanipulovat do role, že musím dítěti věřit a nebýt přitom schopen je kontrolovat, přestat se ovládat, být nefunkčně agresivní atd.

Během procesu se v informačních skupinách často objevují potřeby většího, psychoterapeutického ošetření. Je třeba, aby terapeuti dokázali udržet rovinu poradenské skupiny a nabízel v příhodné situaci některou z psychoterapeutických metod či technik.

### Motivační skupiny bližních

Motivační skupiny jsou vedeny v poradenské rovině (tj. nikoliv v rovině hlouběji zasahující psychoterapie) a jsou určeny těm, kteří uvažují o své intervenci u problémového uživatele či závislého, který je ale nemotivovaný ke změně a je obtížné jej dostat do programu odborné péče.

Program by měl nabízet:

- informace, které bližního učí či potvrzují jeho *adekvátní chování* (zvyšuje pravděpodobnost, že závislý vstoupí do léčebného programu sám)
- nácvik „*nového*“ chování a jeho možných jedinečných alternativ
- pomoc při zvědomování či budování *self-konceptu* a zasazení drogového problému do něj – místo, množství věnované energie, cíl
- emocionální i racionální *podpora snaze vzdorovat destruktivnímu* vývoji ve vztahovém systému (ochromující pocity viny nahrazovat jasným rozeznáváním zodpovědnosti za proces)
- konkrétní *pomoc* při konfrontačních a krizových situacích
- podpora jedince v navození změn týkajících se *osobnostního růstu* s tím, že podobně začnou osobnostně růst i ostatní rodinní členové

K adekvátním či novým vzorcům chování patří například:

- *nechránit závislého před důsledky* jeho chování
- při intoxikaci přerušovat komunikaci a vztahovou blízkost
- ukazovat na *souvislost nepříjemných* prožitků a brání drog
- přestat s domlouváním, přesvědčováním a vzájemně se *obviňujícím* vzorcem chování
- opakovaně konstatovat, *jak nám chybí* přítomnost dotyčného při příjemných aktivitách
- otevřeně mluvit o vlastních i rodinných *omezích*, které závislost doprovází a vyjadřovat nespokojenost a touhu po změně
- umět vyjádřit vhodnou formou *limity své tolerance* a říci, jak se konkrétně zachováme v případě pokračování užívání drog
- uvědomit si úlohu a typické druhy *manipulací* v drogovém systému a naučit se nenechat se jimi manipulovat
- a v neposlední řadě pochopit, přijmout a naučit se strategie, které bližního mohou *dostat do programu odborné péče*

Z výše popsaného je zřejmé, že je třeba nejprve pečovat o podporu motivace a poskytnutí naděje blízkému člověku závislého, protože pak má dostatečnou víru i schopnost pomáhat v navození změny druhého.

### **Skupiny s blízkými závislých, kteří jsou v současnosti v léčbě**

Tyto skupiny jsou určeny všem, kteří se úžeji vztahují k závislému. Mohou to být členové i širší rodiny, přátelé,

telé, milenci, bližší kolegové či nadřízení z pracoviště. Tato setkání mohou mít podobu pouze informačních skupin. Informace mohou být obecného rázu (diagnóza závislosti, léčebný program, možnosti okolí intervenovat v různých typických situacích). Jindy se mohou soustředit i na vzájemnou výměnu konkrétnějších informací. V takovém případě je dobré skupinu spojovat s možností krátkého individuálního rozhovoru s terapeutem, nejčastěji bezprostředně po skupinovém programu.

V případě, že terapeutický program pro závislého je *dlouhodobý*, jako např. v terapeutických komunitách či v ambulantní léčbě, osvědčuje se polootevřená skupina, ve které je možné kromě vzájemné výměny informací poradensky až psychoterapeuticky pracovat. V popředí jsou následující témata:

- přijetí a vyrovnání se s faktem *diagnózy*
- ošetření některých *traumatických zážitků* souvisejících s braním drog člena rodiny či jinak blízkého člověka – jeho lhaní, citové vydírání, manipulování, krádeže, parazitování, agrese, zatažení dalších do problému apod., pocit bezmoci
- ošetření pocitů *viny* a uvědomění si vlastní, jasně vymezené *zodpovědnosti* v procesu udržování závislosti a uzdravy
- vyjádření *pocitů, postojů a názorů* souvisejících s užíváním drog či léčbou a psychoterapeutická práce na nich
- práce na *interpersonálních* vztazích a situacích, které nějak souvisí s fenoménem závislosti
- přímý *nácvik* některých potřebných vzorců *chování* týkajících se komunikace se závislým, např. vyjadřování obav, starostí, dávání rad
- vyrovnávání se s *úzkostí a strachem z nejisté budoucnosti*, příprava na možné alternativní vývoje
- přijetí možného *relapsu* jakožto součásti uzdravného procesu a *příprava na něj* s případným nácvikem svého chování

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 (spoluzávislé) osobnosti<sup>4</sup>.

Ve *skupinách partnerů* by terapeut měl soustředit svou pozornost zejména na to, aby partner pochopil závislost a uměl *odlišit nemoc od nespolečnosti* na úzdравě, dále aby si uvědomil kvalitu svého *vztahu se závislým*,

<sup>4</sup> O kodependenci viz Kudrle, kapitola 2/3, Psychopatologie závislosti a kodependence; Hajný, kapitola 2/9, Rodinné faktory vzniku a rozvoje závislosti; Broža, kapitola 9/2, Děti a mladiství.

případně jeho vztahy s dětmi, byl schopen rozpoznat, do jaké míry jeho zaujatost partnerovým chováním ovlivňuje *jeho vlastní chování k dětem* a jak by mohl dětem více pomoci (zvl. jejich zneužívání a zanedbávání). Partner by měl pochopit své paralyzující *strachy z dalšího vývoje*, měl by zformulovat a vyjádřit své přání, jak chce v budoucnu žít, jaké jsou *jeho vlastní možnosti* svůj život zlepšit a co pro to může udělat. K tomu pochopitelně patří i zvážení, do jaké míry bude s ohledem na možné pokračování závislosti u svého partnera usilovat o další *společný život* s ním, a pojmenování problémů, které vzniknou v případě *rozchodu* a možnosti partnera se s nimi vyrovnat či je řešit.

Ve skupinách rodičů závislých je třeba ošetřit hlavně *narcistická zranění* z faktu, že rodič má takto problémové dítě, a příslušné pocity viny. Rodič by měl přijmout svou *přiměřenou odpovědnost* na procesu závislosti a úzdravy, a uvědomit si, že jeho úzkost a strach blokují úzdravu dítěte a nástup jeho *osamostatňování*. Skupina by měla napomáhat otevření *nových možností růstu* či nové vývojové fáze pro rodiče (často syndrom vyprázdněného hnízda)<sup>5</sup>. Je často obtížné upozornit některého rodiče na jeho *vlastní specifické problémy*, jejichž řešení by pomohlo závislému dítěti – a doporučit mu případně návštěvu odpovídající terapie. Zde jsou již hranice možností i úkolů odborných služeb na poli závislosti: v koncepci terapeutického programu by mělo být jasně odlišeno „drogové téma“, byť se všemi nutnými souvislostmi, od témat jiných, pro něž je možné vyhledat pomoc jinde (např. u manželského poradce či psychoterapeuta, který se zabývá nedrogovou klientelou).

*Skupinový program pro malé děti závislých rodičů* má být laděn spíše činnostně a používat hry. Při nich terapeut sleduje tyto cíle: jednak *ošetřit traumata* vzniklá chováním závislého rodiče a dovolit alespoň dočasnou *úlevu* z chaotického rodinného prostředí, jednak nabízet *korektivní zkušenost* lepšího dospělého – důsledným chováním, značnou, i když jasně ohraničenou pozorností pro jejich problémy, výraznou emocionální podporou. S výhodou se děti mohou učit novým sociálně-psychologickým i psychomotorickým dovednostem. Terapeut by měl současně monitorovat situaci v rodině a zasáhnout do kontextu v případě, že je dětem ubližováno.

Ve skupinovém programu pro problémové sourozence závislých (zvláště mladiství s kompulsivními poruchami chování) se propracovávají hlavně následující oblasti:

separace/individuace v dospívání, identita a její vývoj, zdravá/nezdravá existenční závislost, impulsivita a její zvládnání, vhodnější formy sebeprosazení atd. Dlouhodobým cílem je podpora a zkvalitňování vývoje emocionální a sociální zralosti.

U skupin partnerských dvojic jde o páry, v kterém jeden z nich je závislý. Skupiny jsou ponejvíce využívány v doléčovací fázi. K nejčastějším problémům patří např. *únava* partnera, jeho stahování se z partnerského vztahu a vyčkávání, jak věc „dopadne“ nebo řešení *partnerství*, které je *narušené* již jiným partnerským vztahem či pouhou neschopností bližního mít se závislým sex.

Často se partneri musí učit, jak být spolu, nebo jak být znovu spolu: rozvíjet vzájemnou emocionální komunikaci, sdělovat pocity, přání a potřeby, vytvářet novou formu vztahu s intimitou, která nesvazuje, a budovat nové společné programy.

Značným problémem je rozpor ve vzájemném očekávání během doléčování. „Zdravý“ partner může být podrážděný neochotou závislého svěřovat se s obsahem a plněním svého doléčovacího programu – závislý tuto žádost obvykle nazírá jako partnerovu snahu o jeho kontrolu a projev nedostatku důvěry, kterou od něho naopak zvýšeně vyžaduje, partner závislého očekává naopak uklidnění svých obav a důkazy, že důvěru může poskytnout.

Tyto skupiny lze vhodně kombinovat s individuálními sezeními jednotlivých členů tak, jak v životě či skupinovém programu vyvstane potřeba. Jednotlivcům je možné doporučit individuální terapii či párovou terapii v případě, že se závažné individuální či partnerské téma nemůže ve skupině z jakéhokoli důvodu otevřít.

### Další možnosti skupinové práce

Jak bylo řečeno výše, nejsou možnosti terapeutických programů pro závislé neomezené. Většina zařízení nemá dostatečnou kapacitu (a neodpovídá to ani jejich koncepci) pro skupiny k řešení specifických potřeb, které se u blízkých závislého mohou objevit. Pokud však takovou potřebu identifikujeme a nemáme možnost na ni sami odpovědět, je třeba doporučit dotyčného na jiné pracoviště. Mezi typy skupin pro specifické potřeby patří především skupiny pro kodependentní osoby a skupiny osobnostního růstu.

### Skupiny pro kodependentní osoby

Často jde o jedince, kteří vyrůstali ve špatně fungují-

<sup>5</sup> Viz Kalina, kapitola 6/6, Rodinná terapie a práce s rodinou.

cím rodinném prostředí, obvykle se závislým rodičem, a v dospívání zjišťují, že jim jejich nedostatečně rozvinutá osobnostní struktura brání ve spokojenějším životě (viz Beattie, 1987, 1999). Někdy to jsou lidé, kteří díky tomuto poškození vytvořili komplementární partnerství se závislým a začali si být vědomi, že svými vzorci chování závislost podporují, i když zároveň již chtějí žít jinak. Může jít ale i o partnery, osobnostně původně dostatečně zralé a „normální“, kteří však v úzkém vztahu se závislým procházeli fázemi stále většího poškození (I. fáze v roli pomocníka, zachraňovatele, II. fáze v roli kontrolora, III. fáze v roli oběti s psychosomatickými problémy) a regredovali na úroveň fungování, která jim nevyhovuje.

Jsou to často terapeuti v oblasti léčby závislostí, kteří u členů rodiny závislého tento problém identifikují a doporučí příslušnou terapii. Při ní je třeba se soustředit na problémy, jako je například identita a možnosti osobního rozvoje, ošetření pocitů méněcennosti i nereálných megalomaničtých snů a nové vzorce reálného jednání – například nácvik koncepčního vybírání si svých programů, sebeprosazení a umění říci „ne“, pomoc při plánování a dotahování vlastních projektů do výsledné fáze, zvyšování sebedůvěry pomocí zrcadlení úspěšných kroků, které klient dělá v programu, podpora při hledání přátel dle svých vlastních potřeb atd.

Většinou se skupinová terapie kodependentních klientů neobejde bez souběžných individuálních sezení. Velkou pomocí může být deník, který vyvádí klienta z myšlenkového uzavřeného kolotoče pochybností a obviňování, což mu umožní využívat svou energii daleko efektivněji. V individuálních sezeních lze také ošetřit agresivitu, která se objevuje za studem a depresí, což jsou fenomény u těchto klientů obvyklé.

### **Skupiny osobnostního růstu**

V souvislosti s procesem osobnostního růstu, kterým prochází závislý klient v doléčovací fázi terapie, vystává potřeba udržení rovnováhy růstu v celém rodinném systému. Členové rodiny závislého často cítí, že ve svém osobnostním růstu zaostávají a cítí potřebu zkvalitnění své osobnosti. Jindy podnět přichází přímo od klienta. K takovému cíli obvykle lze dospět otevřením nových obzorů, ať už studiem, cestováním či vstupováním do nových společenství. Skupiny osobnostního růstu jsou jednou z těchto možností. Jejich účastníci se na nich učí více znát sami sebe, zvědomit si a přeučit některé méně funkční vzorce související s jejich percepcí, prožíváním či chováním; ve skupině se mohou objevit a řešit i vztahové problémy.

Drug use and addiction afflict also relatives of an addict. They should be helped in order to stop their unhealthy patterns of perception, inner dynamic and behaviour, not to "co-operate" with drug in the family anymore and not to transfer co-dependent pattern further. The chapter describes some specifics of most frequent group work with "significant others": 1) informative groups, 2) groups for significant others seeking help for their dependent relatives unmotivated for a change, 3) groups for significant others of drug

addicts being in treatment, 4) groups for the co-dependents, 5) group for personal growth. Particular attention is paid to needs and problems of specific clientele: parents of young drug addicts, partners of addicts, children of dependent parents, etc. In each case, most frequent topics for discussion and typical problem situations are overviewed, and effective strategies with an adequate therapeutic atmosphere and techniques are proposed, also combining group and individual approaches.

**Key words:** co-dependence – children – family – group with relatives – parents – partners – significant others

## Literatura

- Blume S. B.: Alcohol and other drug problems in women. Překlad in: Nociar A. a kol.: Úvod do léčby drogových závislostí. Asklepios, Bratislava, 1996
- Beattie M.: Codependent No more. A Harper/Hazelden Book. Harper&Row Publishers, San Francisco, 1987 (česky: Přestaňte být závislí. Pragma, Praha, 1999)
- Cuskey W. R., Richardson A., Berger L. H.: Specialized therapeutic community program for female addicts. In: NIDA, Serv. Research Rep., DHEW No. (ADM) 79 – 880. US Government Printing Office, Washington D.C., 1979
- Hajný M., Klouček E., Stuchlík R.: Akta Y – Drogový problém vs rodina. Votobia, Olomouc, 1999
- Hajný M.: O rodičích, dětech a drogách. Grada Publishing, Praha, 2001
- Kalina K. a kol.(2002): Devět rad jak ušetřit. Příručka pro rodiče. SANANIM, Praha
- Kaufman E., Kaufman P.: Multiple family therapy with drug abusers. In: Kaufman E., Kaufman P. (eds.): Family therapy of drug and alcohol abuse. Gardner Press, New York, 1979
- Kooyman M.: Therapeutic community for addicts: intimacy, parent involvement and treatment success. Swets a Zeitlinger B.V., Amsterdam, 1993
- Kratochvíl S.: Skupinová psychoterapie v praxi. Galén, Praha, 1995
- Kratochvíl S.: Základy psychoterapie. Portál, Praha, 1997
- Mikota V. : Alkohol v psychoanalýze. Několik poznámek k psychoterapii v psychiatrii. Psychoanalytické nakladatelství Jiří Kocourek, Praha, 1995
- Nakonečný M.: Sociální psychologie. Academia, Praha, 2000
- Nešpor K.: Návykové chování a závislost, Portál, Praha, 2000
- Mentzos S.: Rozumíme sami sobě? Nakladatelství Lidové noviny, Praha, 2000
- Rieger Z.: Ostrov rodiny. Vydavatelství Konfrontace, Hradec Králové, 1997
- Rotgers F. a kol.: Léčba drogových závislostí. Grada Publishing, Praha, 1999
- Úlehla I.: Umění pomáhat. SLON – Sociologické nakladatelství, Praha, 1999
- Vos H. P. J.: Trauma a závislost. Sananim Olomouc, Olomouc, 1997
- Yalom I. D.: Skupinová psychoterapie: Teorie a praxe. Vydavatelství Konfrontace, Hradec Králové, 1999

**Klíčová slova:** Anonymní alkoholici (AA) – 12 kroků – ex-useři – facilitace programu 12 kroků – svépomocné programy

### Svépomocné programy obecně

Termín „svépomocné programy“ označuje celou řadu různých druhů aktivit. Ve vyspělých zemích je to jeden z nejběžnějších způsobů intervence u osob, které se ocitnou v nejrůznějších psychologicky těžkých životních situacích. V řadě zemích je dnes vcelku běžné, že když například žena nechtěně potratí dítě, lékař, nebo zdravotní sestra, kteří s onou maminkou komunikují, automaticky nabízí svépomocné skupiny lidí se stejným „osudem“. Stejně postupy se objevují u situací jako je těžká nemoc či úmrtí blízkého příbuzného, případně tam, kde člověk sám čelí smrtelnému onemocnění, dále u lidí s historií sexuálního a jiného zneužívání v dětství, s poruchami příjmu potravy, psychózami, zhoubnými nádory apod.<sup>1</sup>

V oboru užívání drog a problému závislosti je tento způsob intervence považován za jeden z neúčinnějších nástrojů a zahrnuje opět velmi široký rámec nejrůznějších druhů a způsobů aktivit. Například ministerstvo zdravotnictví Velké Británie vydalo Standardy, ve kterých identifikuje hlavní možnosti nabídky přístupů residenční péče, které je pak následně ochotno finančně podpořit. Jedním ze zmíněných přístupů (v těchto standardech) je také tzv. Minnesotský model vycházející ze svépomocných programů „12 kroků Anonymních Alkoholiků a Anonymních Narkomanů“<sup>2</sup> (SCODA<sup>3</sup>, 1996).

Některé země dokonce vydávají soudní příkazy, zavazující provinilce, kteří způsobí nějaký trestný čin pod vlivem alkoholu, nebo jiných návykových látek, aby navštívili alespoň jedenkrát setkání skupiny AA (Anonymních Alkoholiků), nebo NA (Anonymních Narkomanů).

Existuje celá řada různých intervencí, které mají svépomocný charakter a přitom nejsou obecně považovány za svépomocné programy. Například v ČR vcelku známé peer programy jsou v anglicky psané literatuře

zařazeny do kategorie self-support, tj. svépomocných programů. Dokonce dnes již i v ČR (mezi odborníky) známý program sekundární výměny<sup>4</sup> je považován za jeden z modelů svépomoci. Proto se pokusíme přiblížit, co vlastně pojmem „svépomocné programy“ rozumíme.

### Smysl a význam svépomoci v oblasti drogového užívání a závislosti

V nejšířím slova smyslu se termín „svépomocné aktivity“ nebo „svépomocné programy“ týká „podpory, kterou může uživatel drog získat mimo formální péči, když se pokouší buď abstinovat od drog, nebo redukovat rizika spojená s jejich užíváním“ (Department of Health of UK, 1997). V užším slova smyslu se tento termín a tato metoda používá pro velmi konkrétní programy jako je hnutí Anonymních Alkoholiků, nebo Anonymních Narkomanů. Efektivní podpora – svépomoc – se také velmi často objevuje jako součást úspěšných léčebných i preventivních drogových programů, jinak koncipovaných jako vysoce odborná zařízení.

Na druhé straně se objevují zcela autonomní skupiny uživatelů drog nabízející vzájemnou podporu různého druhu a to nejen formou „diskutujících skupin“. V Amsterdamu například pracuje velmi užitečná skupina uživatelů drog, považovaná za jakýsi ekvivalent „odborů pro drogové uživatele“ se jménem „Junkiebonden“. Tato skupina se zabývá distribucí injekčního náčiní a zároveň distribucí informací v oblasti harm reduction prostřednictvím peer leadery (Booth, 1994). Podobně se můžeme v jednotlivých částech Evropy setkat s různými svépomocnými skupinami, které nabízejí rozmanité typy praktické pomoci od sociálních programů až po jednoduché pracovní nabídky.

Celá řada zařízení od terénních programů až po lůžkovou zařízení pak používá různé techniky a intervence svépomocného charakteru. V terapeutických komunitách je běžné, že celá řada denních úkolů jsou v „režii“

<sup>1</sup> V ČR je registrováno asi 50 organizací, které vyvíjejí přímé svépomocné aktivity pro různé diagnostické skupiny či typy náročných životních situací; celá řada dalších svépomocných skupin pracuje neformálně.

<sup>2</sup> Viz dále v této kapitole.

<sup>3</sup> Standing Conference on Drug Abuse (SCODA) – institut odborného charakteru, který zaštituje britské nestátní organizace a je jejich garantem pro stát.

<sup>4</sup> Jedná se o výměnu stříkaček a jehel prováděnou přímo uživatelem drog, který se pohybuje v drogové scéně a spolupracuje s výměnnými programy. Viz Hrdina a Korčářová, kapitola 8/1, Terénní programy.

samotných klientů<sup>5</sup>. Často jsou to samostatně vedené skupiny klientů nebo podpůrná párová setkání, kdy klient s delší dobou pobytu má povinnost vést každotýdenní podpůrný rozhovor s „mladším“ klientem. Někteří terapeuti zapojují stabilizovanější klienty jako své koterapeuty do podpůrných i motivačních rozhovorů s méně motivovaným klientem. Podobně postupují pracovníci tzv. DROP-IN center<sup>6</sup> ve Velké Británii, kde používají stabilizovanější klienty v procesu prvního kontaktu s novým klientem daného zařízení, nebo zapojují partnery (často uživatele), či rodiny uživatele do procesu pomoci. Další z běžných svépomocných programů jsou socioterapeutické kluby či různé typy příruček „jak si pomoci sám“ (například příručky svépomocného „detoxu“).

V této souvislosti je třeba upozornit na podstatný moment zapojení bývalých klientů do procesu léčby. Je vcelku přirozené, a v mnohých drogových organizacích je to považováno za prospěšné, že jsou vytvářena místa tzv. ex-userů<sup>7</sup>. Takový pracovník má být ovšem upozorněn na důležitost profesionálního růstu a tím i na význam vytváření jasnějších hranic mezi jeho prací a bývalými přáteli či známými, se kterými nyní pracuje jako se svými klienty. Je nutné, aby tým dokázal takového kolegu podpořit a nabídnout mu prostor k přerodu od laického terapeuta – ex-usera směrem k profesionálovi<sup>8</sup>.

Existují však také uznávané organizace (např. ty, které využívají již zmíněný Minnesotský model)<sup>9</sup>, kde je tým složen pouze z bývalých uživatelů, kteří se třeba i po dvaceti letech abstinence a práce v tomto oboru považují pouze za ex-usery, nikoliv za odborníky. Jistě i tento model je legitimní a může mít výhody například v úvodní motivační fázi práce s uživatelem drog, ale i v jiných fázích, kdy klient nachází v členech týmu potřebné a následování hodné vzory. Tyto modely podle našeho názoru sice nenahrazují komplexní léčbu, ale mohou velmi prakticky intervenovat v situacích, kdy uživatel drog hledá podporu „peers“, tj. lidí na téže úrovni, nikoliv profesionálů, a nemá odvahu vstoupit do oficiálního kontraktu s léčebným zařízením. Svěpomocné programy (s výjimkou programů AA, jimiž

se budeme zabývat v další části této kapitoly) zatím nebyly vědecky zkoumány a hodnoceny. Zdá se však, že tento typ intervence nabízí cennou podporu uživatelům drog, která je často i ekonomicky výhodná pro plátce i poskytovatele služeb.

### **Anonymní alkoholici**

Anonymní alkoholici – dále AA – je celosvětové svépomocné hnutí (nikoliv jediná organizace), zahrnující lidi, kteří mají problémy s alkoholem či jinými návykovými látkami nebo obecně se zdraví škodlivými návyky, a chtějí je překonat. Hnutí AA začleňuje do své filosofie určité duchovní principy a pracuje s modelem svépomocných skupin<sup>10</sup>. Vzniklo v roce 1935 v USA, dnes zahrnuje okolo 96 000 skupin ve 134 zemích (Nešpor 2000). Po vzoru Anonymních alkoholiků vznikly organizace pracující na podobných principech, např. Anonymní narkomané (Narcotics Anonymous, NA) a Anonymní hazardní hráči (Gamblers Anonymous, GA)<sup>11</sup>.

Následující příklady hesel, které organizace typu AA pokládají za užitečné, pomohou ilustrovat jejich filosofii i praktický přístup:

- Abstinovat právě dnes (One day at a time): Podobně jako, když jde člověk po nějaké cestě, i zde je třeba ubírat se krok za krokem.
- Nejdůležitější nejdříve (First things first): ze všeho nejdříve je třeba zachovávat abstinenci. Tím se vytvářejí předpoklady k řešení problémů v různých oblastech života a dosahování dalších životních cílů.
- I tohle přejde (This too will pass): záležitosti, které zpočátku vypadají velmi nepříznivě se často vyřeší uspokojivěji, než člověk předpokládal.
- Abstinovat se dá (It can be done).
- Dívej se na věci z dobré stránky (Be positive).
- Napodobuj, až uspěješ (Fake it till you make it): I když někomu mohou připadat osvědčené postupy používané při překonávání návykového problému podivné, vyplatí se je mechanicky napodobit. Vnitřně přijaty mohou být až později<sup>12</sup>.
- Jde to snadno (Easy does it): Tato zásada vybízí k tomu, aby se člověk vyhýbal nadměrnému stresu a vedl rozumný životní styl.

<sup>5</sup> Viz Richterová-Těminová, Adameček a Kalina, kapitola 6/7, Terapeutická komunita jako metoda a systém; Adameček, Richterová-Těminová a Kalina, kapitola 8/8, Residenční léčba v terapeutické komunitě.

<sup>6</sup> Obdobá nízkoprahových kontaktních center v ČR.

<sup>7</sup> Donedávna bylo v ČR běžné používat obecnější pojem „laický terapeut“.

<sup>8</sup> Existují i názory, že trvale fixovat bývalého uživatele v pracovní roli ex-usera je ze strany zaměstnavatele v rozporu s etickým kodexem, protože využívá přetrvávající generalizované vazby (přenosu) na léčebný systém (Kalina, 2000). Viz rovněž Bartošiková, kapitola 7/6, Práce v multidisciplinárním týmu.

<sup>9</sup> Autor J. Vobořil se účastnil týdenní stáže v takovém zařízení ve Velké Británii.

<sup>10</sup> V tomto smyslu AA navazují na Oxfordskou skupinu (viz Těminová a spol., kapitola 6/7, Terapeutická komunita jako metoda a systém). Nešpor (2000) upozorňuje na inspirující úlohu C. G. Junga, který byl přesvědčen, že jednou z příčin závislosti je nenaplnění duchovních potřeb, a doporučil svému pacientovi, neúspěšně léčenému pro závislost, účast na setkáních Oxfordské skupiny – to později přímo ovlivnilo Billa Willsona, spoluzakladatele AA.

<sup>11</sup> AL-ANON je svépomocná organizace velmi podobná Anonymním alkoholikům, která sdružuje rodiče a jiné rodinné příslušníky lidí, kteří mají problémy s alkoholem.

<sup>12</sup> Tato zásada ve formulaci „dělej, jako by“ (do as if) přešla do tradice terapeutických komunit se závislými jako jeden z mnohých vlivů AA v této oblasti (viz Adameček, Richterová-Těminová a Kalina, kapitola 8/8, Residenční léčba v terapeutické komunitě).

– Předej to (Turn it over): slogan doporučuje přijímat věci, které nelze změnit, a zbytečně se jimi nezabývat. Je projevem víry v to, že vše, co člověka potkává, nějakým způsobem slouží jeho prospěchu.

– 7/7: zásada 7/7 říká, že pokud je člověk v krizi, nebo začíná abstinovat, měl by navštívit setkání Anonymních narkomanů nebo Anonymních alkoholiků 7x během sedmi dní v týdnu, tedy každý den.

### Dvanáct kroků

Stojí za to seznámit se s proslulými Dvanácti kroky AA a obdobných hnutí, jak je ve standardním znění přináší publikace AA (1989):

1. Přiznali jsme bezmocnost vůči alkoholu (drogám, hazardní hře) – naše životy začaly být neovladatelné.
2. Dospěli jsme k víře, že síla větší než naše nám vrátí duševní zdraví.
3. Rozhodli jsme se předat svoji vůli a svůj život do péče Boha tak, jak ho chápeme.
4. Provedli jsme důkladnou a nebojácnou inventuru sami sebe.
5. Přiznali jsme Bohu, sami sobě a jiné lidské bytosti přesnou povahu svých chyb.
6. Byli jsme zcela svolní s tím, aby Bůh odstranil všechny tyto naše charakterové vady.
7. Pokorně jsme ho požádali, aby naše nedostatky odstranil.
8. Sepsali jsme listinu lidí, kterým jsme ublížili a kterým to chceme nahradit.
9. Rozhodli jsme se provést tyto nápravy ve všech případech, kdy to okolnosti dovolí, s výjimkou situací, kdy by to jiným lidem uškodilo.
10. Pokračovali jsme v provádění morální inventury, a když jsme udělali chybu, pohotově jsme ji přiznali.
11. Pomocí modlitby a meditace jsme zdokonalovali svůj vědomý styk s Bohem, jak jsme ho chápali, a modlili se pouze za to, aby se nám dostávalo poznání jeho vůle a síly ji uskutečnit.
12. Výsledkem těchto kroků bylo, že jsme se duchovně probudili a v důsledku toho jsme projevíli snahu předávat toto poselství ostatním závislým a uplatňovat tyto principy ve všech svých záležitostech.

Je třeba zdůraznit, že organizace typu AA se nevází k určitému náboženství a mezi jejich členy jsou i ateisté. „Silou větší než naše“ se dá chápat i společenství lidí nebo síla tradice (Nešpor, 2000). Předání života do vyšší moci analyzuje Bateson (1971) jako příklad terapeutické dvojné vazby: před debaklem nutilo okolí al-

koholika mít pití pod kontrolou a on sám žil v mylném přesvědčení, že je to možné – v okamžiku, kdy příznává bezmocnost vůči závislosti, činí důležitý krok k tomu, aby problémy s ní překonal.

Nešpor (op.cit.) sledává na 10. „kroku“ pozoruhodné a správné to, že uzdravení se nechápe jako stav získaný jednou provždy, ale jako něco, na čem je třeba stále pracovat a co je potřeba soustavně udržovat. – Je to jen jeden z příkladů praktického a přitom o hlubokou lidskou zkušenost opřeného myšlení AA; totéž platí např.o zásadě „Abstinuj dnes“ – z klinické zkušenosti je známé, že představa „abstinovat navždy“ je před vstupem do léčby nebo na jejím počátku pro řadu klientů nesnesitelná, zatímco řada terapeutů na ní mylně trvá<sup>13</sup>.

### Účinnost přístupu AA

Účinné faktory přístupu AA uvádíme podle Wallace (in Rotgers, 1999):

1) *Přiznání ztráty kontroly*: přijetí skutečnosti, že se užívání psychoaktivních látek vymklo člověku z jeho ovládacích schopností. Příčinou ztráty kontroly je omezení – závislost, které nelze ovlivnit vlastním rozhodnutím, vůlí a morálním přesvědčením. Neznamená to přiznání bezmoci v čemkoliv ostatním.

2) *Přijetí modelu nemoci*: předpokládá další kognitivní změny – poznání, identifikace a přijetí. Člověk se musí zbavit obranných mechanismů (popření, racionalizace, bagatelizace atd.) a uznat negativní bio-psycho-sociální důsledky konzumace. Přijetí „modelu nemoci“ pro sebe samotného může pomoci překonat pocity viny, studu a zlosti, které mohou rozpad obran doprovázet a ohrožují vnitřní integritu.

3) *Abstinence*: nejpodstatnějším důsledkem přijetí modelu nemoci je rozhodnutí abstinovat. AA odmítají „kontrolované užívání“ jako cíl léčby a zdůrazňují ústřední roli abstinence v dosažení a udržení uzdravení. Zdůrazňuje se i sociální význam abstinence: pokusy kontrolovaně pít a užívat drogy nejen udržují závislé v „chemickém způsobu řešení životních problémů“, ale separují je také od střízlivých přátel a od podpůrného společenství AA.

4) *Spiritualita*: jakmile si závislý připustí svou bezmocnost vůči návykovým látkám, ocitá se tváří v tvář novému dilematu – jestliže není schopen sám kontrolovat své chování, kdo to bude dělat za něj? AA podporují své členy, aby uvěřili v existenci něčeho silnějšího, než jsou oni sami, a aby se k této síle obrátili a svěřili se jí.

<sup>13</sup> V mnohých svých tezích navazují AA na rané křesťanské mystiky. Například zmíněná zásada „Abstinuj dnes“ se ve formulaci „Vyrvej dnes“ objevuje v návodech, jak odolávat pokušení, u tzv. otců pouště. AA také oživilo modlitbu sv. Augustina „Bože, dej mi sílu přijmout věci, které nemohu změnit, odvahu měnit věci, které změnit mohu, a moudrost odlišit jedny od druhých.“

Důraz kladený na spiritualitu však může být pro některé přínosem, pro jiné kamenem úrazu<sup>14</sup>. AA obchází ožehavé problémy tím, že jednoduše definují jako „sílu větší, než je člověk sám“ své společenství. Na počátku procesu uzdravování svěří závislí svou vůli a životy druhým, čímž se mohou otevřít novému poznání, alternativním behaviorálním strategiím k řešení vlastních problémů a novým přístupům k řešení závislosti.

5) *Podpora společenství*: identifikace s lidmi, kteří trpí stejnými problémy, napomáhá zmírnění pocitů viny, úzkosti a výčitek, a poskytuje emocionální podporu, pocit sounáležitosti, způsob, jak zacházet s osamělostí, společné řešení problémů, nácvik střízlivých modelů chování a posilování motivace k vytrvání v abstinenci<sup>15</sup>.

6) *Uvědomění, sebepoznání, sebekritika, odpovědnost*: k uvědomění si vlastních slabých stránek slouží soupis „osobního inventáře“ – ve skupině a v individuálním poradenství se pak nejčastěji věnuje pozornost motivům, reakcím na stres, zlost, odmítnutí, strachu a následkům alkoholického či drogového životního stylu. Na sdělování a sdílení vlastních pocitů v bezpečném interpersonálním kontextu navazuje sebekritika s praktickými důsledky náhrady způsobených škod tam, kde je to možné, což posiluje zdravou kontrolu vlastního jednání a převzetí odpovědnosti.

O efektivitě AA existují v odborné literatuře přesvědčivé doklady. V současnosti je v USA běžné, že se účast ve svépomocné organizaci typu AA kombinuje s profesionální léčbou. V rámci léčby prováděné profesionály probíhá například příprava a podpora účasti klienta ve svépomocném programu typu AA („facilitace účasti“ – viz Nowinski, 1999). Profesionální pracovník tak provádí jakousi pre-terapii či podpůrnou terapii, která klientovi umožňuje nástup a zapojení do programu 12 kroků. Nešpor (op. cit) uvádí, že takový přístup je prokazatelně nejméně tak efektivní jako posilování motivace a kognitivně-behaviorální terapie<sup>16</sup>.

---

<sup>14</sup> Například proto, že nejsou věřící nebo naopak proto, že jejich víra je příliš spojena s určitou náboženskou doktrínou.

<sup>15</sup> Srovnej např. účinné faktory skupinové psychoterapie, Kratochvíl, 1995, cit. in Miovský, kapitola 6/4, Hlavní psychoterapeutické přístupy v léčbě závislosti.

<sup>16</sup> Viz též Nešpor, kapitola 4/1, Úvod do problémů diagnostiky a „matchingu“.

In the broader sense, the term "self help activities or programmes" is defined as a support which the user can get apart from the formal care, when trying to quit using or to reduce risks. In this sense self help activities are in the West more developed and recognised than in the CR. The chapter present several examples of self help activities, e.g. in streetwork, drop-in centres, in therapeutic communities or in aftercare. Problems of ex-users working in these programmes are summarised, and the standpoint is emphasised

that ex-users should be promoted in their professional growth. Further, the chapter puts an overview of the self-help movement of AA (AN), it presents some of their practical instructions, "12 steps" and it makes an analysis of effective factors of this approach, which – combined with professional facilitation – has been proved as effective.

**Key words:** Alcoholic Anonymous (AA) – ex-users – facilitation of 12 steps programmes – self help activities – 12 steps

## Literatura

- AA: Anonymní alkoholici. Příběh o tom, jak se tisíce mužů a žen vyléčilo z alkoholismu. Česká verze. Alcoholic Anonymous World Service Inc., New York, 1989
- Bateson G.: The Cybernetic of Self: A Theory of Alcoholism. In Bateson G.: Steps Toward an Ecology of Mind. Ballantine Books, New York., 1972
- Booth R. E. : Reaching Drug Misusers Not In Treatment. Zpráva připravená pro vládní komisi (Task Force). London, 1994
- Department of Health: The Task Force to Review Services for Drug Misusers. Crown, London, 1997
- Durand M. A., Andrew T., Gossop M.: Drug Misuse: The Forgotten Families. A report to the Esmee Fairbairn Charitable Trust. National Addiction Centre, London, 1995
- Gossop M., Battersby M., Strang J.: Self-detoxification by Opiate Addicts: A Preliminary Investigation. British Journal of Psychiatry, roč. 159, str. 208 – 212, 1991
- Nešpor K.: Návykové chování a závislost. Portál, Praha, 2000
- Nowinski J.: Facilitace programu 12 kroků pro léčbu závislostí. In: Rotgers F. a kol.: Léčba drogových závislostí. Grada Publishing, Praha, 1999
- Christo G.: Does Recovery Happen in NA? ISDD Druglink, 17, July – August 1994
- Standing Conference on Drug Abuse: Quality standards in residential treatment. SCODA, London, 1996
- Standing Conference on Drug Abuse: New options – changing residential and social care for drug users. SCODA, London, 1997
- Wallace J.: Teorie léčby založené na 12 krocích. In: Rotgers F. a kol.: Léčba drogových závislostí. Grada Publishing, Praha, 1999
- Wells B.: Narcotic Anonymous (NA) in Britain. In: Strang J., Gossop M.: Heroin Addiction and Drug Policy. Oxford University Press, Oxford, 1994

### Mgr. Jindřich Vobořil Pg.Dip

Absolvent vychovatelského oboru TF UP Olomouc. R. 1999 – 2001 postgraduální studium Pg.Dip/MSc Drug Use and Addiction – School of Applied Psychology, John Moores University, Liverpool, v současnosti tamtéž dokončuje disertační práci pro MSc. Výcvik v poradenských dovednostech – Greenwich College (London). Praxe – spoluzakladatel a současný výkonný předseda Sdružení Podané ruce, práce v TC Cranstoun London. Externí lektor FSS MU Brno – drogové intervence, 1. místopředseda A.N.O. (Asociace nestátních organizací).

*Kontakt: Sdružení Podané Ruce,  
Francouzská 36, 602 00 Brno,  
E-mail: jvobo@sendme.cz*

**MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc. MSc. – Informace o autorovi a kontakt viz kapitola 1/1.**