



Sexuologická témata v terapeutické komunitě

Témata, se kterými se setkáváme během dlouhodobé rezidenční léčby závislých

obsah

- 1 ÚVOD**
- 2 OMEZENÍ INTIMNÍCH A SEXUÁLNÍCH VZTAHŮ V TK**
- 3 NEJČASTĚJŠÍ SEXUOLOGICKÁ TÉMATA V TK**
 - 3/1 Témata, která si s sebou klienti přináší z minulosti**
 - 3/1/1 Spokojenost se sexuálním životem**
 - 3/1/2 Sexuální dysfunkce**
 - 3/1/3 Normalita v sexu**
 - 3/1/4 Rizikové sexuální chování**
 - 3/1/5 Prostituce**
 - 3/1/6 Těhotenství, potraty**
 - 3/1/7 Sexuální orientace**
 - 3/1/8 Sexuální preference**
 - 3/1/9 Sexuální násilí**
 - 3/1/10 Sexuální zneužívání v dětství a dospívání**
 - 3/2 Témata, která vznikají přímo v léčbě**
- 4 PRÁCE SE SEXUOLOGICKÝMI TÉMATY V RÁMCI PROGRAMU TERAPEUTICKÉ KOMUNITY**
 - 4/1 Volná skupina**
 - 4/2 Žensko-mužská skupina**
 - 4/3 Analytická skupina**
 - 4/4 Prevence relapsu**
 - 4/5 Arteterapie**
 - 4/6 Skupinová imaginace**
 - 4/7 Vzdělávání**
- 5 RIZIKA A LIMITY PRÁCE SE SEXUOLOGICKÝMI TÉMATY V TERAPEUTICKÉ KOMUNITĚ**

ČERVENEC - SRPEN 2011

1 ÚVOD

Terapeutická komunita představuje jeden z modelů dlouhodobé rezidenční léčby pro osoby závislé na návykových látkách. V naší zemi má tento typ zařízení dvacetiletou tradici, která začala založením první komunity o.s. SANANIM v Němčicích u Volyně, inspirované zahraničními i domácími zkušenostmi. Ze zkušeností

z práce v tomto léčebném zařízení jsme také primárně vycházeli při vytváření následujícího textu. I když jsme naše zkušenosti opakovaně diskutovali s kolegy z dalších terapeutických komunit, sdružených v odborné sekci TK Asociace nestátních organizací, není vyloučeno, že poznatky jiných kolegů a jiných

zařízení mohou být odlišné. Vzhledem k tomu, že toto téma je v české odborné literatuře zmapováno jen minimálně, považujeme i mírně subjektivní a validními daty často nepodložený pohled za přínosný. Přístup k léčbě klientů v terapeutické komunitě Němčice a jí podobných zařízeních vychází z bio-psycho-sociálního modelu závislosti a přistupuje k dané problematice jako k celku, jehož zlepšení vyžaduje nejen abstinenci od návykových látek, ale především změnu životního stylu a vztahování se k ostatním lidem. V rámci tohoto celostního přístupu se pak během léčby jednotlivce a v každodenním společném životě komunity objevují témata, která se závislostí na první pohled jen stěží souvisí. Jedním z nich je právě sexualita a s ní spojené prožívání a chování.

2 OMEZENÍ INTIMNÍCH A SEXUÁLNÍCH VZTAHŮ V TK

Terapeutická komunita představuje složitý organismus s množstvím pravidel a zvyků. Nejdůležitější z nich jsou tzv. **kardinální pravidla** (případně podobně nazvaná pravidla). Tato pravidla zaručují elementární bezpečí členů komunity a jsou jediná, o kterých nelze vyjednávat. Zahrnují obvykle zákaz užívání drog a alkoholu, násilí, diskriminaci a zavazují klienty přijmout systém léčby v TK a podřídit se rozhodnutí komunity. Za jejich porušení následuje většinou vyloučení klienta z TK¹. Jedním ze základních pravidel je ve většině komunit také zákaz navazování intimních vztahů a sexuálních kontaktů mezi členy komunity. V praxi to znamená, že pokud vznikne mezi dvěma členy komunity partnerský vztah nebo proběhne-li mezi nimi sexuální kontakt, musí obvykle jeden, případně oba, komunitu opustit. Každá komunita má v tomto směru své vlastní zvyklosti. Někdy je odchod okamžitý, často je umožněno jednomu z klientů přestoupit do jiné TK. V některých komunitách jsou za určitých podmínek vztahy mezi klienty možné, jako je tomu např. v již zmiňované TK Němčice. Pokud jsou klienti v pokročilejší fázi léčby a informují o svém vztahu skupinu, která s ním za určitých podmínek souhlasí, pak je možné setrvání obou v léčbě a pokračování vztahu.

¹ V rámci celého textu používáme termínu „klient“ souhrnně pro osoby obou pohlaví, léčící se v programu terapeutické komunity, pokud není specifikováno jinak.

Pro aplikaci poměrně přísného pravidla, zakazujícího intimní vztahy mezi členy komunity, existuje několik důvodů. Především, sexuální nebo partnerský vztah mezi dvěma klienty neúměrně zatěžuje celou komunitu, představuje silnou koalici a je ve skupině i pro léčebný proces daných jedinců (který se v tu chvíli téměř zastaví) velmi nežádoucí. Dále pak jsou tyto vztahy často zhoubné pro samotné aktéry, protože během nich opakují maladaptivní vzorce z minulosti, ze které si nesou minimální zkušenosti se zdravými vztahy bez drog, zato častá traumata ze znásilnění, zneužívání, vzájemného ponižování a využívání. Přestože je navazování sexuálních vztahů mezi dospělými lidmi, kteří spolu žijí poměrně dlouhou dobu na jednom místě, přirozené, zvitězí obvykle fakt, že takový vztah představuje pro jedince i komunitu velkou komplikaci a ohrožení léčebného procesu. Díky tomuto omezení je pak také možné ve skupině bezpečně a otevřeně zpracovávat problémy spojené se sexualitou, sexuálními rolami, dysfunkcemi, traumatizací, násilím apod. a hledat tak zralejší cestu k partnerským vztahům a sexualitě v budoucnu.

3 NEJČASTĚJŠÍ SEXUOLOGICKÁ TÉMATA V TK

Témat, týkajících se sexuálního chování a prožívání sexuality, se kterými se během léčby v TK setkáváme, je poměrně velké množství. Zjednodušeně bychom je mohli rozdělit na problémy, které si klienti s sebou do léčby přináší a situace, které vznikají až během jejich pobytu v komunitě, v rámci každodenního života společenství. Mezi oběma skupinami samozřejmě existuje přímé spojení. Klienti často v sexuálním chování opakují, stejně jako v jiných oblastech života, vzorce, které mají zažité z minulosti. Málkokdy je přitom jedinec s tématem ve skupině osamocený. Naopak se často stává, že otevření citlivých témat jedním spustí lavinu podobných příběhů. V jedné skupině se také mohou sejít představitelé různých rolí v jednom problému, např. oběti násilí a agresori.

3/1 Témata, která si s sebou klienti přináší z minulosti

Následující přehled není jistě vyčerpávající, představuje pouze nejčastější témata, týkající se sexuality, která se ve skupině objevují jako pozůstatky z minulosti. Jejich počátky bývají někdy už v dětství, často jde ale především o následky životního stylu spojeného každodenně s drogami. Otevření těchto témat a práce s nimi je nutnou podmínkou budoucích zdravějších partnerských a mezilidských vztahů klientů.

3/1/1 Spokojenost se sexuálním životem

Sexuální život klientů v minulosti často začínal a končil s drogami. Na první otázku, zda byli v sexu spokojeni, většinou odpoví, že ano. Při bližším doptání se ale dozvídáme, že často i několik let žádný sexuální život neměli, ať už kvůli strachu, špatným zkušenostem (většinou ženy), nebo nedostatku příležitostí a neschopnosti navázat kontakt (většinou muži). Někteří měli naopak velmi intenzivní, ale naprosto nevyhovující sexuální život nebo takový, který je bez drog jen těžko možný (promiskuita, rizikovní partneři, sex spíše jako výkonová disciplína než společný zážitek). Většina klientů má obavy z toho, jak budou sex a fyzickou blízkost prožívat ve střízlivém stavu. Jestli unesou všechny vzpomínky, které se jim v takové situaci vynoří (na znásilnění, prostituci, různé nestandardní praktiky pod vlivem drog apod.). Jestli vůbec zvládnou mít sex bez drog, jestli to budou „umět“. Především muži mívají velký strach ze selhání. Bojí se, zda vůbec u nich dojde ke vzrušení, k vyvrcholení nebo budou-li schopni uspokojit partnerku. Toto jsou velmi časté obavy klientů, o kterých se ale mluví většinou jen opatrně,

v náznamech. Často mají především uživatelé pervitinu sex s touto drogou natolik spojený, že je obavy ze selhání vedou k úvahám nad kontrolovaným bráním nebo občasným relapsem, a to překvapivě většinou na konci léčby, kdy téma sexuálních vztahů začíná být znovu aktuální.

3/1/2 Sexuální dysfunkce

Klienti se v minulosti často potýkali s problémy v oblasti sexuality, z nichž některé splňují kritéria sexuálních dysfunkcí. Z výzkumu Justinové (2010) vyplývá, že problémoví uživatelé drog uvádí několikanásobně častěji některou ze sexuálních dysfunkcí, než je její výskyt v běžné populaci ČR (Weiss, Zvěřina, 2009). Objevují se dysfunkce primární, tedy vyskytující se od počátku sexuálního života (a drogami někdy dočasně „vyléčené“), tak sekundární, které vznikly často v souvislosti s užíváním a klient si není jistý, jestli budou přetrvávat nebo ne. Může se stát, že jedinec ani neví, že trpí nějakou dysfunkcí,

Sexuální dysfunkce a jejich možný původ

Nedostatek nebo ztráta sexuální touhy (frigidita)

Mírnější formou je snížená sexuální apetence. Může jít o poruchu primární (od počátku pohlavního života), sekundární (po určitém období normální sexuální reaktivity), generalizovanou (za všech podmínek a se všemi partnery) nebo selektivní (jen za určitých podmínek a s konkrétním partnerem). Tradičně je považována za ženský problém, stále častěji se ale vyskytuje i u mužů.

Často bývá spojena s **poruchami vzrušení** a **anorgasmii**.

■ Psychogenní příčiny – nejčastější, především nevyhovující vztah, traumatické zkušenosti, deprese či jiná psychická porucha, roli hraje také věk (psychická zralost a kondice), výchova a společenské zvyklosti.

■ Organické příčiny (především u poruch vzrušení a anorgasmie) – zánětlivá onemocnění pohlavních orgánů, neurologické nebo endokrinní poruchy, vliv léků a toxických látek, diabetes.

Hypersexualita (hypererotismus)

Její mírnější formou je zvýšená sexuální apetence. Jedinec pociťuje zvýšenou potřebu sexuálního vybití, která může být až obtěžující a narušovat mu spokojený partnerský život. Projevy hypersexuality jsou častá masturbace, mimomanželské vztahy, neosobní sex, neovladatelná promiskuita. Průvodním jevem bývá u žen anorgasmie.

■ Hypersexualita jako závislost – řazena mezi závislosti (Cannes, 1983, in Kratochvíl, 2008) pro typické znaky závislého chování: nadměrné soustředění na sex, ztrátu kontroly nad sexuálním chováním, následně pocity studu za své chování, obětování všeho ostatního sexuálnímu pudu. Dochází ke zvyšování tolerance, projevují se abstinenci příznaky. Chování může být časem i společensky nebezpečné.

■ Hypersexualita jako nutkavé chování – Coleman (1990, in Kratochvíl, 2008) řadí hypersexualitu mezi kompulzivní chování, které má vést ke snížení napětí, zbavení se úzkosti a deprese.

■ Hypersexualita jako impulzivní chování – Barth a Kiner (1987, in Kratochvíl, 2008) přisuzují hypersexualitu neschopnosti odporovat impulzům vykonat určité jednání.

Poruchy erekce

Chybějící, nedostatečné nebo nespolehlivé ztopoření mužského pohlavního údu. Porucha se projevuje tím, že se nezdaří uskutečnit soulož nebo je její průběh znesnadněn. Porucha v této oblasti se významně dotýká mužského sebevědomí, může mít velmi negativní dopady na psychický stav muže a může vést k neurotizaci, konfliktům v partnerském soužití, k depresivním stavům až pokusům o sebevraždu.

■ Organicky podmíněné poruchy erekce – anomálie pohlavních orgánů nebo jejich zánětlivá onemocnění, neurologické, endokrinní nebo vaskulární poruchy, vliv léků a toxických látek, diabetes.

■ Psychogenně podmíněné poruchy erekce – situační faktory, traumatické zážitky, partnerské problémy, osobnostní proměnné, psychické stavy a psychické poruchy.

Neorganická dyspareunie

Bolestivé a nepříjemné pocity při souloži, které jsou psychogenního původu a nejsou tedy způsobeny ani somatickou příčinou ani jinou dysfunkcí (vaginismem, nedostatkem vzrušení atd.). V takovém případě bývají příčinou především traumata z minulosti nebo negativní postoj ženy k sexu či konkrétnímu partnerovi.

Zdroj: Kratochvíl, 1999; Kratochvíl, 2008;

protože daný stav považuje za normu. Nejčastějšími problémy, které klienti uvádějí, je nedostatek nebo ztráta sexuální touhy nebo naopak hypersexualita, poruchy erekce, poruchy vzrušení, dysfunkční orgasmus a neorganická dyspareunie, tedy bolestivý nebo nepříjemný styk (některým dysfunkcím a jejich původu je věnován text v rámečku).

3/1/3 Normalita v sexu

Stejně jako v jiných oblastech lidského života, mají i v sexu klienti terapeutické komunity často pokřivenou představu o tom, co je běžné². Obzvláště to platí o těch, kteří žili v drogovém prostředí delší dobu nebo těch, kteří začali sexuálně žít v době, kdy již užívali drogy. Co je obvyklé mezi uživateli, není často běžné ani přijatelné ve většinové populaci. Příkladem může být velká promiskuita, sexuální volnost v rámci partnerských vztahů nebo násilí ve vztahu. V tomto směru je pro klienty velmi důležitý pohled terapeutického týmu. Pro obě strany bývá překvapivé, co je pro toho druhého „normální“ a co ne.

3/1/4 Rizikové sexuální chování

Je všeobecně známo, že problémoví uživatelé drog představují jednu z nerizikovějších skupin obyvatel, pokud se jedná o sexuální chování a v jeho důsledku především přenos pohlavně přenosných chorob (Zábranský et al., 2006; Krekulová & Řehák, 2009; Mravčík et al., 2009). S tímto tématem se v komunitě setkáváme jako s nedílnou součástí drogového života. Klienti mívají pocit, že promiskuita, nechráněný sex, rizikovní partneři nebo sexuálně přenosné choroby k užívání drog a životu mezi uživateli patří, a často také že toto všechno s drogami skončilo. Z nízkoprahových služeb jsou již před léčbou v tomto směru dobře informováni a tuší, že něco v jejich chování nebylo úplně správně. Nijak zvlášť se tím však nezabývají a považují to za uzavřenou kapitolu. Přitom je velmi pravděpodobné, že např. návyky ohledně používání kondomů se s abstinencí příliš nezmění, pokud tomu nebudeme věnovat žádnou pozornost. Dalším tématem může být vědomí, nebo i jen podezření, že jedinec nakazil kvůli svému nezodpovědnému chování další osobu (např. partnerku, která drogy neužívala a o klientově užívání nevěděla). V komunitě také někdy přetrvává strach z nákazy HIV nebo virovou hepatitidou typu B nebo C v období těsně před léčbou. Proto je samozřejmostí testování na tyto závažné infekční choroby ještě v průběhu pobytu klienta v TK.

² Ve smyslu prevalence v populaci ČR, kterou mapují opakovaně studie Weisse a Zvěřiny. (Weiss a Zvěřina, 2009).

3/1/5 Prostituce

Samostatnou kapitolou rizikového sexuálního chování je prostituce. Ať už se jedná o aktivní prostituci mužů i žen za peníze, sexuální služby výměnou za drogy, vystupování v pornografických filmech, působení na erotických linkách nebo internetových stránkách, časté využívání služeb komerčních sexuálních pracovníků nebo zapojení se do prostituce v roli „pasáka“. Ve všech těchto oblastech mají klienti komunit poměrně velké zkušenosti a také si z nich přinášejí do léčby velmi těžká témata a závažná traumata. Složitá situace nastává v momentě, kdy se na skupině setkává více stran obchodu se ženami, tedy např. ženy, které byly nuceny k prostituci a muži, kteří sami takové ženy nutili a často s nimi zacházeli velmi brutálně nebo ti kteří je coby klienti ponižovali. Toto setkání u společného tématu klade velké nároky na terapeuta, ale pokud se podaří zajistit ve skupině bezpečí, může být velmi přínosné pro všechny strany. Takové ženy se totiž mužů často bojí, muži jsou jim odporní, považují je obecně za brutální, necitlivé a všeho schopné. Muži naopak ženami opovrhují, sebemenší projev náklonnosti mají za vypočítavost, ženy jsou pro ně poddruh, kterému se nic nesmí věřit a který je třeba držet zkrátka. Komunita je pro takové klienty a klientky příležitostí, jak si pohled na druhé pohlaví poopravit. Velkým tématem u žen se zkušeností z prostituce je samozřejmě také vlastní cena, znovunabytí sebevědomí a víra v to, že je v budoucnu možné mít zdravý a vyrovnaný partnerský vztah.

3/1/6 Těhotenství, potraty

Téma také úzce souvisí s rizikovým sexuálním chováním v době užívání drog. Chtěná i nechtěná těhotenství a potraty bývají u klientek (ale i u klientů v roli otců) často dlouhodobým traumatem, spojeným s mnoha výčitkami. Ženy tuší, jak moc byly tyto události ovlivněny drogami a je pro ně bolestivé si svoji zodpovědnost připustit.

Téma těhotenství a rodičovství problémových uživatelů návykových látek je velmi důležité v prevenci i léčbě těchto osob. Jde o rozsáhlou a komplexní problematiku, která přesahuje možnosti tohoto textu. Problematiku užívání návykových látek v těhotenství z hlediska lékařské péče dlouhodobě mapují Blanka Vavřínková a Tomáš Binder (2007), psychologickými a sociálními aspekty problému rodičovství uživatelů se ve své přednáškové a publikační činnosti zabývá také Ilona Preslová (2007, 2009).

3/1/7 Sexuální orientace

Přítomnost homosexuálně orientovaného klienta nebo klientky ve skupině většinou rozpoutá silnou dynamiku. O to spíš, že málokterý uživatel v léčbě je se svou menšinovou orientací dobře vyrovnán a orientace byla často nějak spojená s užíváním drog. Homosexuálně orientovaní uživatelé drog jsou obvykle diskriminováni ze dvou stran – komunita lidí se stejnou sexuální orientací je může odsuzovat kvůli jejich užívání drog, uživatelé zase za odlišnou sexuální orientaci. Ze strany širokého okolí bývají výhrady vůči obojímu. Z našich zkušeností vyplývá, že heterogenní léčebná skupina v terapeutické komunitě je schopná se vyrovnat podstatně lépe s přítomností lesbických klientek než homosexuálních klientů. Důvody mohou být poměrně komplikované a přesahují rámec našeho textu. Mimo jiné ale hraje velkou roli fakt, že naprostá většina žen v léčbě uvádí zkušenost se sexem se ženou a často se považují za bisexuálně orientované, proto jim lesbické ženy nevadí. Ženy jsou v tomto ohledu v komunitě tradičně tolerantnější a chrání i homosexuální muže. Negativní náladu často rozdmýchávají klienti, kteří byli někdy homosexuálně zneužiti nebo znásilněni, nebo kteří, i když sami heterosexuálové, se živili homosexuální prostitucí. V posledním roce nebo dvou se však zdá, že i nastavení vůči homosexuálním klientům se podstatně mění k lepšímu. Může to být náhoda, ale možná také vliv tolerantnějšího postoje celé společnosti (patrný např. z průzkumu CVMM, 2008) nebo výsledek lepší práce s tématem v terapeutických týmech. Pokud jsou homosexuálně orientovaný klient nebo lesbicky orientovaná klientka dobře přijati, pak bývá podstatným tématem v jejich léčbě vyrovnání se se svou odlišností, začlenění se do gay nebo lesbické komunity, nenaplněná touha po dětech apod.

3/1/8 Sexuální preference

Mezi klienty panuje poměrně vysoká míra tolerance k různým sexuálním preferencím. Většina z nich se ve svém drogovém životě setkala s mnoha nestandardními požadavky nebo praktikami, takže je máloco překvapí. Není ale časté, že by něčí preference byly předmětem skupin. Pokud už taková potřeba nastane, jako třeba v případě, kdy se jeden klient stává objektem sadistických fantazií druhého, pak se specifické preference řeší na skupině jen do té míry, aby to bylo pro všechny bezpečné. Těžšíště práce se obvykle přesouvá do ordinace sexuologa.

3/1/9 Sexuální násilí

Během léčby v terapeutické komunitě se téma sexuálního násilí objevuje poměrně často. Opět se zde setkávají klienti v roli oběti a v roli agresora. Zkušenost se znásilněním je u žen velmi častá. Jako konzumentky alkoholu a drog se vystavují ve zvýšené míře nebezpečí znásilnění cizím pachatelem. Bývají zapojeny do prostituce, pohybují se v sociálním prostředí, kde je násilí běžné. Především ale bývá na denním pořádku násilí v partnerských vztazích uživatelů drog. Často se v tomto směru setkáváme s velmi odlišným pojetím normality, kdy většina klientů je přesvědčena, že vynucený sex, znásilnění jako „trest“ za neposlušnost partnera apod. jsou běžnou součástí drogového života a jako s takovou je nutné s ní počítat a nemá smysl se tomu vzpírat. Agrese vůči ženám, včetně té se sexuálním podtextem, je z pohledu dlouhodobých uživatelů běžná součást partnerství. Muži zase mívají velmi nepříjemné a traumatické zkušenosti se znásilněním především z výkonu trestu, ale jen málokdy naleznou odvahu o nich otevřeně mluvit (bývá to jedno z posledních odhalených témat ve skupině a svědčí o tom, že ve skupině je pro klienty vysoká míra bezpečí a důvěry).

3/1/10 Sexuální zneužívání v dětství a dospívání

Také téma sexuálního zneužívání v dětství je bohužel v terapeutické komunitě poměrně časté. Klienti, především ženy, si ho nesou z minulosti jako obrovské trauma, které většinou na léta potlačili excesivním užíváním drog. V populaci drogově závislých se podle očekávání a v souladu s dosavadními výzkumy dopadů zneužívání vyskytuje podstatně větší procento těch, kteří zneužívání zažili, než je tomu v běžné populaci. V naprosté většině jde o pachatele z okruhu rodiny nebo blízkých rodinných přátel. Klienti také většinou zažijí sekundární viktimizaci, kdy rodina (nejčastěji matka) a případně i úřední osoby situaci zlehčí nebo popřou, nutí oběť do zapírání, nařknou ji ze lži a jednají s ní necitlivě.

3/2 Témata, která vznikají přímo v léčbě

Z výše popsaných témat, se kterými klienti přichází do léčby, vychází i většina situací, které v souvislosti se sexualitou vznikají přímo v léčbě. Muži i ženy často používají stejné chování, na které byli zvyklí venku, v drogovém světě. Přináší si také mnoho předsudků vůči opačnému i vlastnímu pohlaví, které se jen pomalu daří měnit. Je to těžké hlavně proto, že se většinou najde někdo v komplementární roli, kdo jedinci jeho zkušenost znovu potvrdí.

Nejčastěji se tedy ve skupině potýkáme s vyzývavým chováním žen, které se jen pomalu učí, kde jsou směrem k mužům zdravé hranice. Časté je flirtování, nabízení sexuálních služeb jak pro potěšení, tak výměnou za drobné výhody nebo za ochranu ve skupině ze strany muže. Sexualita se používá i jako mocenský nástroj, nejen pro uspokojení potřeb. Nejen že se tím ustanovuje přísně střežené tajemství mezi zúčastněnými, ale často se jeden z páru zamiluje, čímž se druhému vydává naprosto na milost. Flirtování, časté mluvení o sexu, společné rozvíjení sexuálních fantazií a další podobné projevy mají velký potenciál nastavit v komunitě tzv. dvojí život, kdy se na skupině mluví uvědoměle a povrchně „pro terapeuty“, zatímco skutečné interakce probíhají na chodbách a v pokojích. Především pro muže bývá

někdy těžké ovládnout na tak dlouhou dobu své potřeby a jejich uspokojení se někdy stává téměř posedlostí.

Pokud se nepodaří včas odkrýt a zveřejnit, co probíhá mimo oficiální skupinový prostor, dojde dříve nebo později k porušení jednoho z pěti základních pravidel komunity, tedy zákazu sexuálních a intimních vztahů mezi členy komunity bez vědomí komunity. Toto pravidlo je pro klienty asi neobtěžněji pochopitelné a přijatelné, často ho podceňují a jeho důležitost pochopí, až když k jeho porušení dojde. Sex v komunitě působí jako faktor, silně narušující terapeutické procesy a může celou skupinu na dlouhé týdny zaměstnat a odvést od jiných podstatných témat.

Dalším problémem bývá již zmiňované vyrovnání se s odlišnou sexuální orientací některého z členů skupiny. Muži se sadistickými sklony mohou skupinu i jednotlivce zatížit agresivními fantaziemi o jiném členu skupiny, nejčastěji ve formě snů (sen není vůlí ovlivnitelný, agresor za něj „nemůže“). Část témat, týkajících se sexuality se také odehrává mimo komunitu, na výjezdech domů nebo za partnerem, kde na rozdíl od komunity může proběhnout i „reálný“ sex. Klient se pak vrací zklamaný, s nenaplněným očekáváním nebo naopak nabude rovnováhy a sebevědomí.



4 PRÁCE SE SEXUOLOGICKÝMI TÉMATY V RÁMCI PROGRAMU TERAPEUTICKÉ KOMUNITY

Jak je z výše uvedeného patrné, témat, která se vážou k problematice sexuality u drogově závislých je široké spektrum v různé míře závažnosti. Domníváme se, že je proto zásadní vytvářet v komunitě nejen bezpečné prostředí, o kterém byla řeč v úvodu, ale také praktické možnosti věnovat se těmto problémům v rámci programové struktury terapeutické komunity. Pokusíme se jednotlivé možnosti nastínit. Při popisu aktivit vycházíme z týdenního rozvrhu skupin v TK Němčice SANANIM. Názvy i četnost skupin se tedy mohou od dalších zařízení lišit, podstata a smysl ale bývají totožné. Také uváděné příklady pochází z naší terapeutické praxe s konkrétními klienty konkrétního zařízení.



4/1 Volná skupina

Velký prostor věnovat se nejaktuálnějším tématům v životě komunity a jejích členů nabízí večerní **volná skupina**. Obvykle probíhá dvakrát týdně a slouží k tomu, aby si klienti sdělovali, co je ve vzájemném soužití těší, co je trápí, co jim nevyhovuje nebo jim vyloženě vadí. Ženský a mužský svět se tak střetává na žhavé půdě každodennosti, vymezuje se a vyladuje. Volná skupina je také místo, kde se řeší možné překračování hranic ve vztazích mezi klienty. Zde pracujeme nejen s citovými a sexuálně motivovanými vzplanutími, ale především s neoddělitelnou sexuální komponentou lidského chování a vztahování se.

Příklad z praxe

Příkladem z nedávné praxe je diskuse, která se rozvinula mezi ženskou a mužskou částí skupiny: ženám vadilo, že se s přicházejícím teplým počasím muži stále více odhalují a chodí v komunitě standardně bez trička, do půl pasu obnažení. Muži se bránili, že je to přece normální, je jim horko, chtějí se opálit a nechápou, co na tom komu může překážet. Teprve když ženy neustávaly v argumentaci (srovnávaly to se situací, když by ony chodily v prostorách komunity jen ve spodním prádle – což je naopak častá výtka ze strany mužů), muži pochopili, že musí obě strany vyjednávat o hranicích, které jsou pro všechny ještě přijatelné a bezpečné. Závěrem se dohodli, že muži budou bez trička jen při práci a sportu, ale jinak (například i společné venkovní posezení u kávy) budou oblečení. Předmět skupinové debaty se může jevit jako banální, ale v podmínkách léčby, jejíž součástí je dlouhodobá sexuální abstinence, jsou právě tyto každodenní situace nástrojem k nácviku zdravé komunikace a klíčem ke zdravému soužití koedukované skupiny.

4/2 Žensko-mužská skupina

Jednou z nejčastěji využívaných je **žensko-mužská skupina** (oddělená), která je pro otevírání citlivých problémů specificky nastavená. Může klientům nejen usnadnit počáteční práci s těmito těžkými tématy, ale také zdravě posílit tu kterou genderovou skupinu a lépe v ní nalézat své místo. A tak klienti znovu (nebo i prvně) objevují své ženství či mužství. Učí se je sdílet, zbavovat starých nefunkčních modelů a celkově kultivovat. Někdy si zde ujasňují svou sexuální roli, orientaci, chování nebo i kdo a proč je sexuálně přitahuje. Z této skupiny jsou sdělovány reflexe celé skupině, na jejichž obsahu a formě se však domlouváme. Tato skupina je zpravidla dvakrát měsíčně.

Příklad z praxe

Ženská skupina se poměrně pravidelně s příchodem nových klientek zabývá ožehavým tématem jejich vlastní sexuální orientace. Jedním z ukazatelů bezpečí v komunitě jsou postupně výpovědi žen o jejich lesbických zkušenostech. Ty se objevují jak na úrovni experimentů, tak i dlouhodobých vztahů s jinou ženou. Většinou se kruh uzavře s tím, že buď všechny nebo s jedinou výjimkou bisexualitu potvrzují. Samostatnou kapitolou je potom přítomnost klientky, která je jednoznačně lesbicky orientovaná a ostatní ženy jsou pro ni potencionálními partnerkami. Vynoří se pak potřeba praktické dohody všech, jak se vzájemně neohrožovat být jen jemnými sexuálními pobídkami a respektovat své hranice i v rámci společného soužití na pokoji. A tak můžeme vidět, jak žena klepe na dveře svého vlastního pokoje, aby se ubezpečila, že se spolubydlící např. nepřevléká.

4/3 Analytická skupina

Podobně intimní klima pro osobní citlivá témata nabízí **analytická skupina**. Skupina probíhá dvakrát týdně a obvykle vychází jedna za měsíc na každého klienta. Vzhledem k počtu klientů v TK Němčice probíhají vždy dvě paralelní skupiny. Rozdělení jednotlivých klientů do skupin určuje terapeutický tým. Zpravidla je věnována vždy jednomu členu skupiny a konkrétní pořadí je vždy ohlašováno předem. Přestože se skupina zaměřuje na konkrétní osobu, témata jsou vždy společná, a proto oslovují i ostatní členy skupiny. Často se tak stane, že se např. jedna klientka svěří se svým sexuálním traumatem a otevře tím podobné téma v ostatních. Individualizované zaměření analytické skupiny se projevuje také v tom, že její téma i průběh necháváme (až na výjimky) na hlavním aktérovi, aby si tak snáze mohl zvědomit své maladaptivní osobní scénáře a případně usnadňujeme nacházení nových způsobů chování a jednání.

Příklad z praxe

Není výjimkou, když se v jedné skupině setkají oběti i pachatelé sexuálního násilí. Klient – oběť (nebo agresor) dlouho hledal odvahu k tomu, aby se skupině svěřil s tím, co obvykle bývá doživotní tajemství. Jakmile však příběh graduje a prožívání všech houstne, agresor (nebo oběť) tlak nevydrží a přidá své přiznání a svůj pocit viny (zahanbení). Takové okamžiky patří k nejnáročnějším pro všechny zúčastněné. Na druhou stranu se terapeutický potenciál násobí: obě strany si mohou vyzkoušet, jaké to je, „obout si boty“ toho druhého a zbavit se černobílého vidění světa. Téma pak může působit paradoxně i jako kohezivní činitel.

4/4 Prevence relapsu

Jedenkrát týdně probíhá výrazně strukturovaná skupina **prevence relapsu**. Má vždy konkrétní téma, které se zaměřuje na zvyšování schopnosti předcházet relapsu. Cílem je získat dovednosti a informace důležité pro snížení rizika relapsu. Mezi více než dvaceti tématy, která se pravidelně společně probírají, je jedno věnováno lásce a intimním vztahům. Cílem tohoto modulu je ukázat a prodiskutovat, jak mohou intimní vztahy ovlivňovat abstinenci a obráceně. Základním předpokladem společné diskuse je bezpečí struktury a jasné sdělení, že drogy a intimita jsou neslučitelné. Klienti se mimo jiné dovidají, že obnova sexuálních funkcí je individuální, postupná a silně závislá na emočním vyladění obou partnerů. Fakt, že kvalita sexuálního života úzce souvisí s psychickou kondicí, může vést k posílení motivace klientů k práci na sobě a léčbě jako takové. Sexuální tematika prostupuje i další moduly prevence relapsu, jako např. nebezpečné a stresové situace, jak si užívat život bez drog či riziko relapsu na alkoholu. Například jedna stará sexuologická rada říká, že na mnohé sexuální strasti mužů i žen je spolehlivým lékem dvojka červeného a trpělivý partner. Člověk, který se léčí ze závislosti, však může na takový návod zapomenout a musí hledat jiné, abstinenci neohrožující prostředky.

Příklad z praxe

Riziko: téma může vyvolávat v mnohých také úzkost a obavy z intimního života bez drog. Ke zvýšení bezpečí a minimalizaci zábran se osvědčila forma, kdy po uvedení do tématu klienti napíší anonymně na papír své otázky a komentáře, které se zdráhají vyslovit nahlas. Terapeut pak tyto otázky čte, skupina se k nim vyjadřuje, hledá společně odpovědi a řešení. Ne vždy je odpověď či řešení po ruce. Ale i tak je cenné, že se intimní problémy nahlas pojmenují a klienti vědí, že s podobným problémem nejsou sami.

4/5 Arteterapie

Jednou ze základních metod TK Němčice je **arteterapie**. Probíhá jednou týdně a nabízí možnost k sebevyjádření pomocí výtvarných prostředků a prostor k zabývání se sebou samým jiným

způsobem, než na ostatních skupinách. Osobní sexuální tematika se objevuje jednak spontánně při zpracování různých motivů, jednak v námi záměrně nabízených motivech jako např. mužský a ženský svět v komunitě nebo motivy se vztahem k vlastnímu tělu. Téma pak žije a „vysílá se“ na jiném kanále než obvyklém verbálním a příznivě doplňuje proces integrace duševních obsahů. Jsme často svědky usazování se v sexuální roli a celkového emočního zrání, jehož průběžným dokumentem jsou mimo jiné i obrázky z arteterapie.

Příklad z praxe

Zatímco v prvních měsících léčby maluje jedna klientka infantilní srdíčka a ohníčky, protože se stále dokola nešťastně zamilovává, v závěrečné fázi dozrává jako žena i jako matka a kreslí sebe se svým synem v něžné prenatální intimitě.

4/6 Skupinová imaginace

Podobným principem je práce s výstupy ze zážitků **skupinové imaginace**, kterou byla zařazena do programové struktury TK Němčice před dvěma lety a klienti ji absolvují zpravidla čtyřikrát do roka. Katatymní prožívání obrazů nabízí rozvoj primárního procesu, další rozměr sebezkušenosti a také nové, intenzivní zážitky, které bez drog tolik chybí.

Příklad z praxe

Sexuální tematikou je zasažena i spontánní kreativita klientů terapeutické komunity. Dokládá to jedna z básní čtyřicetiletého muže:

„V oblaka dým se promění,
jen tvoje tvář se nikdy nemění.
Tvé tělo i lásku chtěl bych si vzít,
spoutat tvé steny, v rozkoši žít.
Tvou královnu vůni bych hltavě sál,
jsem dobyvač tůní a našel jsem grál.“

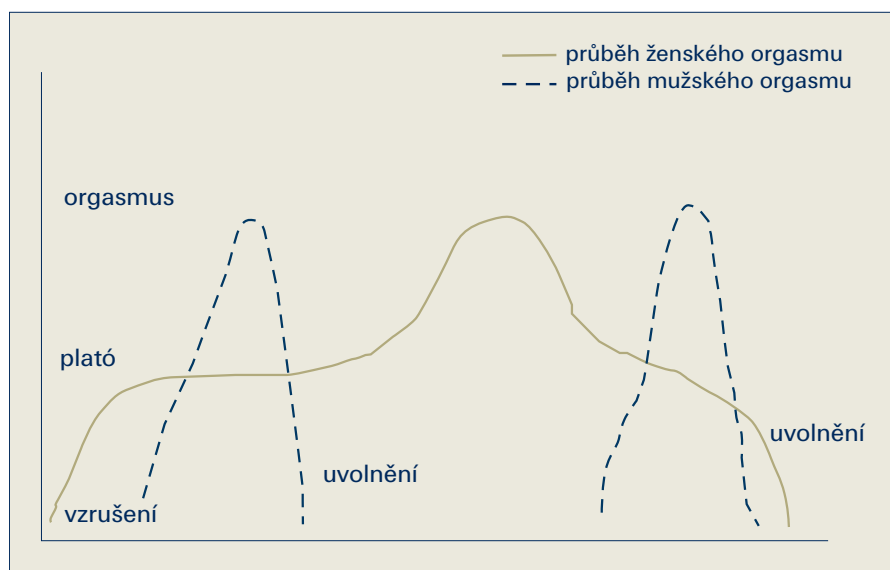
4/7 Vzdělávání

Standardní prostor pro bezpečnou práci se sexuologickou problematikou nabízí páteční **vzdělávací skupina**. Jde o snahu doplnit chybějící sexuální výchovu a mluvit s klienty o sexu, obávaných sexuálních dysfunkcích, o možnostech odborné sexuologické léčby a psychoterapie. Mapujeme dosavadní předsudky a mýty a připravujeme půdu pro kvalitní sexuální život po léčbě. Skupina pomáhá klientům hledat odvahu i dovednost mluvit o sexu otevřeně, což obvykle není snadné – jen samotné pojmosloví osciluje mezi odbornými lékařskými termíny a výrazy na hranici společenské přijatelnosti. Výhodou je, že naši klienti nejsou vždy příliš svázáni těmito konvencemi ani neurotickými bloky. Mluvení o sexu je většinou baví, je v tom zpravidla hodně energie a klienti se projevují velmi tvořivě. Samotná debata o sexuálním životě se daří víc než boření zakořeněných mýtů. O to větší úleva však nastává, když se klienti dozví, že existují mimokoitální způsoby vzájemného uspokojení, že průměrná délka soulože není v desítkách minut a v hodinách, jak to znají například uživatelé pervitinu, a že nemusí oba partneři prožít nutně společný filmový orgasmus, aby spolu byli spokojeni.

Příklad z praxe

V praxi se osvědčilo použití statistických dat a různých grafů, které vyhovují svou názorností. Klienti mohou také sami, podle svých zkušeností a představ, nebo naopak jim navzdory, společně některé grafy vytvářet. Výsledek takové práce, doplněně bohatou diskuzí, ukazuje obrázek, na kterém je graf s křivkami mužského a ženského orgasmu v průběhu styku.

GRAF 1:



RIZIKA A LIMITY PRÁCE SE SEXUOLOGICKÝMI TÉMATY V TERAPEUTICKÉ KOMUNITĚ

Rizikem takto otevřené diskuse je samozřejmě zvýšení sexuální apetence mezi klienty, kteří od sexu v léčbě abstinují a jsou v této přirozené potřebě dlouhodobě frustrováni. Nicméně součástí léčby je naučit se odkládat uspokojení svých okamžitých potřeb, a tak i tato zkušenost může přispět ke zvyšování celkové frustrační tolerance. Ta bývá u závislých osob významně snížena. K práci se sexuologickými tématy také musí být adekvátní nastavení **terapeutického týmu**. Tým by měl disponovat nejen dostatečným teoretickým zázemím, ale i osobnostní výbavou. Terapeuti, kteří se v komunitě zabývají sexuologickou problematikou, by měli mít základní jistotu ve své vlastní sexualitě a případné potíže a nevědomé konflikty v této oblasti zpracované na hodinách sebezkušenosti a supervize. Téma také klade zvýšené nároky na střežení hranic a jejich pružnost: zatímco na skupině je vhodné podporovat otevřenost a sdílnost, mimo skupinu je bezpečnější sexuální témata vynechat.

S ohledem na klienty je vhodné brát v úvahu i takové charakteristiky, jako je věk terapeuta. Pro mužské klienty je jistě obtížnější mluvit otevřeně o svých obavách ze sexuálního selhání před mladou atraktivní terapeutkou než před její starší kolegyní, která už je pravděpodobně z jejich sexuálních fantazií vyloučena.

Výčet limitů a rizik při práci se sexuální problematikou závislých v terapeutické komunitě tímto samozřejmě není vyčerpán. Může docházet například k sekundární traumatizaci, ke zvědomění trvalých ztrát a poškození. K poznání, že život po léčbě bude nejen bez drog, ale navíc s novou diagnózou, třeba právě v citlivé sexuální oblasti. I takovým situacím je třeba čelit a stále se z nich učit. Nicméně skupiny často končí sdílenou nadějí, že sexuální život může být navzdory všem nepříznivým faktorům uspokojivý. A to především v kontextu lásky a partnerství. Zdrojem této naděje může být sdílená zkušenost, že rok života v terapeutické komunitě každého klienta je výrazně ovlivněn právě kvalitou mezilidských vztahů a intenzitou společných zážitků.

Hlavní zdroje informací

- Centrum pro výzkum veřejného mínění (CVVM). (2008). *Češi a tolerance*. (tisková zpráva). Citováno 30. 5. 2011 z http://www.cvvm.cas.cz/upl/zpravy/100780s_ov80430.pdf.
- Justinová, J. (2010). *Sexualita uživatelů návykových látek*. Disertační práce, Univerzita Karlova, Praha.
- Kratochvíl, S. (1999). *Léčení sexuálních dysfunkcí*. Praha: Grada.
- Kratochvíl, S. (2002). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
- Kratochvíl, S. (2008). *Sexuální dysfunkce*. (3.vydání). Praha: Grada.
- Krekulová, L. & Řehák, V. (2009). Situace a trendy v zastoupení genotypů viru hepatitidy C v populaci injekčních uživatelů drog. *Epidemiologie, mikrobiologie, imunologie*, 58 (2), 84–89.
- Kuda, A. (2000). *Tematické skupiny prevence relapsu*. P-centrum, Olomouc.
- Mravčík, V., Petrošová, B., Zábranský, T., Řehák, V. & Coufalová, M. (2009). *Výskyt VHC u injekčních uživatelů drog*. (Elektronická publikace). Praha: NMS, Úřad vlády ČR. Cit. 29.10.2009 z http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/e_publikace/vyskyt_vhc_u_injekcnich_uzivatelu_drog
- Preslová, I. (2007). Drogově závislá klientka a žena pracující v protidrogových službách. *Adiktologie*, 7(3), 353–391.
- Preslová, I. (2009). Drogy, ženy a my. (ústní sdělení). *Konference Ženy a drogy*. 15.–16. 4. 2009, Praha.
- Sananim, o.s. (kol. autorů). (2008). *Operační manuál terapeutické komunity Němčice SANANIM*. o.s. SANANIM, Praha.
- Vavřínková, B. & Binder, T. (2007). Návykové látky v těhotenství. *Zaostřeno na drogy*, 5 (4), 1–12.
- Vizínová, D., Preiss, M. (1999). *Psychické trauma a jeho terapie*. Praha: Portál.
- Weiss, P. & Zvěřina, J. (2009). *Sexuální chování obyvatel ČR-IV*. (Dosud nepublikovaná výzkumná zpráva).
- Zábranský, T., Mravčík, V., Korčíšová, B. and Řehák, V. (2006). Hepatitis C virus infection among injecting drug users in the Czech Republic – Prevalence and associated factors. *European Addiction Research*, 12 (3), 151–160.
- Zvěřina, J. (2003). *Sexuologie (nejen) pro lékaře*. Brno: CERM.

Oznámení NMS a užitečné odkazy



■ Veškeré publikace vydané Národním monitorovacím střediskem pro drogy a drogové závislosti včetně všech čísel Zaostřeno na drogy jsou v elektronické podobě ke stažení na <http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace>. Případné objednávky tištěných publikací zasílejte na email: grygarova.marketa@vlada.cz

■ Mapa pomoci: <http://www.drogy-info.cz/index.php/map/> – změny kontaktních údajů zasílejte na email: grygarova.marketa@vlada.cz.

■ Kalendář akcí: <http://www.drogy-info.cz/index.php/calendar/> – informace o vzdělávacích akcích a seminářích v adiktologii nebo zajímavých pro obor adiktologie, které je možno v kalendáři zveřejnit, zasílejte na email: grygarova.marketa@vlada.cz.

■ Informace o celoživotním vzdělávání v oboru adiktologie jsou dostupné na <http://www.adiktolog.cz/>.

■ Internetová stránka Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost: <http://www.emcdda.europa.eu/>.

Kontakt na autorky:

PhDr. Miluše Sadílková
mila.sadilkova@seznam.cz
TK Němčice SANANIM, Zámek 1, 387 19 Němčice u Volyně

Mgr. Jana Žáková, Ph.D.
jazakova@gmail.com

TK Němčice SANANIM, Zámek 1, 387 19 Němčice u Volyně

Zaostřeno na drogy

Vydává ■ Úřad vlády České republiky
nábřeží E. Beneše 4, 118 01 Praha 1
IČO 00006599

Adresa redakce ■ Vladislavova 4, Praha 1, tel. 296 153 222

Odpovědný redaktor ■ M.A. Kamila Orbanová

Autoři tohoto čísla ■ PhDr. Miluše Sadílková, Mgr. Jana Žáková, Ph.D.

Toto číslo vyšlo 8. září 2011. Vychází nejméně 6x ročně.
Evidenční číslo Ministerstva kultury ČR: MK ČR E 14088.

ISSN 1214-1089

Neprodejně. Distribuci zajišťuje vydavatel.

© Úřad vlády České republiky, 2011

Toto číslo Zaostřeno na drogy připravilo Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.

Editor tohoto čísla: Mgr. Vlastimil Nečas