

**Pražská vysoká škola psychosociálních studií**



*Magisterská písemná práce*

# **TERAPIE DROGOVÉ ZÁVISLOSTI**

Studijní obor:

**Sociální práce se zaměřením na komunikaci  
a aplikovanou psychoterapii**

**Jan Täubner**

**2008**

# Prohlášení

„Prohlašuji, že jsem tuto písemnou magisterskou práci  
vypracoval samostatně a cituji v ní veškeré prameny, které jsem použil.“

*Praha, srpen 2008*

---

podpis studenta

# **Poděkování**

MUDr.Olze Dostálové, CSc. za nekonečnou trpělivost, kterou se mnou měla a má jak v rovině osobní tak i pracovní

## OBSAH

|   |    |
|---|----|
| ÚVOD .....  | 5  |
| 1 VÝKLAD ZÁKLADNÍ PROBLEMATIKY .....                            | 7  |
| 1.1 Vymezení klíčových pojmů                                    |    |
| 1.1.1 Droga, psychotropní látka                                 |    |
| 1.1.2 Závislost, toxikománie, narkomanie .....                  | 8  |
| 1.1.3 Tolerance, abstinenční syndrom.....                       | 11 |
| 1.2 Průběh drogové závislosti a abstinenčního syndromu .....    | 12 |
| 1.2.1 Stádia drogové závislosti                                 |    |
| 1.2.2 Psychická a fyzická závislost                             |    |
| 1.2.2.1 Psychická závislost                                     |    |
| 1.2.2.2 Fyzická závislost .....                                 | 13 |
| 1.2.3 Klinické znaky tělesných abstinenčních příznaků           |    |
| 2 DROGOVĚ ZÁVISLÍ JAKO PROBLÉMOVÁ MINORITA .....                | 14 |
| 2.1 Demografické a statistické údaje                            |    |
| 2.2 Skupina drogově závislých dle vývojové psychologie .....    | 15 |
| 3 ETIOLOGIE ZÁVISLOSTI NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH.....               | 20 |
| 3.1 Závislost z hlediska neurobiologie                          |    |
| 3.2 Závislost z hlediska psychologie.....                       | 21 |
| 3.3 Psychoanalytické modely závislosti.....                     | 22 |
| 3.4 Kognitivně behaviorální teorie .....                        | 23 |
| 3.5 Sociokulturní modely  |    |
| 3.6 Pohled s důrazem na psychospirituální krizi.....            | 25 |
| 3.7 Další teorie o příčinách vzniku a udržování závislosti..... | 26 |
| 3.7.1 Batesonova teorie   |    |
| 3.7.2 Transcendentální a mystické teorie                        |    |
| 4 PSYCHOTERAPIE U DRGOVĚ ZÁVISLÝCH .....                        | 29 |

|  |    |
|--|----|
| 4.1 Klient závislý na nealkoholových návykových látkách      |    |
| 4.2 Proces změny ve vztahu k závislosti .....                | 30 |
| 4.3 Neústavní léčba drogově závislých .....                  | 32 |
| 4.3.1 Teorie 12stupňové léčby a úvahy o ní                   |    |
| 4.3.2 Psychodynamická léčba drogově závislých .....          | 36 |
| 4.3.3 Rodinná terapie drogově závislých .....                | 39 |
| 4.3.4 Kognitivně-behaviorální léčba drogové závislosti ..... | 41 |
| 4.4 Detoxikace .....   | 44 |
| 5 TERAPEUTICKÁ KOMUNITA PRO DROGOVĚ ZÁVISLÉ.....             | 46 |
| 5.1 Přijetí do komunity                                      |    |
| 5.2 Rituály jako terapeutický nástroj.....                   | 47 |
| 5.3 Fáze ve vývoji klientovy psychiky v průběhu léčby .....  | 49 |
| 5.3.1 Nultá fáze   |    |
| 5.3.2 I. fáze (novus).....                                   | 50 |
| 5.3.2.1 Trest.....   | 51 |
| 5.3.2.2 Prevence relapsu.....                                | 63 |
| 5.3.3 II. fáze (status) .....                                | 64 |
| 5.3.3.1 Práce s klientem                                     |    |
| 5.3.3.2 Práce s rodinou .....                                | 67 |
| 5.3.4 III. fáze (verus)                                      |    |
| 5.4 Následná péče .....                                      | 69 |
| 6 DISKUSE.....   | 71 |
| ZÁVĚR .....  | 74 |
| SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ .....                         | 76 |

## ÚVOD

Cílem této práce je snaha o přiblížení možností léčby drogové závislosti. Zabývá se jednak teoretickou stránkou - léčebnými technikami a teoriemi, z nichž vycházela terapie závislosti na návykových látkách, jednak praktickými možnostmi, které léčba závislosti nabízí v průběhu měnících se stádií léčebného procesu.

Nyní sdělím, z jakých osobních motivací vzešla moje volba tématu diplomové práce. Byly to tyto důvody:

První důvod byl ten, že problematika užívání drog - především u mladistvých - patří v zemích s rozvinutou ekonomikou (a tedy i u nás) k nejzávažnějším sociálním fenoménům, před nimiž nelze strkat hlavu do písku a ignorovat je.

Druhý důvod je kolísavý postoj společnosti k prevenci a represí a ne zcela shodná legislativa i v jednotlivých zemích Evropské Unie. Mnohdy na ni totiž doplácují více závislí, tedy slabí a nemocní lidé, spíše než ti, kteří těží z jejich bídy. Administrativa ekonomicky vyspělých států je v posledním desetiletí zachvácená přímo panickou hrůzou z rozšiřování drog, takže potlačuje výrobu dříve legálně vyráběných a na lékařský předpis distribuovaných léků (např. v Německu AN<sub>1</sub>), zatímco se nikterak nesnížila a zachytí se jen malá část ilegálně vyráběných a distribuovaných drog, u nichž nikdy není jasné, kolik účinné látky obsahují, takže dochází snadno k předávkování i u přiměřeně soudných osob, které se předávkování snaží vyvarovat.

Dalším důvodem je specifita umělecké části této subkultury. Nelze popřít, že se mezi závislími vyskytovali a vyskytují umělci, kteří vytvořili obdivuhodná díla jak literární, tak výtvarná. Ze starší literární tvorby lze

jmenovat např. Thomase de QUINSEY (1991) s jeho neobyčejně zajímavým líčením vizí pod vlivem drogy z r.1926, nebo v nové době představitele fenoménu 80.let, antropologa Carlose CASTANEDU. Máme možnost dokonce proniknout i do temného soukolí přepravců a distributorů drog, kteří prodávají ve svých dílech vzpomínky na svou nekalou činnost (SABBAG, 2005; CHANCE, 2005).

Mým čtvrtým, nikoliv však méně významným důvodem je moje působení v instituci pracující se závislými. Od roku 2001 jsem dojížděl na pravidelnou praxi do komunity pro drogově závislé v Podlesí u Bruntálu. V komunitě Pastor Bonus jsem později zastával pozici hlavního terapeuta a vedoucího komunity, takže s problematikou komunitní léčby drogové závislosti jsem se velmi dobře seznámil a i nadále se o ni hluboce zajímám.

# 1 VÝKLAD ZÁKLADNÍ PROBLEMATIKY

První část této kapitoly se zabývá definicemi pojmů nezbytných pro tuto práci v pojetí několika autorů, druhá část pak hlubším teoretickým rozbořem problematiky, s níž tyto pojmy souvisejí.

## 1.1 Vymezení klíčových pojmů

Klíčovými pojmy v této práci jsou: droga, psychotropní látka, závislost, toxikomanie, narkomanie, tolerance a abstinenční syndrom.

### 1.1.1 Droga, psychotropní látka

Uvádím vysvětlení pojmu „droga“ několika autorů. Mezi jejich pojetím jsou drobné odlišnosti, v podstatě se však shodují.

Označení **droga** pochází z francouzského slova „drogue“, které vzniklo ve 14. století jako označení sušené, tedy živočišné nebo rostlinné suroviny. Později došlo ke změně významu. Slovo označuje léčivé rostliny, ale také psychoaktivní přirozené, polysyntetické a syntetické substance s potenciálem závislosti. Drogou označujeme psychotropní substanci (návykovou látku), která biochemicky působí na mozek a může vyvolat návyk (GÖHLERT a KÜHN, 2001).

Slovo **droga** pochází buď z holandského slova droog – suchý nebo ze španělského droga – koření (VOKURKA a HUGO, 1998, s. 91).

Etymologický slovník však uvádí ještě daleko starší původ tohoto slova: prapůvod má slovo **droga** v perštině ve slově dárú – léčivo, odtud se dostalo do arabštiny jako dúráwa, teprve odtud pak přešlo do španělštiny jako droga. Do německého jazyka se pak dostalo přes francouzštinu ze slova drogue,



do němčiny jako die Droge – a teprve odtud do našeho jazyka (HOLUB a LYER, 1978, s. 141).

**Droga** v původním smyslu je „ ... *sušený rostlinný nebo živočišný materiál určený k léčebnému použití. V současnosti je to látka přírodní nebo syntetická, která splňuje dva základní požadavky: a) ovlivňuje prožívání reality (psychotropní efekt), b) může vyvolat závislost*“ (VOKURKA a HUGO, 1998, s. 91).

Psychologický slovník vymezuje pojmem **droga** látku používanou ve farmakologii živočišného nebo rostlinného původu s farmakologickým účinkem nebo látku, která je používána a zneužívána pro změnu nálady, vědomí, povzbuzení či tlumení somatopsychických funkcí. Při opakovaném užívání může vzniknout závislost (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 122).

Označení „**psychotropní**“ znamená „mající účinky na duševní stav“. Ve vztahu k drogám je psychotropní efekt „ ... *výsledek účinku drog na psychiku člověka spočívající především ve změnách vnímání reality. Např. deformace času a prostoru, pocity odcizení, vztahovačnost, úzkost, povzbuzení, útlum, euforie, halucinace nejrůznějšího typu atd.*“ (VOKURKA a HUGO, 1998, s. 372).

### 1.1.2 Závislost, toxikomanie, narkomanie

Etymologický původ slova „závislost“ se odvozuje od staročeského „zavisnutí“, což znamená zůstat viset (HOLUB a LYER, 1978, s. 517).

Z lékařského hlediska je **závislost** stav, při kterém absence určité látky nebo jiného podnětu vyvolává v organismu fyzické nebo duševní obtíže. Vzniká po opakovaném nebo chronickém užívání nějaké látky, ale v širším smyslu i při určité opakované činnosti, která přináší nadměrné uspokojení (GÖHLERT a KÜHN, 2001).

Praktický slovník medicíny uvádí pod heslem **závislost**, že to jsou:

„ ... *psychické a tělesné důsledky pravidelného užívání drogy (včetně alkoholu), které postiženého nutí k jejímu trvalému konzumu ... Rozlišuje se psychická závislost, která je důsledkem touhy toxikomana po jejích účincích (pocit uvolnění, obvyklé prožitky apod.). Samotná je nápadná např. u stimulačních drog. U některých drog (např. u opiátů) se vyvíjí též fyzická závislost, která se projeví abstinenčními příznaky při odnětí drogy. Současně může docházet i k dalšímu poškození organismu působením drogy na různé orgány* (VOKURKA a HUGO, 1998, s. 486-487).

Uvedený slovník rozšiřuje pojem závislost ještě o gamblerství neboli patologické hráčství, nejčastěji na hracích automatech, protože má mnoho podobných rysů se závislostí na drogách a alkoholu. O širším pojetí pojmu závislosti mimo drogy např. na osobním vztahu, se lékařský slovník nezmiňuje.

Psychologický slovník uvádí, že **závislost** neboli dependence či addiction je stav chronické nebo periodické otravy vzniklé opakovaným užíváním přirozené nebo syntetické drogy, která poškozuje postiženého i společnost. Látková (drogová) závislost označuje zvláštní patologický vztah mezi organizmem a látkou vznikající jejím opakovaným užitím, což vede k periodické intoxikaci, která je spojena se silnou touhou až nutkáním opakovaně látku užívat (HARTL a HARTLOVÁ., 2000, s. 699).

Ve stejném duchu MKN 10 definuje **závislost** jako stav periodické nebo chronické intoxikace (otravy) psychotropními substancemi (návykovými látkami), jenž je vyvolán opakovaným užíváním přirozené nebo syntetické drogy a je škodlivý pro jedince i společnost.

Podle ICD 10 je klasifikován jako **závislost** takový stav, který splňuje následující kritéria (trvajících během posledního roku):

1. silné přání požívat psychotropní substance,
2. snížená schopnost kontroly, pokud jde o začátek, ukončení a množství požívané substance,

3. užívání substance ke zmírnění abstinenčních syndromů,
4. rozvoj tolerance,
5. omezený úsudek o chování při zacházení se substancí,
6. pokračující zanedbávání ostatních, dříve výše hodnocených zájmů,
7. pokračující užívání substance přes dokázané škodlivé psychické, tělesné či sociální důsledky.

Vedoucí kliniky pro léčbu závislostí Bernard von Treck uvádí, že návyk začíná tam, kde jsme se vzdali původních životních perspektiv a kde droga nabývá na významu a nekontrolovatelným způsobem zaujímá prostor v prožitcích člověka a utváření jeho dne (cit. dle GÖHLERTA a KÜHNA, 2001).

**Toxikománie** je drogová a léková závislost. Bývá často spojená s nutností zvyšování dávky, aby se dosáhlo stejného účinku jako při dřívějším užívání této drogy. Při tom hrozí nebezpečí předávkování (VOKURKA a HUGO, 1998, s. 444).

Látky spadající do oblasti toxikománie jsou četné a mají různé chemické složení a různý stupeň nebezpečnosti. Společné je jejich výrazné působení na nervový systém a duševní činnost. Na jednom konci této linie jsou z uvedeného hlediska relativně neškodné látky jako kofein, následuje nikotin, který má škodlivé účinky v jiné oblasti, někde uprostřed pak analgetika a hypnotika, blíže k druhému konci pak alkohol, dále produkty konopí (marihuana a hašiš), na druhém konci této linie pak opium a v něm obsažené látky (morfium, heroin a kodein), kokain a psychostimulační látky (amfetamin, pervitin). Látky vyvolávající halucinace jsou LSD (odvozená z námelových alkaloidů) (VOKURKA a HUGO, 1998, s. 298) a některé novější druhy (crack, ecstasy), dále organická rozpouštědla (toluen). (Tamtéž, s. 444).

**Narkománie** má svůj původ v řeckém slově narkaó – omamují. Narkománie je závislost na psychotropních látkách obecně tlumivého typu (především opiátech). Tento název je často nesprávně používán k označení

drogové závislosti vůbec (VOKURKA a HUGO, 1998, s. 298). Pro opium se dříve užívalo názvu narkotika, dnes už jen pro látky používané k narkóze (Tamtéž, s. 299).

### 1.1.3 Tolerance, abstinční syndrom

**Tolerance** je snášenlivost, snižující se nebo chybějící odpověď na nějaký podnět při trvalém nebo opakovaném působení. Tolerance léků vede k nutnosti zvýšení dávky pro dosažení stejného účinku. Jednou z příčin je i zvýšená schopnost odbourávání léku a jeho vylučování z organismu (tachyfylaxe). Tolerance drogy je jedním z příznaků rozvoje drogové závislosti (především opiáty). Vzdávající tolerance na drogu znamená, že organismus reaguje postupně na původně účinnou dávku méně, tj. ke stejnému účinku je třeba zvyšovat dávku drogy. U opiátových závislostí se tolerance k droze zvyšuje značně, na deseti až patnáctinásobek dávky původní. Běžně a by tato dávka znamenala už dávku letální. U některých drog např. stimulačních nebo halucinogenů se naopak v průběhu rozvoje závislost příliš nemění (VOKURKA a HUGO, 1998, s. 442). Zkřížená tolerance – stav, kdy při užívání jedné drogy se zvyšuje tolerance vůči vše drogám dané skupiny (Tamtéž, s. 487).

### **Abstinční neboli odvykací syndrom**

lidově zvaný abst'ák - je soubor příznaků vyvolaný náhlým přerušáním užívání návykové látky. Nastává nejčastěji po vysazení drog, jako je alkohol, opiáty a tlumivé léky. Projevy abstinčního syndromu jsou závislé na druhu drogy a délce abúzu. Odvykací příznaky mohou být jednak tělesné (svalové křeče, motorický neklid, pocení, bolesti svalů a kloubů, průjem, nauzea, slzení, žaludeční křeče, jednak psychické (neklid, podrážděnost, depresivní ladění, úzkost, emoční labilita, skleslost, zmatenost, tenze, hostilita, agresivita (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 583). Tyto nepříjemné stavy nutí závislého člověka, aby získal drogu okamžitě, jakýmkoli způsobem a za jakoukoli cenu.

## 1.2 Průběh drogové závislosti a abstinčního syndromu

### 1.2.1 Stádia drogové závislosti

Drogová závislost probíhá v několika stádiích, jež lze spolehlivě vymežit.

Jsou to následující stádia:

1. *Euforické počáteční stadium*: lehký přístup k droze, která zbavuje úzkosti, uvolňuje, působí omámení. Vzrůstá pocit sebehodnocení, dochází ke zvýšení sebevědomí.
2. *Kritické stadium navykání*: zmírnění účinku se stupňováním dávek drogy. Přicházejí problémy v zaměstnání nebo ve škole. Zájmy se zužují, dochází k poruchám sebehodnocení, začínají finanční problémy.
3. *Stadium návyku*: ztráta kontroly nad drogou a dávkou. Snižuje se pracovní výkonnost. Časté jsou kriminální delikty, dochází k vyřazení ze společnosti. Začínají se projevovat změny osobnosti a abstinční příznaky. Dochází k tělesným poškozením.
4. *Chronické stadium rozkladu*: dochází k úbytku snášenlivosti drog, neschopnosti finančně se zaopatřit, což je základem pro bezdomovectví, opuštěnost, zanedbanost. Dochází k těžkým tělesným onemocněním, celkovému duševnímu rozkladu.

### 1.2.2 Psychická a fyzická závislost

#### 1.2.2.1 Psychická závislost

O psychické závislosti mluvíme, pokud existuje nepotlačitelná touha užívat psychotropní substanci a její povzbuzující, euforizující, stimulující či tlumivý účinek a halucinogenní účinek. Touha získat drogu všemi prostředky a konzumovat ji je tak silná, že konzument má sotva šanci jí odolat. Vzniká určitým druhem „... návykové paměti, která se vícenásobným použitím vytváří

v mozku. Tlak k pravidelnému užívání se označuje také jako psychická žádostivost (*craving*). Psychická závislost v pojetí klinické psychiatrie přetrvává po celý život“ (GÖHLERT a KÜHN, 2001).

### 1.2.2.2 Fyzická závislost

se vyznačuje mučivými tělesnými pocity, ke kterým dochází při absolutní nebo relativní abstinenci, tedy v případech, kdy substance chybí, nebo se redukuje její dávkování. Typickým projevem je *fenomén tolerance*. Chybí-li účinná látka, zhrouť se chemické hospodářství a dochází k abstinčním příznakům. V rámci zvyšující se tolerance musí toxikoman dodávat stále více substance, aby dosáhl stejného účinku i přesto, že zvyšování snášenlivosti je přitěžujícím faktorem závislosti. Abstinční příznaky vyžadují lékařský zásah. Projevují se jako tělesné aktivátory, k čemuž dochází při odnětí uklidňujících drog, jaký jsou opiáty, barbituráty, benzodiazepiny nebo beta-blokátory. Tělesnou závislost lze přiměřenou lékařskou péčí překonat v poměrně krátké době, během dvou až čtyř týdnů (GÖHLERT a KÜHN, 2001).

### 1.2.3 Klinické znaky tělesných abstinčních příznaků

1. stupeň: nadměrné pocení, zvýšená dráždivost, třes, rozšíření zornic, zvýšené reflexy, zvracení, nevolnost, průjmy.
2. stupeň: zmatenost, horečka, vysoký tlak, bušení srdce.
3. stupeň: psychotické znaky, poruchy vědomí, poruchy srdečního rytmu.
4. stupeň: záchvaty křečí, šok, ztráta vědomí až kóma, ohrožení života.

## 2 DROGOVĚ ZÁVISLÍ JAKO PROBLÉMOVÁ MINORITA

*„Pro mladého člověka stojícího na prahu dospělosti je nesmírně důležité, jaký postoj zaujmou rodiče k naléhání hada v nitru svého potomka. Jestliže potřebu poznat život vnímají jako hřích proti své autoritě a světonázoru, prohloubí utrpení potomků a vstíjí jim pocit provinění a vydědění“* (GREEN a SHARMAN-BURKE, 2001, s. 60).

### 2.1 Demografické a statistické údaje

Až 80 % drogově závislých, kteří vstupují do léčby, spadá do věkového rozmezí 14-25 let. Zpráva MPK hovoří o věkové kategorii 15-19ti letých, kteří v roce 2001 tvořili 47,5 % všech uživatelů návykových látek v ČR.

Studie ESPAD z roku 2003 podává obraz o situaci věkové kohorty 15-16tiletých. Z této studie vyplývá, že 95 % pilo v posledním roce alkohol, 44 % má zkušenost s konopím, 12 % s nekonopnými drogami, 9 % s rozpouštědly a 11 % se sedativy (cit. dle NEVŠÍMALA aj., 2007).

Srovnáme-li výsledky celopopulačních šetření týkajících se užívání nelegálních drog v uplynulých letech, můžeme pozorovat až trojnásobný nárůst zkušeností s užíváním nelegálních drog mezi lety 1993 až 2002 (Centrum pro výzkum veřejného mínění). Poslední šetření zaměřené na užívání návykových látek, *„Celopopulační studie o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel v ČR“*, bylo provedeno v r. 2004 Ústavem zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) v populaci ČR ve věku 18–64 let. Celoživotní prevalence užití konopných látek byla 20,6 %, extáze 7,1 % a halucinogenních houbiček a dalších přírodních halucinogenů 3,5 %. V letech

1999 až 2004 byly provedeny národní prevalenční odhady problémového užívání drog v ČR multiplikační metodou s použitím dat z nízkoprahových zařízení. V roce 2004 byl počet problémových uživatelů zjišťován také pomocí celonárodní studie mezi praktickými lékaři. Dle odhadů bylo v ČR 30 tisíc problémových uživatelů drog (z toho přibližně  $\frac{2}{3}$  uživatelů pervitinu a  $\frac{1}{3}$  uživatelů opiátů), tj. 4,1 na 1000 osob ve věku 15-64 let v roce 2004 a 29 tisíc problémových uživatelů, tj. 4,0 na 1000 osob ve věku 15-64 let v roce 2003. Počet injekčních uživatelů byl odhadován na 27 tisíc v roce 2004 a 27,8 tisíc v roce 2003. V roce 2004 došlo k poklesu počtu problémových uživatelů opiátů pravděpodobně díky zvyšujícímu se množství uživatelů v substituční léčbě. Na druhou stranu došlo k nárůstu počtu problémových uživatelů pervitinu (o 8 % mezi lety 2003 a 2004). Užívání kokainu je v ČR stále málo frekventované.

## 2.2 Skupina drogově závislých dle vývojové psychologie

Pomoc poskytovaná této klientele má svá specifika vycházející z charakteristik dospívání a z hlediska léčby je nutné je znát, respektovat, při terapii je zohledňovat a uzpůsobovat jim cíle.

E.H.Erikson definuje dospívání jako období, kdy se člověk začíná vnímat jako jedinečná ucelená bytost s vlastními názory. Je zde největší příslib objevení a zároveň hrozba ztráty sebe sama. Úkolem této životní etapy, kterou vymezuje polarizací identity proti zmatení rolí, je proto věrnost sobě samému (ERIKSON, 2002).

V období dospívání dochází k novému sociálnímu zařazení jedince, které se odráží v odlišném očekávání společnosti, pokud jde o jeho chování a výkony, i v měnícím se pojetí vlastní role a nově reflektovaného sebepojetí. Pudový tlak spojený s pohlavním dozráváním přináší do života dospívajícího nové vnitřní podněty a činí ho až přecitlivějším na různé podněty přicházející zvnějšku. Projevy citových konfliktů bývají velmi silné a tak nápadné, že celé období nazýváme „bouří a krizí“. Emoční instabilita, časté a nápadné změny



nálad, zejména směrem k negativním rozladám, impulsivita jednání, nestálost a nepředvídatelnost reakcí a postojů skutečně neodmyslitelně patří k procesu dospívání. Obtíže při koncentraci pozornosti spojené s emoční nestálostí, zvýšenou unavitelností, střídáním unavitelnosti a apatičnosti s krátkými fázemi vystupňované aktivity ztěžují soustavné učení. Tento stav mohou doprovázet drobné neurovegetativní poruchy, zhoršení spánku nebo poruchy chuti k jídlu. Mnozí dospívající jako by sami nerozuměli těmto svým pocitům. Úzkostlivě pozorují své niterné stavy a stále více přemýšlejí o svých vnitřních konfliktech, utíkají se do soukromého citového světa nebo do vystupňovaného denního snění, které je odvádí ještě dále od reality (LANGMEIER a KREJČÍŘOVÁ, 2007).

Jelikož dospívající neznají a nejsou schopni vysvětlit vlastní pocity, reagují na jejich změnu podrážděně a rozmrzele jako na něco obtěžujícího. Sekundární reakcí bývá další zhoršení nálady a výkyvy v chování, které působí na jejich okolí rušivě. Lze předpokládat, že ani pochopení příčiny emočních rozlad by pubescentům příliš nepomohlo, protože jejich sebeovládání je zatím dost nezralé. Bývají přesvědčeni, že jejich emoce jsou intenzivnější než u kohokoli jiného a jejich pocity jsou výjimečné. Zároveň bývají uzavřenější a introvertnější, než byli dříve. Pro období dospívání je typická nechuť projevovat své city navenek (VÁGNEROVÁ, 2005).

Souhrnně lze zvláštnosti psychiky dospívajícího chápat jako více či méně nepodařené úsilí o přizpůsobení na biologické, psychické a sociální podmínky (LANGMEIER a KREJČÍŘOVÁ, 2006). Důležitým úkolem této vývojové fáze je proces emancipace od rodiny, který speciálně u drogově závislých bývá značně problematický, neboť často dochází k nucenému nebo předčasnému opuštění domova, nebo naopak naprosté kontrole a omezení styku s okolím.

Též Havighurst uvádí, že mezi hlavní vývojové úkoly období dospívání patří na jedné straně uvolnění z přílišné závislosti na rodičích a na straně druhé navazování diferencovanějších vztahů k vrstevníkům obojího pohlaví (cit. dle LANGMEIERA a KREJČÍŘOVÉ, 2006). Každé dítě si hledá svůj zvláštní

způsob, jak postupně dosáhnout potřebné samostatnosti, aniž by ztrácelo pozitivní vztah k rodičům.

Anna FREUDOVA (2006) uvádí specifické obranné mechanismy, které slouží k procesu emancipace. Nejčastějším je přemístění citových vztahů doprovázené přeháněním rozdílů v chování, názorech, zájmech a hodnotách rodičů a objektů, na něž je citový vztah přesunut. Jelikož mladý člověk nerozumí svým prudkým afektům, dochází k racionalizaci. Často své afekty odůvodňuje nerozumným chováním rodičů. Jiní začínají vnímat nebezpečí ztráty rodičů a regredují na dřívější stupeň infantilní závislosti. U predisponovaných jedinců se může určitý způsob obrany proti ohrožujícím pocitům úzkosti a nejistoty projevit jako přetrvávající dominující rys osobnosti. Za normálních okolností si však dospívající i přes svou touhu po emancipaci podržují pozitivní vztahy k rodičům, ať je jakkoli kritizují. Také empirické studie ukazují, že nejdůležitějším zdrojem sociální opory zůstávají jejich rodiče.

Spolu s emancipací od rodiny jde ruku v ruce zároveň i dosažení pocitu vlastní identity. Znamená to dobře poznat své možnosti i meze, přijmout svoji jedinečnost i s některými omezeními a nedostatky. Velmi důležité je především na počátku tohoto období i hodnocení vlastního vzhledu. Tělo se stává důležitou součástí identity dospívajícího. Zevnějšek se stává cílem i prostředkem k udržení potřebné sociální pozice. I zde se projevuje tendence k uniformitě, k napodobování platných vzorů krásy (VÁGNEROVÁ, 2005).

Úroveň sebehodnocení na počátku dospívání spolu s vynořením otázek po vlastní totožnosti u většiny dospívajících prudce poklesá, ale kolem šestnáctého roku zvolna začíná opět narůstat. V tomto věku má již dítě tendenci posuzovat se především podle reakcí druhých na ně samé a podle toho, jak se domnívá, že je vidí ostatní, hlavně vrstevníci. To je často příčinou řady osobních těžkostí tzv. adolescenční krize a důvodem pro neustálé ujišťování se dospívajících o své hodnotě (LANGMEIER a KREJČÍŘOVÁ, 2007). Bývají přecitlivělí a vztahovační. Elkind tento stav označuje jako „*iluzi*

*imaginárního publika*“, kdy je dospívající přesvědčen, že jej někdo neustále sleduje a kritizuje (cit.dle VÁGNEROVÉ, 2005, s. 336). Úspěšná individuace v tomto období znamená dosažení psychické diferenciaci, tedy schopnosti vnímat sebe jako psychicky odlišného od svých rodičů a vrstevníků a přijímat za sebe zodpovědnost. S tím souvisí i psychická nezávislost jako schopnost vnímat sebe jako jednajícího nezávisle na druhých i na jejich mínění bez nepřiměřených pocitů úzkosti nebo viny. Hledání identity je spojeno i s orientací duchovní a hodnotovou.

Morálka adolescenta je většinou morálkou absolutní. Přijaté morální normy platí podle něj pro všechny a za všech okolností. Vnímání světa je černobílé bez možnosti kompromisů, ve kterém vidí projevy zbabělosti. Zážitek neuskutečnitelnosti takto vyhraněného mravního ideálu může dospívajícího vrhnout až do opačného extrému, kdy adolescent začne dávat na odiv až hrubý cynismus a bezohledný egoismus. Tato strategie je obvyklým projevem drogově závislých v počátečních fázích léčby (LANGMEIER a KREJČÍŘOVÁ, 2007).

Dospívající bývají nadměrně kritičtí a mají sklon polemizovat. Tato tendence vyplývá z potřeby procvičit si své schopnosti a prokázat, čeho jsou schopni. Odlišný názor chápou ve svém radikalismu jako projev neochoty či omezenosti. Domnívají se, že jejich úvahy jsou zcela výjimečné. Toto přesvědčení vzniká v důsledku subjektivního prožitku proměny vlastního myšlení. Pocit výjimečnosti podporuje neznalost způsobu uvažování jiných lidí. Projevem radikalismu je i tendence dospívajících reagovat zkratkovitými generalizacemi, které jsou nepřesné nebo dokonce zcela nesmyslné (VÁGNEROVÁ, 2005).

Klienti při vstupu do terapie nebo při jejím dokončení dosahují věku odpovídajícímu časně dospělosti. V počáteční fázi dospělosti dochází k emočnímu zklidnění a tím i ke stabilizaci volní autoregulace. Již starší adolescenti se dokáží lépe ovládat, dokonce i v emočně vyhocených situacích. Dovedou se vzdát aktuálního uspokojení, pokud mají dostatečně lákavý cíl.

Jejich sebeovládání bývá trvalejší a stabilnější, může se vztahovat i ke vzdálenější budoucnosti. Jako jedno z kritérií dospělosti se udává dosažení osobní zralosti. Za zralého se člověk pokládá zpravidla tehdy, když po dokončení dospívání přejímá plnou odpovědnost občanskou i osobní a rozvinul plně své osobní zájmy. Erikson tuto fázi popisuje jako schopnost člověka přejímat závazky vůči druhému člověku. Intimita se stává zdravým spojením vlastní identity s identitou druhého člověka beze strachu ztráty sebe sama. Pokud se tato fáze dobře nezvládne, dochází k pokusům o izolaci a přicházejí pocity osamocení ve světě. Úkolem je tedy získání schopnosti milovat (ERIKSON, 2002).

## 3 ETIOLOGIE ZÁVISLOSTI NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH

*„Příčiny bývají příliš velké, než aby je člověk dokázal postřehnout všechny najednou, nebo aby vůbec viděl, jaké skutečně jsou, ale můžeme vyjádřit své vlastní pravdy a své vlastní příčiny“ (GREENBERGOVÁ, 2004, s. 32).*

### 3.1 Závislost z hlediska neurobiologie

Nejnovějším a v současnosti z medicínského hlediska platným důvodem vzniku závislosti je droga jako imitace chemického zdroje odměn. Vychází z ústřední role mozkového systému odměny „brain reward mechanismus“. Mesolimbický dopaminergní systém zaujímá klíčovou roli ve formování spojení mezi významnými kontextuálními podněty a vnitřními averzivními či odměňujícími ději. Dopaminergní aktivace učí organismus rozpoznávat takové podněty. Dlouhodobé neuroadaptivní změny v těchto oblastech v důsledku chronického užívání drog úzce souvisejí s nutkavým charakterem chování zaměřeném na získání drogy a též s relapsem. Systém odměn lze chápat jako oblast, která konvertuje emoce v motivovanou akci a pohyb, respektive moduluje signály z limbických oblastí (zejména amygdaly, frontálního kortexu a hippokampu) a překládá je do motorických projevů cestou výstupů do extrapyramidového systému. Systém odměn je nezbytným funkčním schématem regulujícím udržení dlouhodobé homeostázy organismu. Všechny druhy savců jsou náchylné k návyk formujícímu efektu opioidů a psychostimulancií. Drogy využívají řadu stejných centrálních neurochemických cest jako přirozené zdroje odměny (potrava, tekutiny, sex), u kterých jsou tyto cesty substrátem motivačních účinků potřebných k zachování kontinuity jedince. Na rozdíl od přirozeného zdroje odměny není

účinek drog závislý na stimulaci periferních sensorických receptorů, neboť droga vstupuje do mozku a přímo aktivuje klíčové centrální mechanismy, které představují omezení v účincích přirozených zdrojů odměny (cit. dle NEVŠÍMALA aj., 2007). Droga se tak dostává na úroveň pudové potřeby a tím vzniká závislost. Při delší nečinnosti nějakého pudového jednání klesá prahová hodnota vyvolávajících podnětů. Toto snížení prahové hodnoty vyvolávajícího podnětu může ve zvláštních případech dosáhnout nulové hraniční hodnoty – když totiž za určitých okolností příslušné instinktivní jednání spustí bez dokazatelného vnějšího podnětu (LORENZ, 2003).

### **3.2 Závislost z hlediska psychologie**

*„Z hlediska psychologie jsou primárním fyziologickým potřebám blízké i sekundární potřeby vzniklé na základě návyku (alkohol, heroin a některé jiné drogy); jde o tzv. narkomanie. Tyto potřeby jsou – dojde-li k návyku – často stejně silné jako potřeba potravy a nápoje a hluboce mění celou osobnost“ (ŘÍČAN, 2007, s.100).*

Drogy vstupují do chemického prostředí mozku a způsobují v něm hluboké změny, které doprovázejí podstatné pozitivní i negativní projevy kognitivních funkcí, afektů a chování. Hodnota drogy tedy záleží na její schopnosti navodit změny chemismu mozku. Pocity navozené požitím kokainu jako bdělost a euforie souvisí s tím, že ovlivňuje dopaminergní, serotoninergní a noradrenergní synapse. Deckis uvádí, že počáteční účinky zvyšují přenos neurotransmitérů, ale dlouhodobé či chronické působení neurotransmisi narušuje, neboť negativně ovlivňuje hladiny důležitých neurochemických látek (cit. dle ROTGERSE, 1999). Dochází k negativním změnám nálady (euforie se mění na depresi), afektů i kognitivních funkcí, pocity spokojenosti se mění na pocity podráždění a nervozitu.

### 3.3 Psychoanalytické modely závislosti

Dle *klasické teorie vývoje libida* jsou toxikomani fixováni v orálním stádiu: Karel Abraham uvádí, že fixace na pasivní orální stadium (před prořezáváním prvních zubů) formuje u jedince náchylnost ke schizofrenii a fixace na orálně-sadistické či kanibalistické stádium (po prořezání zubů) může vést k maniodepresivním poruchám a sebevražednému jednání. Výsledky pozorování z holotropních stavů se obecně shodují s psychoanalytickou teorií, která tvrdí, že alkoholismus a drogová závislost úzce souvisí s maniodepresivními poruchami a sebevražednými sklony (cit. dle GROFA, 2007).

*Wurmser* ve svém psychoanalytickém modelu považuje látkové závislé za jedince s vážnými intrapsychickými konflikty zvláště ve smyslu přísného superega, přičemž tyto osobnosti požívají drogy za účelem úniku od pocitů zlosti a strachu (cit. dle NEVŠÍMALA aj., 2007). Užívání drog lze považovat za odehrávání. Jde o součást již existujícího obranného mechanismu projekce. Negativní pocity promítá závislý do ostatních. Tato obrana pochází z porušeného způsobu vyjadřování a zacházení s vnitřními konflikty, který bývá důsledkem neschopnosti unést doprovodný emoční stres (KOOYMAN aj., 2004).

*Krystalova teorie* vychází z teorie objektních vztahů a předpokládá narušení symbiotického vztahu k matce, což vede posléze k touze po sjednocení s ideálním objektem, která však současně přináší hrůzu z možných zranění, k nimž pochopitelně u toxikomanů posléze dochází. Braní drog je produktem konfliktu mezi potlačenou myšlenkou a obranou vůči ní. Toxikoman si též zajišťuje odpojení od svých bolestivých emocí (cit. dle NEVŠÍMALA aj., 2007). Vztah k droze představuje člověka, který si v dospělosti odehrává primitivní a infantilní fantazie. Tak se napjaté, nestabilní osobní vztahy, zlostné chování, problémy s péčí o sebe samého a nutkání užívat návykové látky stává součástí sebedestrukce (cit. dle ROTGERSE, 1999).

Jako základní motiv se uvádí touha po regresi do blaženého rajského stavu prenatálního stádia:

*„Nejelementárnější psychologickou charakteristikou alkoholiků a drogově závislých i nejhlubším motivem, proč sahají po alkoholu a narkotikách, není pouze potřeba návratu do období kojení, ale mnohem hlubší touha po zážitcích nediferencované jednoty nerušeného nitroděložního života“* (GROF, 2007a, s. 128).

### **3.4 Kognitivně behaviorální teorie**

Dle klasických behaviorálních modelů je užívání látek naučené a udržované prostřednictvím klasického nebo operantního podmiňování. Podmíněným podnětem se může stát např. prostředí, ve kterém se droga konzumuje. Návyky se postupně stávají mocným podmíněným podnětem, který vyvolává chuť na drogy, nebo přímo vyvolává abstinenční příznaky. Chce-li se tedy klient zbavit jakékoli drogové závislosti, musí se důsledně vyhýbat též místům, kde drogy obvykle konzumoval. Je též nutné odstranit různé zvyklosti, které jejich užívání doprovázely. Myšlenky a pocity jsou důležitými determinanty chování a odpovědí na vlivy okolí. Závislost a užívání drog se chápe jako příznak a důsledek skrytých problémů. Mohlo původně sloužit jako pokus řešit problémy, ale postupně se stalo samo problémem. Když tento symptom odstraníme, klient se učí, jak přicházet na to, jakou funkci užívání a závislost měly, a jakou bolest nebo strach z bolesti měly potlačovat (KOOYMAN aj., 2004).

### **3.5 Sociokulturní modely**

Závislost a potažmo únikové chování, které je projevem a důsledkem návyku, může vzniknout již v perinatálním období či přímo při porodu:

*„Je-li trauma, které porod doprovází, tlumeno či odstraněno pomocí anestetik, pak celá situace zanechává v naší psyché velmi hluboký a*



*přesvědčivý vtisk, jenž v nás formuje postoj, že jediný způsob, jak se v životě vypořádat s potížemi, je únik do stavů navozených drogou. Není žádnou náhodou ani bezvýznamnou shodou okolností, že dnešní epidemie drogové závislosti pohlcuje celou generaci jedinců, kteří přicházeli na svět v období, kdy porodníci začínali rutinně podávat anestetika, často proti vůli rodičích matek“ (GROF, 2007a, s. 130).*

Břicháček (cit.dle NEVŠÍMALA aj., 2007) zdůrazňuje „*pólový přístup rodiny k dítěti*“: protektivnost, pečlivost, autoritativnost, dominantnost rodičů oproti malé důslednosti, sníženému zájmu, odmítavosti a hostilitě.

McCrary (cit.dle NEVŠÍMALA aj., 2007) zdůrazňuje koncept „*rodinné poruchy*“, čímž má na mysli mechanismus udržující v chodu abúzus drog u některého člena rodiny.

Segal a Steward (cit.dle NEVŠÍMALA aj., 2007) se zaměřují na skupinový vliv vrstevníků, kteří ovlivňují postoje a hodnoty adolescentů. Zmiňují pozitivní vnímání účinků psychotropní látky skupinou adolescentů, například redukci tenze (speciálně v přítomnosti druhého pohlaví), zmírnění nudy, což je pak důvodem dalšího užívání látky.

Bandura se domnívá, že na vzniku drogové závislosti se velkou měrou podílí učení nápodobou, které se výrazně projevuje při vzniku závislosti u adolescentů. Když se totiž chce dospívající přátelit s vrstevníky, kteří berou drogy, a přitom je považuje za atraktivní a oblíbené, může se naučit závislému chování poměrně rychle. Učení nápodobou rovněž ovlivňuje udržování závislého chování tak, že lidé se často chovají stejně jako členové referenční skupiny, aby si zajistili, že je bude tato skupina nadále přijímat (cit. dle ROTGERSE, 1999).

Originálním přístupem vyjadřujícím přesvědčení o sociokulturním původu závislosti je názor, že závislost na drogách je způsobována kulturní nezralostí v přístupu ke drogám jako takovým. Jiří Salzman píše, že náš postoj k drogám je infantilní. Přitažlivost domorodých kultur a jejich vztahu k látkám nejrůznějšího druhu a účinku tkví dle jeho názoru možná v tom, že

„oni“ svůj vztah mají vyřešený. Díky této vlastně nejdůležitější bázi si pak tito lidé troufnou vyrazit cestou k poznání ohromného potenciálu těchto látek a získání znalostí. Získané vědomosti jsou samozřejmě svébytným způsobem zapracovány do reality jedince, kmene, náboženského společenství či sociální skupiny“ (cit. dle LUNY, 2002). Podobný názor vyjádřený však spíše beletristickou formou zastává i kulturní antropolog Carlos CASTANEDA (1997), což potvrzuje i autor jeho životopisu (BOURSEILLER, 2006).

### **3.6 Pohled s důrazem na psychospirituální krizi**

Často opomíjeným, ale přesto velice zajímavým pohledem na vznik závislosti je pohled na drogovou závislost jako na nenasycenou potřebu po transcenci a snaha o nalezení vyššího smyslu za použití jakýchkoli prostředků:

*„V případech závislosti, stejně jako ve stavech posedlosti, je spirituální aspekt problému zatemněn destruktivní a sebedestruktivní povahou poruchy. Zatímco u jiných forem duchovních krizí mají lidé problémy z důvodu své neschopnosti vyrovnat se s mystickými zážitky, u závislosti je zdrojem problému silná duchovní touha a skutečnost, že k navázání kontaktu s mystickou dimenzí nedošlo“ (GROF, 2007b, s. 144).*

Mnoho ze stavů, které se v současnosti diagnostikují jako toxické psychózy a bez rozdílu se potlačují ataraktiky, jsou ve skutečnosti obtížná stádia radikální transformace osobnosti a duchovního otevření. Porozumí-li se jim správně a dostane-li se jim vhodná podpora, mohou tyto psychospirituální krize vyústit v emoční a psychosomatická léčení, v mimořádnou psychologickou transformaci a vývoj vědomí. Klíčem k porozumění závislosti se zdá být skutečnost, že existuje jistá vnější podobnost mezi mystickými stavy a intoxikací alkoholem nebo tvrdými drogami. Oba tyto stavy mají společný pocit zmizení individuálních hranic, rušivých emocí a překročení pozemských problémů. Ačkoli intoxikace alkoholem nebo drogami postrádá mnoho důležitých rysů mystického stavu, jako je vyrovnanost, pocit

posvátnosti a bohatost filosofických vhledů, stačí toto prožitkové překrývání k tomu, aby se stalo pro alkoholiky a drogově závislé lákadlem ke zneužívání těchto látek (GROF, 2007b).

Stejně tak JUNG (1996) v dopisu Wilsonovi (zakladateli AA) píše, že touha po alkoholu a drogách byla ekvivalentem na nižší úrovni duchovní žízně našeho bytí po celistvosti a pouze hluboký spirituální zážitek může lidi zachránit před zhoubou závislosti na drogách či alkoholu.

### **3.7 Další teorie o příčinách vzniku a udržování závislosti**

#### 3.7.1 Batesonova teorie

Dle *Batesonovy teorie* se fragmentované ego cítí lépe v opojení, kde si vytváří iluzorní pocit patřičnosti, adekvátnosti a celistvosti, dochází k iluzivnímu naplnění „žízně po Bohu“. Zároveň však dodává, že každá závislost je maladaptivní:

*„Závislost je jméno pro onu velkou třídu změn vyvolaných prostředím a zkušeností, které nejsou adaptivní a nepřispívají k přežití“* (BATESON, 2006, s. 157).

#### 3.7.2 Transcendentální a mystické teorie

Mnoho autorů spojuje požití drog s možností sebepřesahu a mystického setkání s bohy a klade je na roveň s jinými technikami zaměřenými na mystické zážitky rozšířeného vědomí jako jsou holotropní dýchání nebo izolace od smyslových podnětů či dlouhodobá spánková deprivace:

*„Izolace tedy může být vedle halucinogenních drog a setkání se smrtí jednou z více cest, jak vstoupit do nové oblasti vědomí“* (MOODY, 2005, s. 126).

Podle Sternberga existují vyšší a nižší úrovně vědomí. Vyšších úrovní se lidé pokoušejí dosáhnout například prostřednictvím meditace nebo užíváním drog (cit. dle PLHÁKOVÉ, 2007).

Heroin a jiné opiáty fungují jako hypnóza. Nezruší obranné mechanismy, pouze je obejdou na fyziologické úrovni. Uživatel tedy dosáhne stavu vesmírné jednoty, kterou popisuje jako nirvánu, pocit klidu a blaženosti, jež ovšem neprožívá na vědomé úrovni, tudíž nezískává potřebné vhledy způsobené rozšířeným stavem vědomí. Není možné je nijak prožít ani integrovat a po odeznění účinků zůstává pouze pocit mateřského lůna, ze kterého byl opět vytržen a kam se touží vrátit. Pocit vesmírné jednoty se též prožívá jako návrat posvátné jednoty. Obranné mechanismy tvoří dětská a pozdější nezpracovaná traumata, která činí svět nebezpečným, a je nutné proti němu bojovat a mít kontrolu, neboť jinak jsou ohrožující. Opiáty překonají tyto obrany, což přináší toxikomanovi výraznou úlevu a touhu po znovuprožití. Drogy sice představují únik před tímto traumatem, ale přesto se aktivuje obranná strategie, která nedovolí, aby mysl přestala bojovat, čímž se zabrání člověku zemřít a znovu se narodit, proto to často vede k paranoidním stavům (GROF, 2000).

Odpůrci tohoto pojetí a možnosti využití v léčbě závislosti upozorňují na nebezpečí s tímto přístupem spojeným. Domnívají se totiž, že alkoholici a drogově závislí, kteří hledají jakoukoli formu extatických zážitků („being high“), touží po jejich opakování. To se týká nejen holotropních stavů, ale také použití psychedelických látek, a dokonce i prožitkových forem psychoterapie a meditace (GROF, 2007b).

Milióny mužů v Indii a jiných východních zemích užívají posvátné drogy k osvobození a úniku před často jen stěží přijatelnou životní realitou. Tato snaha o únik je také základem obecně rozšířeného užívání hašiše v muslimských zemích, kde věřící nesmí požívat alkoholické nápoje, které mají podobně únikovou funkci u nás. Jak se ale zdá, vyvolává běžným způsobem užívaný hašiš u východních uživatelů postupný úpadek. Je

zodpovědný za vysoké procento špatné pracovní docházky u arabských dělníků a značné procento duševních chorob, zejména v Egyptě (MASTERS a HOUSTONOVÁ, 2004). Naproti tomu v terapeutické komunitě Němčice je např. metoda holotropního dýchání, která pracuje se změněným stavem vědomí, s úspěchem praktikována u klientů ve vyšších fázích léčby. Materiál, který se objevuje v průběhu holotropního sezení, se využívá pro další terapeutickou práci s klientem. Dosavadní zkušenost s touto metodou v Němčicích ukazuje, že klienti jsou schopni uvedené zážitky zasadit do probíhajícího procesu léčby a dále je využívat (NEVŠÍMAL aj. 2007).

## 4 PSYCHOTERAPIE U DROGOVĚ ZÁVISLÝCH

### 4.1 Klient závislý na nealkoholových návykových látkách

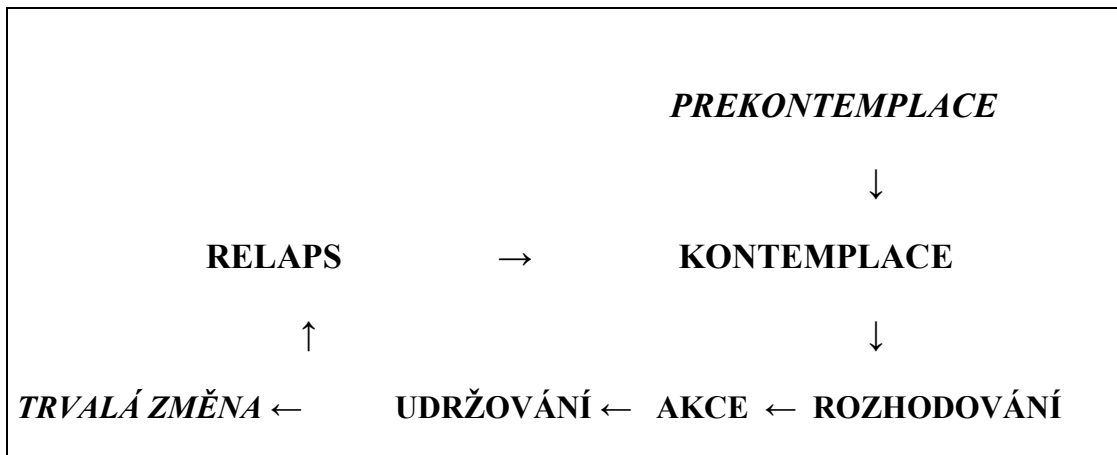
Jestliže budeme vycházet z praxe, můžeme nalézt určité znaky, které jsou společné většině uživatelů návykových látek. Jeřábek uvádí čtyřbodové dělení, které je následně rozšířeno. Jsou to tyto body:

1. Nízká integrace sebepojetí.
2. Interpersonální senzitivita (pocit ohrožení ve vztazích, nízká frustrační tolerance).
3. Nižší úroveň defenzivní organizace (časté popření, projekce, štěpení apod.). *„Závislí lidé mají za sebou dlouhou historii popírání pocitů viny. Když si připustí vynu za něco aktuálně negativního, přemohou je pocity viny vztahující se k minulosti“* (cit dle KOOYMANA aj., 2004, s. 18).
4. Emoční labilita a nepřiměřenost (nejhlubší emoce toxikomanů bývají často subjektivně nepřijatelné a nežádoucí. V konečném důsledku dochází u jedince k podstatné redukci využívání řady možností, které přináší život) (cit. dle NEVŠÍMALA aj., 2007).
5. Alexander Bassin tvrdí, že toxikoman je člověk s nízkým sebevědomím, který má porušenou identitu a není schopen vytrvat v dlouhodobém vztahu.
6. Většina toxikomanů se obává intimity. Fyzická blízkost s partnerem je často spojena pouze se sexem. Pokud není tento problém zpracován v komunitě, může se z bývalého toxikomana stát společensky úspěšný

dříč – ne-li workholik, který však není schopen stálého vztahu s partnerem (cit. dle KOOYMANA aj., 2004).

## 4.2 Proces změny ve vztahu k závislosti

Schéma procesu změny ve vztahu k závislosti podle Prochasky a Diclementa



Z výše zmíněného schématu vytvořeného Prochaskou a Diclementem (cit. dle ROTGERSE, 1999) vyplývá, že změna je procesem, nikoliv jednorázovou událostí a úkoly v různých fázích procesu se významně liší. V prekontemplačním stádiu, kdy je uživatel přesvědčen o správnosti svého rozhodnutí brát drogy, které mu ještě přinášejí více pozitivní saturace a pocitů libosti nežli negativních symptomů, se terapie dobrovolně účastnit nebude. Jedinou možností je tlak zainteresované strany, či kontakt s klientem, který může být osloven v kontaktním či jiném nízkoprahovém centru. Cíle jsou v tomto stádiu proto skromné. Snažíme se v potenciálním klientovi probudit určité pochybnosti a umožnit mu vidět rizika spojená s užíváním drog pomocí informací, osvěty a přímé zpětné vazby.

Pro zvýšení motivace ke změně se používá Millnerova metoda motivačních rozhovorů nazvaná FRAMES, kdy F znamená poskytování zpětné vazby (feedback) vzhledem k pacientovu stavu, R představuje odpovědnost (responsibility) samotného pacienta za rozhodnutí ke změně, A je poskytování jasných a objektivních rad (advice), M znamená nabídku (menu) možností

změn a různých strategií, E zastupuje empaticky poskytované informace a S znamená podporu pacientovy naděje a sebedůvěry (self-efficacy). Cílem motivační intervence je využívání objektivních, konkrétních informací o klientově drogové závislosti a jejích následcích způsobem, který nevyvolá pacientův odpor (cit. dle ROTGERSE, 1999).

V posledních letech je populární možnost anonymního dotazování na otázky kolem drog a drogové závislosti, kterou nabízí např. občanské sdružení Sananym na svých internetových stránkách. Důležitým prvkem k poskytování informací na těchto stránkách je neautoritativní přístup. Je důležité, aby se informace k uživatelům dostaly, moralizování podstatně snižuje zájem o komunikaci. Odpověď na položené otázky je vždy pravdivá, často podložená statistickým průzkumem. Na možná rizika je tazatel upozorněn, ale s dodatkem, že negativní účinky nejsou podmínkou. Je mu tedy poskytnutý dostatek prostoru k svobodnému rozhodnutí.

Jelikož závislí si problémy uvědomují až ve chvíli, kdy dopadnou na absolutní dno, a do té doby jsou problémem spíše pro okolí, je dobré již v těchto fázích navázat vztah s rodinou závislého, případně začít kontinuálně pracovat s blízkými lidmi potenciálního klienta.

Pokud klient postoupí do stádia kontemplace, stává se typickým ambivalentní postoj vůči drogám. Konfrontační styl má za následek spíše příklon klienta k obhajobě pozitivních stránek drog. Rozumnější je společné detailní prozkoumání jak pozitivních, tak negativních stránek užívání a chování klienta s užíváním spojené.

V případě, že klient je sám dostatečně přesvědčen o tom, že negativní stránky převyšují pozitivní, dostává se do fáze rozhodování. Toto stádium má u závislých opět specifikum. Závislí lidé často bojují s nepřijetím, proto často místo změny volí strategii sebezpřijetí, kterou považují za důležitější, a z jejich pohledu přizpůsobivější než vlastní změnu. Příprava změny je velice důležitá, neboť důvody ke změně, stejně jako síla původního rozhodnutí, ovlivní pravděpodobnost případného relapsu.



Ve stádiu akce se všechny plány realizují. Jelikož stále přetrvávají ambivalentní pocity, je nutné klienta podporovat a oceňovat za sebemenší posun či dodržení stanoveného plánu. Relaps je v tomto stádiu častý a i přesto, že je pochopitelně negativní, je velice pravděpodobným momentem změny. Je potřebné a žádoucí použít relaps jako možnost zjištění příčiny nutkavého chování, následně vytvořit strategii na prevenci relapsu a vrátit se do fáze kontemplace.

### **4.3 Neústavní léčba drogově závislých**

*„Příznaky nejsou nemoc. Tyto symptomy jsou obranou a ochranným štítem. Věřte tomu nebo ne, ale její nemoc je jediný pevný základ, který má“* (GREENBERGOVÁ, 2004, s. 113).

Prvním krokem k možné léčbě drogové závislosti je přiznání bezmocnosti. S bezmocí pracovali již svémocné skupiny anonymních alkoholiků (AA). Prvním krokem byla nutnost přiznat a přijmout fakt své bezmoci vůči alkoholu či jiným látkám. Teprve pak je možné očekávat pokrok. AA vyvinuly strategii 12stupňové léčby, jejíž některé zásady jsou v jistých obměnách používány dodnes.

#### **4.3.1 Teorie 12stupňové léčby a úvahy o ní**

V teorii 12stupňové léčby nemusí klient uznat, že je alkoholik nebo drogově závislý, nebo že je bezmocný obecně. Je však nutné dosáhnout přijetí skutečnosti, že užívání psychoaktivních látek se vymklo jeho osobní kontrole. Svoji bezmocnost si však může připustit až po dosažení změn v kognitivním systému. Závislí lidé obvykle využívají mnoho obranných mechanismů, které je chrání před náhledem na ničivé negativní důsledky užívání drog. Díky popření a racionalizacím nebo zlehčováním může závislý jen obtížně vidět vlastní život jasně a podnikat kroky vedoucí ke změně. Mnohé z těchto obran jsou patrně zakořeněny v pocitech studu, viny, výčitek, strachu a v silné motivaci k pokračování v užívání drog. Je nutné je nahradit uvědoměním.

Závislý musí uznat negativní důsledky konzumace. S postupující léčbou jsou klienti vedeni k náhledu, za kolik problémů je drogová závislost zodpovědná.

Na počátku léčby je však vhodné klienta naučit přijmout některé pojetí onemocnění, což mu umožní zacházet se zahlcujícími pocity viny, studu a zlosti, které mohou proces obran doprovázet (ROTGERS, 2007). Tato technika je velice užitečná, neboť prolomení obran závislého bez adekvátní náhrady může proces léčby buď zničit nebo minimálně zablokovat na dlouhou dobu.

*„Obecně je nejlepší nebořit obranu, pokud nezpůsobuje více zla než užitku, nebo pokud nemáte něco lepšího, co byste místo ní nabídli“ (YALOM, 2004, s. 94).*

Ve stejném duchu upozorňuje Tamara Sternbergová, že v procesu psychoterapie je nutné respektovat obrany a nepokoušet se o jejich prolomení, protože jsou jakýmsi ochranným štítem před náhlým přílivem bolestných, děsivých nebo ponižujících zážitků (cit. dle PLHÁKOVÉ, 2007).

Stejně tak KRATOCHVÍL (2005) píše, že - pokud bouráme interpretaci určitou iluzi - je třeba vědět, zda za to pacient v terapii dostane něco jiného, pozitivního.

Tím, že závislý přizná bezmoc a neschopnost kontroly, vzniká otázka, kdo to tedy bude dělat. Teorie 12stupňové léčby řeší tuto otázku vírou v existenci něčeho silnějšího, než jsou oni sami, a nabádá závislé, aby k této síle obrátili svou vůli a svoje životy. Důraz na spiritualitu může být pro mnohé přínosem, časté je však i ukončení léčby, neboť tento bod je pro klienty nepřijatelný, přestože je míněn ve smyslu esoterické spirituality, jak ji popisuje Ken Wilber. Ve stejném smyslu mluví i Paul TILLICH (2004) když píše, že Bůh je nejvyšším zájmem v životě člověka, ale bohem či vyšší silou se může stát téměř cokoli včetně peněz, slávy či sexu - stejně tak i láska nebo pravda. Jde o to ukázat těmto „nevěřícím“, že jednoho boha již stejně uctívají. Tímto bohem jsou drogy, které ovládají celý jejich život. Jednou z cest k usměrňování spirituality je rozvoj vlastního života, hledání jeho směru

z hlediska spíše abstraktních principů než z hlediska konkrétních náboženských postav. V moderní léčbě se v tomto bodě často využívá technik logoterapie, které jsou v podstatě uvedením těchto myšlenek do praxe.

*„Hledání smyslu je proces, který má dva znaky: musí probíhat neustále a nikdo v něm nemůže člověka zastoupit. Hledání smyslu má tak tytéž znaky jako život, který musí žít vždy jen člověk sám a vždy stále znovu“ (LÄNGLE, 2002, s. 9).*

Frankl často cituje výrok Nietzscheho. Kdo má ve svém životě nějaké proč, ten snese i každé jak (cit. dle FRANKLA, 2006). Důležitou otázkou při hledání vlastní spirituality je tedy: co je mé „proč“. Pro jaké „proč“ mi stojí za to snášet utrpení.

ROTGERS (1999) uvádí, že k překonání silného kouzla psychoaktivních látek a závislého životního stylu je nezbytné se vášnivě upnout k nějaké síle či principu silnějšímu, než je člověk sám. Drogy jsou vlastně snahou o sebedestrukci, jako úniku před bytím do nebytí. Jedním z motivů, který se právě tento bod léčby snaží změnit, je strach z nesmyslnosti života, vlastní nepatřičnosti a nedůležitosti pro svět a život, jenž vytváří nesnesitelný pocit vnitřní prázdnoty, který je možné vyplnit pouze náhradním iluzorním světem vytvořeným drogami.

*„Úzkost před prázdnotou je vyvolána hrozbou nebytí vůči specifickým obsahům duchovního života. Víra se hroutí vlivem vnějších událostí nebo vnitřních procesů, člověk je odříznut od tvořivé účasti v oblasti kultury, cítí se frustrován z toho, co kdysi vášnivě zastával, je hnán od oddanosti jedné věci k oddanosti jiné věci a pak zas k další, protože smysl každé z nich se vytrácí a tvořivý erós přechází v lhostejnost nebo odpor. Vše je vyzkoušeno, ale nic neposkytuje uspokojení“ (TILLICH, 2004, s.34).*

12stupňová teorie přináší u závislých důležitost sebepoznání hlavně proto, že u nich speciálně fungují represivní obranné mechanismy a otupělost. K rozpoznání osobních slabin a předností se využívá soupis osobního inventáře, který musí pacient projít ještě nejméně s jedním člověkem. Důležitá

je v této fázi též práce na tom, aby si pacient stále více uvědomoval své motivace, typické reakce na stres, zlost, odmítnutí a následky drogového životního stylu (ROTGERS, 1999).

Užitečná a povzbuzující je pro klienta identifikace s dalšími lidmi, kteří mají podobné problémy, na něž se nahlíží jako na projev nemoci. Pravděpodobně nejpodstatnějším důsledkem přijetí modelu onemocnění je rozhodnutí abstinovat. V této teorii je cílem léčby naprostá abstinence. Kontrolované užívání se důsledně odmítá, neboť tato možnost se považuje za utopickou. Zastánci 12stupňové teorie zastávají názor, že i farmakologické působení drog zvyšuje u závislých lidí pravděpodobnost spíše jejich nutkavého užívání než pokles jejich spotřeby. Změny v chemismu mozku se pravděpodobně stávají při pokračujícím konzumování psychoaktivních látek důležitým vnitřním podnětem k nutkavému užívání. Tater uvádí, že závislí často vykazují nedostatečnou kontrolu zlosti, netrpělivost a různé kognitivní poruchy. Drogy vyhrocují uvedené obtíže, proto je nejvhodnější, aby se závislí těmto látkám úplně vyhnuli (cit. dle ROTGERSE, 1999), navíc užívání drog udržuje mechanismus řešení problémů pomocí návykových látek. Zabraňuje tak řešení prostřednictvím osobnostního vývoje. Nutkání k užití substance se u závislých, kteří se snaží o kontrolovanou konzumaci, často ještě zvýší, protože samy tyto látky jsou spouštěči naléhavé potřeby pokračovat v užívání.

Tato činnost vede k dalšímu stěžejnímu bodu práce s drogově závislým, jímž je osobní zodpovědnost. Výše jsem zmínil techniku osvětlení teorie závislosti jako specifické formy nemoci. Úskalím této techniky je možnost, že klient se tímto vysvětlením zbavuje osobní zodpovědnosti za své jednání, ale není to pravda. Základem 12stupňové teorie je naopak nekompromisní přijetí osobní odpovědnosti, ne však za rozvoj tohoto onemocnění, ale za svůj přístup k němu od chvíle, kdy onemocnění u sebe zjistí.

Nově příchozí jsou vedeni k tomu, aby brali život z hlediska dvacetičtyřhodinového cyklu. Závislí mají mnohem větší problémy s dosažením pohledu „tady a teď“. Často žijí v minulosti, kde se utápí

v pocitech viny za přečiny působené ve změněném stavu vědomí nebo projikují své obavy do budoucnosti. Tím, že se vědomí zaměří na realitu každého dne, závislí se učí, jak se vyhnout nepříjemným emocionálním impulsům, které často vedou k recidivě (ROTGERS, 1999).

Každému novému klientovi je též přidělen individuální patron, který má již léčebný program dokončený. Ten má za úkol alespoň jednou denně kontrolovat stav klienta a být mu po dobu prvních devadesáti dnů průvodcem nebo první pomocí v krizových situacích. Během těchto devadesáti dnů dochází klient na sezení nejčastěji každý den minimálně jednou. Doba devadesáti dnů je volena záměrně, neboť až 90% relapsů spadá do tohoto období.

#### 4.3.2 Psychodynamická léčba drogově závislých

Drogová závislost je již od poloviny minulého století léčena pomocí psychoanalytických technik. Dle mnoha odborníků, často dokonce psychoanalyticky vzdělaných, je psychoanalytický přístup k drogově závislým značně problematický a neefektivní. Sugerman a Wilber píší ve významné práci o psychodynamických teoriích závislosti na opiátech, že psychoanalytici nedělají rozdíly mezi typy závislostí a všechny považují za „orální jevy“ s podobnými nevědomými významy (cit. dle ROTGERSE, 1999).

*„...toxikomani závisejí – tak jako kdysi záviselo dítě – na inkorporaci (bud' ústy, nebo pokožkou) substancí, jež je fyzicky saturují a emocionálně povzbuzují. Nejsou si však vědomi toho, že touží být znovu dětmi. Jejich zklamané a dětinské duše se projevují pouze tehdy, když si ztěžují, vychloubají se či pochybují“ (ERIKSON, 2002, s. 58).*

Dalším názorem proti psychoanalýze je skutečnost, že závislost je znakem takové poruchy a slabosti ega, že psychoanalýza je kontraproduktivní. Často se zmiňuje problematika interpretační techniky, kterou psychoanalýza používá. Klienti s drogovou závislostí často spadají do kategorie porucha

osobnosti a interpretační přístup je pro ně příliš ohrožující. Duální diagnózy jsou u drogově závislých častým jevem.

*„...důvodem, proč se zdržet interpretací, je skutečnost, že psychologické obsahy jsou obvykle předeterminovány a smyslově spojeny s několika úrovněmi psyché. Podat zdánlivě jednoznačné a jasné vysvětlení nebo interpretaci v sobě nese nebezpečí, že to zmrazí celý proces a naruší terapeutický pokrok“ (GROF, 2007b, s. 102).*

Blatt upozorňuje, že psychoanalýza činí závěry jen na základě jednotlivých terapeutických případů nebo klinických zpráv, které zkoumají pouze malý vzorek závislých, nejsou tvořeny kontrolní nebo srovnávací skupiny a nerozlišuje mezi různými stupni závislosti (cit. dle NEVŠÍMALA aj., 2007).

Přesto psychoanalýza se léčbou drogově závislých dlouhodobě zabývá a své zařazení si právem zaslouží.

Východiskem Wurmsterovy psychoanalytické teorie léčby závislosti je zaměření na analýzu superega. Souhlasí s rizikem konfrontačního interpretativního stylu. Je přesvědčen, že moralistický postoj k chování závislých je kontraproduktivní, protože problém není v tom, že by závislí měli příliš málo superega, ale naopak – mají superega příliš mnoho (cit. dle ROTGERSE, 1999).

Khatzian vytvořil obecně známou skupinovou terapii drogově závislých. Vychází z myšlenky, že podstatou problému osob užívajících návykové látky je deficit a nikoli konflikt. Kořenem problému jsou slabé stránky klienta a nedostatky ega nebo self. Osobnost v důsledku této slabosti není dostatečně chráněna. Není schopna o sebe dostatečně pečovat a přemýšlet o sobě. Z těchto důvodů vyhledává určitý účinek drogy, který kompenzuje daný deficit. Příkladá proto zvláštní důležitost specifické droze, kterou příslušný narkoman preferuje.

Krystal upozorňuje na možnost alexithymie, tedy narušení afektivní funkce. Narkomani se od ostatních liší v tom, že nedokáží rozeznat kognitivní aspekty emočních stavů. Na místo prožívání diferenciovaných pocitů jako smutek, štěstí nebo zlost prožívají globální fyziologické stavy a napětí. To jim znemožňuje nechat se vést emocemi při chápání sebe samého a eliminuje nebo do jisté míry ochromuje důležitý zdroj informací a zpětné vazby. Nejsou tak schopni rozpoznat smysl jednotlivých vyvolaných stavů vzrušení. Samotná jejich existence se pro ně stává zdrojem úzkosti. Užívání návykových látek je účinnou metodou zklidnění či uvolnění. Autor zastává současnou léčbu několika terapeutů, aby byl rozptýlen přenos, který by se jinak stal příliš intenzivním a nezvládnutelným. U některých závislých pomůže již samotné lepší rozlišování jednotlivých afektů. Když jsou afekty smíchány nebo nediferencovány, může je člověk prožívat jako globální, zmatené, zaplavující a nezvladatelné. Neliší se to příliš od způsobu, jakým prožívají emoce malé děti (cit. dle ROTGERSE, 1999).

Kernberg uvádí, že dítě se učí zvládat a rozlišovat emoce prostřednictvím svých interakcí s primárním pečovatelem a vlastním zráním. V konečném stadiu se emoce snaží verbálně pojmenovat (cit. dle MITCHELLA a BLACKOVÉ, 1999). Krystal používá během terapie kurs rozlišování emocí. V českých poměrech tuto techniku používá při skupinách s drogově závislými Prokop Remeš, který k nácviku rozlišování emocí úspěšně používá projektivní hagioterapeutické techniky (REMEŠ a HALAMOVÁ, 2004).

Psychoanalytických teorií se nejčastěji využívá v kombinovaných léčebných přístupech. Galanter (cit. dle ROTGERSE, 1999) popisuje léčbu drogově závislých, jež kombinuje dynamickou psychoterapii s kognitivně-behaviorální, kterou nazývá sít'ovou terapií. Cílem je dosažení a zachování abstinence. Počáteční fáze využívají kognitivně-behaviorální techniky k udržení abstinence, kde využívá sít' blízkých přátel závislého, která se soustřeďuje na rozpoznávání charakteru závislé touhy (craving) jako klasického podmíněného reflexu. Dále se snaží rozpoznat vysoce rizikové

situace a impulsy a učí se je zvládat pomocí účinných strategií. Nepokouší se změnit ani restrukturalizovat rodinné systémy nebo se dotknout psychopatologie jednotlivých členů sítě. Skupinovou dynamiku se snaží zvládnout jako personální vedoucí. Doporučuje interpretaci nevědomých konfliktů a charakterových rysů, pokud představují ohrožení abstinence. V pokročilém stádiu léčby, kdy se abstinence již stabilizovala, může převládnout psychodynamická léčba, během níž se řeší nevědomé konflikty v rámci tradiční matrice přenos - protipřenos, a nevědomé přesunutí, jakým může být třeba náhlé vzplanutí splatit dluh svému dealerovi, kdy si nemusí si být vědom touhy vzít drogu. Podobným nebezpečím, které je nutné převést do vědomí, je obranný mechanismus převrácení, který se podobá reaktivnímu výtvoru. Klienti touhu po drogách často skrývají za pokus otestovat sami sebe tím, že záměrně vyhledávají místa, která jsou z hlediska relapsu abnormálně riziková.

#### 4.3.3 Rodinná terapie drogově závislých

Steinglassovy studie dokládají, že drogy mají v rodině jistou pozitivní funkci, která stabilizuje role v rodině, umožňuje vyjádření afektu, zvyšuje intimitu mezi členy rodiny a umožňuje probírání témat, kterým se rodina ve střízlivém stavu vyhýbala. Tato skupina pozitivních funkcí byla označena jako adaptivní důsledky drogové závislosti. Současný přístup modelu nemoci popisuje drogovou závislost jako nemoc rodiny: členové rodiny jsou nemocní stejně jako závislý. Tomuto typu závislosti říká Cermak (cit. dle ROTGERSE, 1999) *condependence* neboli spoluzávislost, což je zjevný vzorec osobnostních rysů, který lze předpokládat u většiny členů závislých rodin. Patří mezi ně přebírání zodpovědnosti za uspokojení potřeb jiných před svými vlastními, prožívání úzkosti a zkreslování hranic souvisejících s problémy intimity a separace, zapletení se do vztahů s lidmi s poruchou osobnosti nebo problémy s drogami. Předpokládá se, že členové rodin, kteří trpí *condependencí* se obvykle chovají tak, že umožňují drogovou závislost. „Umožňování“ jsou modely chování, které udržují užívání návykové látky



bud' tím, že usnadňují užívání drog, nebo poskytují pozitivní reakce na užívání drog a vyhýbají se negativním reakcím nebo stanovením jistých hranic. Je proto ideální, pokud je do léčby zapojeno několik členů rodiny, čehož se využívá již při diagnostice. Ta se zaměřuje na identifikaci příčinného podnětu užívání, vnitřních zprostředkujících proměnných a důsledku užívání. Je nezbytné zmapovat příslušné role individuálních, rodinných a jiných interpersonálních systémů v udržování užívání návykových látek. Je vhodné prozkoumat problémy a fungování jednotlivců v rámci rodiny a zjistit, zda některý člen rodiny potíže neprožívá sám tak vážně, že by byla opodstatněná léčba i u něho. Diagnostikujeme též roli drogově závislého v rodině a celkové vzorce interakce, řešení problémů, kontroly chování a hranic rodiny. Snahou terapie je změnit vzorce patologické rodinné interakce, zvýšit nebo obměnit komunikační schopnosti a dovednosti potřebné k řešení problémů. Je třeba analyzovat, která témata a role narušují efektivní fungování rodiny. Je též dobré vytvořit s rodinou model chování k závislému, neboť platí, že drogově závislý není dostatečně motivován, dokud se nedotkne dna. Rodina se musí naučit odpírat závislému uspokojování i základních potřeb (ubytování, peněz, jídla), pokud není ochoten dodržovat základní body domácího kontraktu a vystavit jej tak tlaku, který může být rozhodujícím faktorem vstupu do terapie, což pro rodiče není samozřejmě lehké připustit (ROTGERS, 1999).

Stanton (cit. dle ZEIGA, 2005) vytvořil model strukturálně strategické rodinné terapie pro narkomany. Jde o krátkodobou metodu podmíněnou účastí rodiny závislého. Zaměřuje se na triádu závislý-rodiče, protože partnerský nebo manželský vztah je odrazem původní nukleární rodiny závislého. Z tohoto důvodu se závislost probírá i v kontextu vlastní rodiny, kterou klient založil, protože drogová závislost se považuje za součást aktuálního interakčního chování celé rodiny. Cílem léčby je abstinence, produktivní využívání času a stabilní a samostatný život. Systémový přístup dbá při konfrontaci členů rodiny v rámci terapie na to, aby se každý jednatel obracel přímo na toho, s kým právě řeší problém. Díky tomu se během

konzultace projevují dysfunkční vzorce interakce rodiny, což je vhodná příležitost k intervenci směřující ke změně.

#### 4.3.4 Kognitivně-behaviorální léčba drogové závislosti

V 60. letech minulého století objevil Wilker, který pracoval ve veřejné nemocnici v Lexingtonu ve státě Kentucky, že někteří z chronických uživatelů heroinu, kteří zde byli léčeni, zažívali stav podobný abstinčním příznakům při pouhém pohledu na náčiní spojené s užíváním heroinu. Tyto fyziologické a subjektivní známky příznaků posuzoval jako fenomény podmíněných abstinčních příznaků. Ve spojení s možností aplikovat látku, kterou považovali za heroin, zažívali tito jedinci často stav podobný efektům heroinu, přestože látka, kterou si injekčně aplikovali, byla pouze inertní tekutina připomínající heroin jen vzhledem. V souladu s klasickým podmiňováním přiřadil Wilker (cit. dle NEŠPORA, 2007) roli nepodmíněného podnětu heroinu a roli nepodmíněné reakce abstinčním příznakům a následnému prožitku drogového opojení vyvolaného aplikací heroinu. Funkci podmíněného podnětu pak mělo náčiní spojené s přípravou a užíváním heroinu (lžička) a podmíněnou reakcí byly pseudoabstinční příznaky, prožitek účinku drogy pociťovaný při přípravě a injekční aplikaci inertní tekutiny. Terapie se proto pokouší přerušit podmíněné spojení mezi určitými aspekty klientova prostředí a podmíněnými abstinčními příznaky nebo touhou, o nichž se předpokládá, že tvoří motivační základ snah drogu vyhledat a užívat.

Jinou formou je averzivní terapie a její varianty senzitivizace, které klasického podmiňování využívají odlišným způsobem. Pokoušejí se podnítit novou, averzivní reakci na užívání drogy a s ní spojené podněty. Využívá se operantního podmiňování. Léčba se zaměřuje na zpevňující funkci drog jako na hlavní faktor, který určuje jejich další užívání. Vychází z přesvědčení, že zpevňující efekt drogy se projevuje zanedlouho po aplikaci, zatímco negativní dopad až později. Změny lze tedy docílit tak, že pozitivní zpevňující aspekty související s užíváním omezíme, a důraz přesuneme na trestající aspekty, které

se časově spojí s požitím návykové látky a zároveň rozvineme strategie vázané na abstinenci. Jednou z nejstarších forem averzivní léčby je elektrická averze, při které dochází ke spojování bolestivých elektrických šoků se zrakovým, chuťovým a čichovým vjemem klientovy oblíbené návykové látky. Vzhledem k extrémně stresující povaze je nutná účast lékaře, což znemožňuje ambulantní léčbu. Léčba se neukázala jako efektivní. Dnes není považována za seriózní. Další variantou je chemická averze známá jako „blinkačky“ z léčby závislosti na alkoholu. Pohled na drogu, její chuť a vůně je spojována s nevolností pomocí lithia či apomorfínu, čímž dojde k negativní reakci na užití návykové látky. Po podání látky vyvolávající nevolnost zhruba po 2 až 8 minutách je klientovi aplikována malá dávka návykové látky, případně si ji pouze prohlédne. Účinnost chemické averze je založena na realistické reakci při požití drogy, neboť zvracení je častým jevem u mnoha omamných látek jako heroin, LSD, MDMA atd. Klient se účastní zhruba pěti sezení během deseti dnů.

**Skrytou senzibilizací** se rozumí averzivní podmiňování drog prostřednictvím verbálních a imaginativních prostředků. Shromažďují se specifické a podrobné informace o obvyklých příčinách a podnětech vedoucích k užívání a také o negativních či obávaných následcích. Tyto informace jsou pak použity při podmiňujících scénách. V imaginativní scéně nejtypičtější situace vedoucí k užití drogy si klient bezprostředně po užití drogy vyslechne přesný popis negativních důsledků vyvolávající nechuť. Imaginativní obrazy mohou být zakončeny sugescí, že se pacientovi uleví od těchto příznaků v momentě, kdy se z imaginativní situace vymaní a vyvaruje se budoucího užívání drog. Tyto scény a averzivní obrazy se opakují do té doby, než dojde ke spojení nepříjemných obrazů s užíváním alkoholu a drog, a dokud nevymizí nutková potřeba užívání. Údaje o účinnosti senzibilizace se rozcházejí v názorech na dlouhodobý vliv a nelze ji použít u všech pacientů, zvláště ne u těch, kteří mají potíže s vizualizací (ROTGERS, 1999).

Ústředním motivem **teorie učení** je reciproční determinismus, což znamená, že lidé ovlivňují vnější prostředí, jímž jsou ovšem sami ovlivňováni.

Příčinou změny chování tedy může být změna prostředí, ale také může jedinec dosáhnout změny chování sám prostřednictvím plánovaného procesu sebekontroly a změnou ve svém prostředí. Na situaci pohlíží jako na selhání schopnosti zvládat situaci. Toto selhání může způsobit kombinace nevhodného podmiňování, zpevňující souvislosti, učení nápodobou nevhodného chování, selhávání učení nápodobou vhodných schopností zvládat problémy, potlačení sebedůvěry ve vlastní schopnosti tyto problémy řešit a nedostatek ocenění snah a dílčích úspěchů. Proto se často užívá metod tréninku a procvičování dovedností, které neusilují pouze o osvojení dovedností překonávající známé stresové situace nebo problémy, ale rovněž zvyšují možnost v budoucnu se vyhnout užívání tím, že je klient předem schopen předvídat situace, ve kterých buď postrádá přiměřené dovednosti pro řešení problémů, nebo si málo důvěřuje, že by je zvládl (ROTGERS, 1999).

Kognitivně-behaviorální terapie vychází z Ellisova modelu RET. Pokud lidé čelí nějaké nepříjemné události (A, adversity) a pokud reagují následnou ztrátou duševní rovnováhy (C, disturbed consequences), jako například těžkou úzkostí a depresí, je to v první řadě způsobené jejich systémem vnitřních přesvědčení (B, belief systém) (ELLIS a MacLAREN, 2005).

*„Racionálně emoční behaviorální terapie je založena na předpokladu, že kognice, emoce a chování nejsou vzájemně oddělené lidské funkce, nýbrž naopak, že jsou vnitřně propojené a celostní. Když něco cítíme, tak přemýšlíme a jednáme“* (ELLIS a MacLAREN, 2005, s. 11).

Dle obou zmíněných autorů je spouštěcím mechanismem užívání drog nízká tolerance negativních podnětů. Ta ústí do stavu, který nazývají nemohu-to-snést-ismus. Tento stav vede závislé k tomu, aby impulsivně reagovali a dosáhli tak okamžité úlevy od negativních emocí. Tyto stavy nízké frustrační tolerance je třeba ovlivnit. Beck upravil Ellisovu teorii do podoby: A-je aktivující podnět (orig. *Activating stimulus*) a C-je přehnaná, nepřiměřená „napodmiňovaná reakce“ (orig. *Conditioned response*). B-je prázdno (orig. *Blank*) v mysli pacienta, které, když je dokáže vyplnit, spojí „A“ a „C“ jako

most. Vyplnění tohoto prázdného místa, které vyplývá z pacientových přesvědčení a názorů, je právě úkol pro terapii (BECK, 2005).

*„Rozdílné osobní významy určité události jsou nejen odpovědné za odlišné emoční reakce na stejnou situaci, ale umožňují přímo pochopit vznik emočních problémů. Člověk, který určité události připisuje nereálný nebo přemrštěný význam, na ni bude pravděpodobně reagovat nepřiměřenou a přehnanou emocí“ (BECK, 2005, s. 47).*

Mezi techniky léčby závislosti vycházející z Beckovy teorie patří nácvik zacházení se zlostí, racionální diskuse o pozitivních názorech týkajících se užívání návykových látek a racionální diskuse týkající se souvislosti mezi užíváním drog a tlumením negativních emočních stavů.

#### **4.4 Detoxikace**

Jelikož u většiny návykových látek je kromě psychické závislosti přítomna i závislost fyzická, je nutnou podmínkou účinného zahájení léčby detoxikace. Je to období, kdy je nutné zmírnit či utlumit mučivé tělesné i psychické příznaky. U skupin návykových látek, které působí silné odvykací syndromy (opiáty, sedativa nebo hypnotika), je medikace převážně zapotřebí ke snížení a kontrole nebezpečných symptomů spojených s odvykáním. Pro zvládnutí abstinčních příznaků u opiátů jsou nejčastěji používány metadon, clinidine a naltrexon, v současnosti přibyl též buprenorphin. Využívá se postupného snižování dávek látky za přísného lékařského dozoru, případně nahrazení dlouho účinkující nenávykovou látkou, zejména fenobarbitalem. Lékařský dozor je nutný nejen z důvodu kontroly účinků na klienta, ale též proto, že všechny tyto látky jsou jednoduše zneužitelné. V této fázi je psychoterapie téměř nemožná, neboť vedlejší fyzické projevy odvykacího stavu, jako jsou tělesný neklid a psychické změny, k nimž patří zmatenost, neklid nebo nervozita, ji přímo znemožňují.

Nejčastěji užívanou substituční léčbou pro dlouhodobou stabilizaci závislých na opiátech je léčba metadonem. Tato léčebná strategie předpokládá

každodenní aplikaci dlouhodobě účinkujícího opiátu (metadonu) jako náhrady nezákonného užívání krátkodobě účinkujících opiátů (obvykle heroinu). Substituce metadonu dovoluje klientovi fungovat v reálném světě bez odvykacích symptomů, neboť abstinenci příznaky se dostavují až po 24 až 36 hodinách. Substituce metadonem, i přes svou etickou problematičnost se stále využívá, neboť průzkumy dokazují, že tato léčba podporuje udržení klientů v léčbě, možnost zhodnocení celkového stavu a řešení dalších problémů a poruch, které se společně se závislostí na opiátech často vyskytují (problémy v zaměstnání, se zákonem). Především však stabilizuje pacienta natolik, že je možné zahájit psychoterapii (ROTGERS, 1999).

V posledních letech se u heroinové závislosti používá takzvané „rychlé odvykání“. Provádí se anesteziology na jednotkách intenzivní péče. K tělesnému odvykání dochází během šesti až osmi hodin. Organismus v této době projde stejnými stadii jako při klasické detoxikaci. Pacient se uvede do narkózy a zavede se umělé dýchání. Poté se mu vstříkne opiátové antidotum, které v uvedené době vypláchne z mozku všechny opiáty. Klient musí ještě delší dobu brát tento lék v tabletách, ale je možné přistoupit k terapii a začít se zabývat psychickou závislostí (GÖHLERT a KÜHN, 2001).

## **5 TERAPEUTICKÁ KOMUNITA PRO DROGOVĚ ZÁVISLÉ**

Jako nejvhodnější a nejefektivnější způsob radikální léčby drogové závislosti pro klienty dospělého věku a klasického závislostního životního stylu se jeví dlouhodobý pobyt v terapeutické komunitě drogově závislých. Terapeutická komunita se svou rozvětvenou sítí vztahů, podporou ostatních klientů, silným pocitem sounáležitosti a péčí 24 hodin denně umožňuje rozvoj silného vřelého a důvěrného terapeutického přimknutí (attachementu), což může klientovi přinést přestavbu jeho defektního a nefunkčního vzorce přimknutí, posílit jeho jistotu a důvěru ve vztazích a vyvést ho z bludného kruhu nereálného prožívání a jednání ve vztazích vůči druhým lidem.

### **5.1 Přijetí do komunity**

Samotný příjezd, okamžik prvního setkání s členy komunity, včetně terapeutického týmu a následné přijetí, které je ve většině komunit na území ČR spojeno se vstupním rituálem, je nejen nedílnou součástí terapie všech klientů, ale zároveň i mnoho vypovídá o stavu klienta, který do komunity nastupuje, a o motivacích, jež ho k léčbě přivádějí.

Příjezd se vždy komunitě dopředu oznámí na posledním velkém řádném setkání komunity, které se koná pravidelně jednou týdně. Takto se poskytuje možnost přizpůsobení režimu této mimořádné události, ale především je to informace pro všechny klienty o nově příchozím. Účast všech členů na přijímací komunitě není sice nutná, ale je vynikající zpětnou vazbou pro komunitu o stavu jejích členů, zájmu o dění v komunitě a informací o schopnosti členů konfrontovat se s realitou toxikomana při vstupu do léčebného programu. Stav a situace, ve které se nacházeli při vstupu všichni,

je ideálním zrcadlem pro klienty v pokročilejších fázích léčby a zároveň působí jako ideální motivační činitel ve snaze o pokračování a dokončení programu.

Příjezd nového člena komunity je signálem pro svolání mimořádné vstupní komunity, kde je nový klient představen. Následuje komunitní diskuse o přijetí nového klienta do komunity, která končí hlasováním. Důležitá je motivace klienta k léčbě. Přijetí často provází podmínka podstoupení iniciačního rituálu, který je prováděn okamžitě. Rituál se liší od komunity ke komunitě. Časté je koupání v přílehlém rybníku či studni jako náznak rituální očisty, jinde se preferuje zbavení klienta všech osobních věcí a přidělení erárního - pro nultou fázi typického - oděvu. Tento rituál naopak symbolicky vyjadřuje přechod z jedné životní fáze do jiné. Mystickou smrt a znovuzrození, přičemž oblečení je zde specifickou formou hierofanie, jak ji chápe Eliade. Tedy posvátná věc (oblečení) není uctívána jako taková: je uctívána pouze proto, že je to hierofante, že ukazuje cosi, co není ani oblek, nic konkrétního, nýbrž posvátno (ELIADE, 2006). Stejně tak jezírko či studnu lze chápat ve smyslu theofanie, která posvěcuje určité místo právě tím, že je „otevřít“ směrem nahoru, že je spojuje s nebem, že je činí paradoxním bodem přechodu z jednoho modu bytí do druhého (ELIADE, 2006).

Rituálů je velká řada a hojně se využívají v jasně stanovených situacích po celou dobu léčby.

## **5.2 Rituály jako terapeutický nástroj**

*„Jelikož naše společnost nabízí tak málo důležitých iniciačních a zasvěcovacích obřadů užívaných v jiných kulturách, stávají se tyto zkušenosti v mnoha případech prostředky růstu a zrání, kterých některé osoby bez rituálu nejsou schopny dosáhnout. Mnozí lidé poukázali na skutečnost, že naše společnost trpí nedostatkem těchto prostředků růstu“ (MASTERS a HOUSTONOVÁ, 2004, s. 183).*



Stejně jako terapeutická komunita navazuje na tradiční občanské nebo křesťanské komunity minulosti a snaží se využít léčivou sílu společenství jako celku, nacházíme podobný potenciál i u tradic a rituálů. Jejich postupný zánik je jedním z hlavních příznaků zanikání i společenství a pocit prázdnoty, vykořeněnosti, který je dnešní době signifikantní, a s touto skutečností úzce souvisí. Při rituálu jsou přesně stanovené role všech účastníků i postup, jakým se rituál provádí. Rituál by měl jasně vystihovat poselství, které v sobě ukrývá, neboť gesto nabývá smyslu a reality jediné a výlučně tehdy, když reprodukuje prvotní úkon (ELIADE, 2003).

Tím se potírá přirozené mezilidské soutěžení a dochází k vystoupení ze životních rolí, čímž se vytváří prostor pro plné a opravdové spolubytí, setkání člověka s člověkem v tom smyslu, jak si představuje Buber. Tehdy totiž přestává platit lineární čas.

*„Posvátný čas je svou povahou vratný v tom smyslu, že je to vlastně zpřítomnělý mytický pračas. Každý náboženský svátek, každý liturgický čas spočívá v reaktualizaci posvátné události, která se odehrála v mytické minulosti (na počátku)“ (ELIADE, 2006, s.48).*

HEIDEGGER (2002) dokonce tuto situaci nazývá setkání lidí s bohy. Rituál označuje jako nezastupitelný nástroj při péči o duši. Terapeutický potenciál rituálu je možný srovnat pouze se zážitkovou terapií nebo holotropním dýcháním, kdy nedochází k racionálnímu náhledu, ale naopak k bytostnému prožití současného okamžiku, který není možné okamžitě zpracovat a tím se od něj distancovat.

*„Posvátné si člověk uvědomuje, protože posvátné se projevuje, ukazuje se jako cosi docela odlišného od toho, co je profánní“ (ELIADE, 2006, s. 12).*

Podstoupením iniciačního rituálu se nový adept stává součástí něčeho většího, než je on sám. Sdílí zkušenost všech ostatních, která je odlišuje od okolního světa, čímž se z něj vyděluje a přijímá novou identitu. Tato zkušenost mu dává možnost prožít sounáležitost s celkem, který by mu od této chvíle měl nahrazovat rodinu, místo kde si právě nevyřešené konflikty

z dětství může začít řešit. Zároveň se stává středem pozornosti. Dostává první důkaz zájmu o svou osobu a zároveň i důkaz víry v jeho schopnosti, ačkoli se jedná pouze o krátkodobý vstup do vody. Zároveň však dává adept komunitě najevo, že je ochoten něčeho se vzdát, něco obětovat a důvěřuje ostatním, že jeho bezbrannost a odevzdání se nezneužijí. Terapeutická a duchovní síla prožitku iniciačního rituálu se většinou přiměřeně reflektuje až v pozdějších fázích léčby, s čehož je patrné, jak hlubokých a vědomí těžko dostupných vrstev se dotýká.

### **5.3 Fáze ve vývoji klientovy psychiky v průběhu léčby**

Klient prochází v průběhu léčby několika fázemi.

#### **5.3.1 Nultá fáze**

U většiny komunit je klient nucen se finančně podílet na léčbě, neboť případná ztráta peněz je dobrým motivačním činitelem pro udržení v léčbě a napovídá o pevnosti rozhodnutí do léčby vstoupit. Po přijetí do komunity zaplatí první finanční příspěvek a přidělí se mu klient z první fáze léčby, který je v komunitě zhruba tři měsíce. Tento laický supervizor je plně zodpovědný za supervidovaného po dobu prvního měsíce léčby. Doba se pochopitelně může v různých léčebnách lišit, stejně tak i označení. Často se například používá termín starší bratr pro tohoto supervizora. Supervizor ručí za začlenění nováčka do komunitních norem, psaných i nepsaných pravidel, režimu a hierarchie komunity. Po celou tuto dobu je trestán jak za své vlastní pohřešky proti komunitním pravidlům, tak za prohřešky supervidovaného. Supervizní období je z hlediska osobnostního růstu často více přínosné pro supervizora než pro nováčka. Supervizor může mnohem lépe pochopit pocit frustrace, které prožívala osoba určená k jeho vlastnímu dohledu, může se poučit z chyb v komunikaci, které vedly k problémům v jeho nováčkovském období. Zároveň zažívá první pocit opravdové důvěry v jeho schopnosti a také zodpovědnost za svěřenou osobu. Jelikož nemá žádnou hybnou páku, jak

donutit nováčka k poslušnosti (kromě negativní reflexe jeho chování na komunitě), je nucen prožít pocity křivdy a neoprávněných trestů za člověka, který o to evidentně vůbec nestojí, a často necítí žádnou vděčnost. Tím odčiní a zároveň se vykoupí z pocitů viny za stejné skutky, jichž se dopustil v minulosti sám. Nemusí je tedy nést dále. Dokončí a uzavře fázi vlastní supervize.

Supervidovaný naopak získává kontakt a bližší vztah alespoň s jedním členem komunity, který mu zároveň poskytuje ochranu. Zejména v počátcích je ochrana nutná, neboť otevřená komunikace a blízkost vztahů většiny členů komunity je pro nově příchozího velice ohrožující. Braní drog je často nejvyhrocenějším příkladem únikové strategie, kterou závislí používají jako řešení ve většině konfliktních životních situacích vyvolávajících strach nebo úzkost a náhlá blízkost a nemožnost tuto strategii uplatnit, by pravděpodobně vedla k předčasnému opuštění komunity.

V dělení obran proti úzkosti Karen HORNEYOVÁ (2000) jednoznačně radí drogově závislé do skupiny se strategií zaměřenou „od lidí“, což jasně vypovídá o jejich nastavení vůči světu. Nároky na bezpečí a intimitu skupinového procesu jsou v počátečních fázích tak veliké, že ani není reálně možné, aby byly ostatními saturovány. Na druhou stranu fakt, že z komunity nesmějí odejít, jelikož hrozí relaps znovu užívání drog, a často ani není kam odejít, tato skutečnost zvyšuje odhodlání v terapii vytrvat. Se supervizorovou podporou umožňuje pak momentální frustraci překonat (NEVŠÍMAL aj, 2007).

### 5.3.2 I.fáze (novus)

*„Ve vývoji dítěte odkazuje pojem zapojení k další etapě socializace v rodině. Dítě si hledá místo mezi ostatními členy rodiny, osvojuje si svou roli a učí se řešit problémy. Ani v normálním vývoji se to neobejde bez žárlivosti, rivality, konfrontace s druhými a rodinným řádem“ (NEVŠÍMAL aj., 2007, s. 186).*

Do první fáze klient vstupuje automaticky po uplynutí jednoho měsíce od nástupu do komunity. Na poslední velké řádné komunitě slyší z úst svého supervizora, jak se choval, pracoval a vůbec jak se zhostil povinností, které s tímto obdobím souvisejí. Od této chvíle je již klient zodpovědný za své chování do té míry, že za případné přestupky proti pravidlům komunity je postihován tresty. Tresty se mohou uskutečňovat jen v osobním volnu, takže v případě prohřešku klient připravuje sám sebe o možnost odpočinku. Téma trestu v komunitě je nutné více rozvést.

### 5.3.2.1 Trest

*„Moudrý rodič lásku ničím nepodmiňuje, ale dává ji ochotně a bezplatně, protože každé dítě si zaslouží lásku kvůli sobě samému. Láska není v rozporu s vyžadováním kázně, ale vylučuje manipulaci, která poškozuje dítě mnohem víc než spravedlivě uložený trest“ (GREEN a SHARMAN-BURKE, 2001, s. 35).*

Trestem je míněno negativní ocenění spolupráce respektive nespolupráce ze strany klienta. Má mnoho forem, ale společným rysem všech je prospěšnost komunitě, která je vždy v pozadí. Na standardní přestupky proti řádu jsou standardní postihy, nejčastěji jedna hodina práce. Čím těžší prohřešek v hierarchii porušení komunitních pravidel, tím dlouhodobější či nepříjemnější trest. Každá komunita má několik základních pravidel, při jejichž porušení hrozí klientovi okamžitý odchod z komunity. Jednoznačným pravidlem všech komunit je naprostá absence drog na půdě komunity. Dalším obecně platným je užití násilí na jiného člena komunity. Zde je již nutné posuzovat případné porušení tohoto pravidla citlivěji a v příslušném kontextu. Je rozdíl, zda je použito násilí jako prostředku k zastrašování nebo šikaně, které mnoho klientů používalo jak při životě na ulici, tak hlavně ve výkonu trestu, nebo jde o pošťuchování dvou stejně silných jedinců, kteří se chtějí předvést. Násilné chování je nutné vždy potrestat vysokým trestem, aby nebylo vytvořeno negativní precedens, kdy agresivnějším klientům by se vyplatilo trest si odpracovat. Vyloučení z komunity však není vždy

bezpodmínečně nutné. U komunit, které pracují při skupinové terapii pouze s jednou skupinou klientů, je důvodem pro vyloučení i sexuální vztah vzniklý mezi členy komunity. Důvodem je skutečnost, že na skupinových sezeních by nebylo možné jejich vztah dostatečně reflektovat a hrozí reálné nebezpečí vytvoření koalice, které je ve skupinovém procesu nepřipustné. V komunitách, kde je více než jedna skupina, bývá umožněno takovému páru setrvat v intimním vztahu, pokud je tento veřejně schválen a partneři nejsou ze stejné skupiny.

Trest je pro komunitu drogově závislých velice důležitým terapeutickým nástrojem. Nejen že umožňuje hierarchické fungování komunity, která supluje reálnou hierarchii obchodních společností, ale je taky ideální v navozování konfliktních situací v reálném, ale chráněném prostředí s okamžitou možností reflexe. Klienti si zpočátku řeší své problémy s autoritou, případně dokonce s autoritou opačného pohlaví či problematického věku (pokud je autorita například mladší nebo ve věku některého z rodičů). Následně ve vyšších fázích se učí udržet se v příslušné roli a hledat nové a účinné komunikační možnosti jak trest sami udělit, či donutit svěřeného klienta k dokončení práce, za kterou je sám zodpovědný, nebo udělit trest svému nejbližšímu kamarádovi. Učí se též přijmout trest a to i v případě, že cítí křivdu a neoprávněnost potrestání. Následně se učí způsobům, jak se domáhat spravedlnosti, či konfrontaci s frustrací při nutnosti snést a zpracovat subjektivní křivdu v případě, že ani následné kroky nevedly k přepokládané satisfakci. Pro sdílení pocitu frustrace či při jiných emočních problémech má klient možnost sjednat si několik verzí podpory. Má právo si svolat skupinu klientů ve stejné fázi léčby, má právo svolat celou komunitu a zde řešit své pocity křivdy a konfrontovat osobu, se kterou konflikt probíhá osobně, nebo může požádat o soukromou konzultaci přítomného terapeuta. V ideálním případě toto téma přinese na skupinovou terapii, která se pro klienty v nulté a první fázi koná 5x týdně, pro ostatní 1x týdně, či na vlastní individuální terapii, která probíhá vždy jednou za měsíc. Důležitým vodítkem pro nastavení a pokrok v léčbě je i intenzita využívání těchto možností a

forma, které dává jedinec při řešení vlastního konfliktu přednost. Klient je veden k tomu, aby co nejvíce využíval možností, které mu poskytují standardní struktura dne, čímž se učí vědomě volit možné a existující strategie v jim příslušném čase, tedy i schopnosti odložit uspokojení na později a nevyhledávat hraniční či ilegální řešení.

Foulkes konstatuje, že *„nejúčinnějším faktorem změny je procvičení „Já“ v jednání, a nikoli pochopení slovní interpretace, spíše trvalá korigující interakce s druhými“* (cit. dle RIEGERA, 2007, s. 161).

Trest má i jiné terapeutické funkce. Jednou z nich je i strukturace času. Klienti, hlavně v počátečních fázích, trpí silnou psychickou závislostí, tedy nutkavou potřebou užít drogy, která se projevuje neustálou snahou o drogách a drogových zážitcích mluvit, což je zakázané, ale zároveň to odráží skutečnost, že v okamžiku, kdy myšlení není zaměstnáno, jsou drogy první myšlenkou, která závislé napadne. Jelikož ještě nejsou schopni svůj volný čas strukturovat a zaměstnat tak i svoje myšlenky, je práce jediná činnost, která tyto problémy řeší. Je proto nutné opět sledovat a případně reflektovat, zda skrytou motivací častých přestupků není nevědomá snaha o získání trestu, a vyhnout se tak vlastní zodpovědnosti za strukturaci a náplň volného času.

Trest má i funkci posláním. Je vždy volen tak, aby byl klient výkonem trestu užitečný celé komunitě. Není tedy nikdy samoučelný. Volba trestu tedy odráží komunitní hodnoty a potřeby. Ne vždy je trestem fyzická práce. Může jít o pomoc jinému klientovi s učením, či příprava nedělního odpoledne. Důležité je, aby byl klient vždy schopen trest svými silami zvládnout. Mnoho situací nemá standardní trestné ohodnocení a je tedy na kompetentní osobě, jaký trest udělí. V těchto případech nemusí být trest udělen okamžitě. Je ovšem trestanému nutné sdělit, že určitý jeho projev bude trestem postižen později, aby nedošlo k nepřesnému spojení, a předešlo se tak následným nedorozuměním. Vysoce nestandardní tresty je trestající nucen konzultovat s ostatními klienty ve stejné či vyšší fázi, případně s terapeutem. Každý nový trest tvoří jakési precedens, proto je nutné, aby byl klient schopný obhájit výši,

důvod a formu trestu, který hodlá uložit. Terstem trestající vyjadřuje svůj vlastní názor na proběhlou situaci. Trest tedy může být zvolen i tak, že pro postiženého má pozitivní nebo ne nepříjemnou formu, a to v případě, že k porušení pravidel sice došlo, ale z důvodů, které trestající považuje za morální, a tento svůj názor dokáže obhájit před ostatními. Klienti si tak budují vlastní žebříček hodnot a učí se za ně bojovat. Případně je trest záměrně volen tak, aby situaci nějakým způsobem parodoval či zlehčoval. Je tak možné například klientovi, který se hrubě a sexisticky chová k ženám a zlehčuje či nerespektuje jejich postavení či důležitost v komunitě, přidělit měsíc ručních prací či prádlo celé komunity.

Speciálními situacemi jsou případy, kdy klient odmítá přidělované tresty provádět. Účinnou technikou prolomení tohoto druhu odporu je společná odpovědnost. Klient, který je kompetentní přidělit trest, jej místo provinilci přidělí buď celé komunitě nebo dokonce celé komunitě kromě postiženého. Ten se tak v podstatě vrací do pozice supervidovaného, čímž ztrácí již nabytý status a v neposlední řadě si velice rozhněvá ostatní klienty.

Dříve bylo mnoho trestů, které se dotýkaly lidské sebeúcty a sebepojetí. Časté bylo stříhání dohola, nošení nálepek s příslušným označením provinění jako třeba zloděj nebo štetka apod., které zavedl zakladatel první svépomocné terapeutické komunity Synanom pro drogově závislé. Tento zakladatel jménem Dederich, sám vyléčený alkoholik, prošel léčbou u svépomocné skupiny Anonymních alkoholiků. Jak se ukázalo, jestliže jsou tresty jen nástrojem moci a není zajištěna vnější kontrola či zpětná vazba, dochází k silnému ovlivnění psychiky jedinců a vytváří se živná půda pro absolutismus. Dederich nakonec ze Synanomu udělal organizaci zařazenou mezi sekty, sám chtěl vyhlásit nezávislost na USA, později dokonce přinutil stávající manželské páry (komunita byla celoživotní) k rozvodu a každému muži, který se nejprve musel nechat sterilizovat, následně přidělil novou ženu na příští tři roky. Nakonec byl odsouzen za spoluúčast na pokusu o vraždu, kdy na jeho popud stoupenci této sekty vhodili chřestýše do poštovní schránky státního zástupce, jenž byl se Synanomem ve sporu.

V polském Monaru byly podobné tresty odstraněny až koncem 90tých let minulého století. Kromě již zde uvedeného bylo obvyklé, že klient, který zapomněl uklidit určitý předmět, jej musel po dobu několika dní nosit na krku po celý program až do večerky, a to i v případě, že se jednalo o krumpáč. Obvyklé tak bylo nosit kolem krku žárovku, pokud klient zapomněl zhasnout. Několikadenní zákazy mluvení nebyly též výjimkou. Dnes se již od těchto trestů upustilo a neustále je zdůrazňována funkce supervize, která tlumí a usměrňuje tlak, jenž bezpochyby vyvíjí možnost neomezené moci na člověka.

Vraťme se k našemu klientovi v první fázi. Jeho celý den je plně strukturovaný. Každá komunita pro drogově závislé je režimovým zařízením, kde každý den je přesně rozfázován a naplánován. Tyto hranice je velice důležité důsledně dodržovat. Porušování a překračování hranic patří mezi ústřední prohřešky závislých. Při případných nedůslednostech během prvních kontaktů s klientem dochází k negativnímu zpevnění možnosti posouvat hranice či participovat na jejich utváření a následný proces znovu nastavování základní předepsané úrovně hranic je velice složitý a dlouhodobý. Navíc hranice komunitního režimu jsou i ochranou pro samotného terapeuta a tvoří tak prokazatelný základ i pro nastavení hranic osobního kontaktu mezi terapeutem a klientem tak, aby byla připravena živná půda pro vznik zdravého terapeutického vztahu. Překračování hranic je pro drogově závislé přirozenou reakcí, analýzou nového prostředí, která vychází ze životního stylu ulice. Tento mechanismus je srovnatelný s procesem explorační chování hlodavců, kterým byl v novém prostředí do některých bedýnek, jež se v místě vyskytovaly, zaveden proud.

BATESON (2006) uvádí o tomto pozorování následující:

Elektrický šok, který hlodavec dostane, když strčí čenich do bedničky, mu označuje, že udělal dobře, když ho tam strčil, neboť tak získal informaci, že v bedničce je elektřina. Účelem exploračního chování totiž není zjistit, zda explorační je dobrá věc, ale dozvědět se něco o zkoumaném. Explorace je sebezpotvrzující, ať už jsou její výsledky pro zkoumajícího příjemné nebo ne.



Pokusíte-li se krysou přinutit, aby ne-zkoumala tím, že jí v každé bedničce, do níž strčí nos, dáte elektrický šok, bude v tom stejně pokračovat, protože nejspíš potřebuje zjistit, které bedničky jsou bezpečné a které ne. V tomto smyslu je vlastně explorace vždy nějak úspěšná.

Explorace je tedy nejen sebezpotvrzující, ale zdá se, že u lidských bytostí působí trochu jako droga. Podle mého názoru takovou exploraci lze přirovnat k adrenalinovému sportu, na nějž se může vytvořit závislost podobně jako na drogu a lze to vysvětlit příjemným pocitem napětí, který vyvolávají změny ve vnitřním prostředí uvolněním příslušných hormonů a neurotransmiterů.

Dopoledne je v této fázi věnováno hygieně a pracovní terapii, která je proložena 90ti minutovým blokem skupinové terapie. Pracovní terapie se zaměřuje na udržování a rozšiřování domu, kde klienti bydlí. Ideální je, pokud se na výstavbě a úpravě místa svého pobytu sami podílejí. Čím je účast intenzivnější, tím bližší vztah k němu obyvatelé pociťují. Proto je časté, že klienti, kteří za odměnu při přechodu do vyšší fáze dostanou možnost vlastního pokoje, musí splnit podmínku, že si jej sami postaví (pokud to ještě obytné prostory dovolují). Klienti v první fázi se podílejí pouze na výzdobě vlastního pokoje a udržují stávající budovu v provozu schopném stavu. Dále se starají o zvířata, která jsou součástí většiny terapeutických komunit, neboť jsou ideální jak z důvodu relaxace a nácviku vztahu ke zvířatům a technikám neverbální komunikace, ale pochopitelně též z důvodu úspory finančních prostředků.

Každý týden jsou dva klienti určeni jako kuchaři. Tato funkce je specifická svou náročností jak psychickou, tak organizační. K povinnostem kuchaře patří nejen příprava jídel pro celou komunitu po celý týden, ale též zodpovědnost za hospodaření se surovinami a jejich vhodný výběr. Nákup se provádí pouze jednou týdně a je na schopnostech kuchařů, aby si správně nadiktovali seznam a množství surovin, které budou k přípravě jídel potřebovat. Jídelníček je vždy terapeuty vyvěšen dopředu na nástěnku, takže klienti včas vědí, jaké suroviny budou potřebovat. Pochopitelně mají též

finanční limit, do kterého je nutné se vejít. Specifikum této funkce spočívá v tom, že je jedinou možností, kdy klienti spolupracují ve stálé dvojici bez vnější přímé kontroly, což na oba klade velice vysoké nároky. Při každé jiné činnosti klienti první fáze plní pouze přesné instrukce klientů ve fázi vyšší, což na ně klade jen malé nároky. Kuchaři se však zodpovídají celé komunitě za kvalitu a včasnost stravy. Při každém jídle dostávají zpětnou vazbu od všech klientů, kteří se chtějí vyjádřit, což pochopitelně přispívá k vnitřní dynamice komunity. Jídlo je společné pro všechny právě přítomné, kteří o něj stojí, a je vždy v pravidelnou dobu. Od stolu se neodchází, dokud nedojí poslední stolovník. Tento rituál je důležitý pro pocit sounáležitosti. Každý je stejně důležitý a každý stojí všem za trpělivost.

Odpolední aktivity jsou spíše fyzického rázu, ale jsou více zábavou než prací. Častý je sport pro udržování tělesné zdatnosti. Hry jsou také dobrou možností sebeprosazení pro klienty, kteří nevynikají v jiných aktivitách, a je zde vytvořen dobrý prostor pro záměny obvyklých rolí. Hra ukazuje skryté přednosti a dovednosti, slouží též k upevňování sociálních vazeb. Sportovních her se často využívá při řešení konfliktů vzniklých mezi většími skupinkami. Jsou účinnou technikou vybití agrese bezpečným a kontrolovaným způsobem.

Klient v první fázi má málo zodpovědnosti, ale s tím je spojeno i málo privilegií a množství omezení, která je nucen dodržovat. Většina slouží k ochraně klienta před možným relapsem. Není možné telefonovat, ani se telefonu dotknout. Není možné psát, ani přijímat poštu nebo návštěvu během prvních šesti měsíců a i déle, pokud komunita neschválí jinou alternativu. Není možné opouštět prostor léčebny bez doprovodu klienta z vyšší fáze - a to jen v případě, že již předem opuštění schválila řádná komunita. Opuštění komunity a návštěva jsou asi nejrizikovějšími faktory z hlediska možného relapsu. Rodinná situace je často natolik neuspokojivá a vztahy tak vyhrocené, že první návštěvy, i když jsou na ně klienti dlouhodobě připravováni a čas si volí sami po doporučení a schválení komunitou, pravidelně doprovází následný naprostý psychický rozklad a návrat abstinčních příznaků. Kontakt s realitou nebo dokonce s potenciálním důvodem užívání návykových

látek a vzniku drogové závislosti je pro klienty enormním citovým a emočním zatížením, na které ještě často nejsou zralí. Dlouhodobější zákazy kontaktu s rodiči však podporují nebo umocňují procesy vznikající dlouhodobým odloučením, což nebývá prospěšné, hlavně u klientů, u kterých se počítá s tím, že budou nuceni po dokončení léčby žít s rodiči ve společné domácnosti. Dlouhodobé odloučení se respektuje zejména v případě, že je přáním klienta, ale i tak se důkladně probírá na skupinové terapii. Svévolné opuštění komunity se toleruje do 24 hodin od odchodu. Během této doby je klient stále členem komunity. Pokud se do této doby nevrátí, je automaticky vyloučen. Návrat do komunity je spojen s nutností trestu. Trest tentokrát volí společně všichni přítomní členové na komunitě, která je svolána ihned po příchodu delikventa. Klient je též konfrontován s názory komunity na jeho odchod a na důvody jeho návratu. Častým důvodem opuštění komunity je samozřejmě relaps.

Každodenní dopolední pracovní program je proložen skupinovou terapií v trvání 90ti minut. V komunitách tvořených pouze jednou skupinou funguje princip začlenění nových klientů zjednodušeně na principu sociálního učení nápodobou. Starší klienti jsou v terapeutickém procesu pochopitelně dál a tak předávají způsob komunikace a platné normy novým klientům. Jejich názory jsou již vyzrálejší, takže terapeut plní spíše roli facilitátora procesu.

*„Je-li poskytnut vzor žádoucího chování, skupina snadněji pochopí, o co terapeutovi jde, než když ji terapeut nechává dojít k poznání pracnou metodou pokusu a omylu“ (KRATOCHVÍL, 2005, s. 149).*

Více se budu věnovat skupinovému procesu u terapeutických skupin v komunitách s několika skupinami. Tyto skupiny jsou v jistém smyslu otevřené, i přestože účast na nich je povinnou součástí programu a hlavním pilířem léčby. Platí pro ně stejná základní pravidla jako pro klasické terapeutické skupiny. Hlavní zásadou je mlčenlivost, tedy zákaz vynášení témat nebo jakýchkoli informací mimo skupinu. Dalším pravidlem je otevřenost a upřímnost, v neposlední řadě právo „STOP“. Právo ukončit rozhovor v jakémkoli bodě, pokud klient cítí, že téma ho osobně ohrožuje.

Do skupin stále přicházejí noví členové komunity a navíc každý klient přestupující do vyšší fáze léčby skupinu opouští a je přeřazen do jiné, kde se již klienti z obou zbylých vyšších fází prolínají. Skupiny první fáze se zaměřují nejvíce na autobiografická témata, témata vlastní rodiny a z nich pramenící problémy s autoritami všeho druhu, nutkavé pocity užít drogy a motivace ke vstupu do komunity. Vlastní problémy se nejčastěji popírají a odpovědnost za vlastní životní situaci se svaluje na okolí, nepříznivé životní události, ale hlavně na náhodu a osud. Je totiž mimořádně těžké, někdy až děsivé, přiznat sám sobě, že pouze jedině já jsem zodpovědný za podobu vlastního života (YALOM, 2004).

Důležitým tématem je periodicky opakující se situace důvěry ve skupinu a snaha o racionální pochopení skupinového procesu, potažmo účinnosti skupinové terapie jako takové. Velmi často užívanou obranou je snaha uniknout k tématům života venku nebo alespoň volit taková témata, která se týkají na skupině nepřítomných lidí z komunity. Je proto velice účelné opakovaně vztahovat témata do situace „tady a teď“. Důležitým úkolem první fáze skupinového procesu jsou otázky, jak být sám sebou a přitom neztratit druhé a jak být s druhými a přitom zůstat sám sebou. K vyřešení konfliktů, které s sebou tyto otázky přinášejí, je snaha naučit klienty mluvit za sebe a ne jen o sobě (ČÁLEK, 2004).

*„Mluvit ze sebe a za sebe, to je nejčastější formulace tohoto požadavku. V pokud možno otevřeném vyjádření vlastních pocitů je vždy něco opravdového, pravého a původního. Pacienti ovšem do těchto poloh vztahů pronikají postupně, každý podle dosavadní úrovně svých vztahových možností“ (ČÁLEK, 2004, s. 370).*

Vynořují se agresivní impulsy, které nejčastěji směřují k terapeutovi jako k představiteli komunitních pravidel, režimu a nejvyšší formální autoritě v místnosti. Terapeut se vnímá jako osoba mimo skupinu, s níž je nutné se poměřit. Takto je dobré situaci pojmenovat, ale nijak nezasahovat, neboť pro utvoření zdravé skupiny je dobré, pokud si zvolí nepřítele zvnějšku. V případě

kdy tak neučiní, filtruje se agrese nejčastěji skrze člena s nejprostupnějšími hranicemi a slabou schopností vymezit se proti útokům na vlastní osobu. Do této nepopulární pozice „černé ovce“ se dostává většinou klient, kterého nepřijímá komunita i mimo skupinu. Témata jím navržená se bagatelizují a nezralost skupiny je též příčinou snahy jejích členů najít chybu v jakémkoli jednání či tématu, kterou je možné kritizovat, a dát jasně najevo svou nadřazenost. Poměrování probíhá i mezi ostatními členy navzájem, spolupráce je minimální, neboť je nutné vytvořit si ve skupině pozici, což ovšem opět k počátečním vývojovým fázím skupinového procesu patří. Terapeut má za povinnost dění nejen reflektovat, ale též chránit opakovaně napadaného člena. Domnívám se, že jeho účast na řízení sezení i na oslovování témat je v této fázi velice důležitá, neboť klienti se záměrně vyhýbají těžkým a důležitým tématům, nebo od nich unikají k jiným. Terapeut, jelikož se účastní i denního programu, má možnost sám vnést nebo alespoň oslovit téma konfliktu, který se odehrál mimo skupinu a inkriminovaní jedinci o něm nemluví.

*„Chování mimo skupinu, které se nemůže stát předmětem zpracování ve skupině, lze považovat za formu odporu“ (KRATOCHVÍL, 2005, s. 25).*

Je však nutné neustále se mít na pozoru, abychom nepodceňovali členy skupiny a nepřeceňovali svoji moc (RIEGER, 2007).

Časté jsou též takzvané mlčící skupiny. Spadají jak do kategorie „poměřovacích“, kdy je třeba otestovat jistotu terapeuta. Následuje-li vyjádření agresivních pocitů vůči terapeutovi a zpracují-li se tyto pocity, může mít takový souboj smysl. Opakují-li se však takové souboje bez následné analýzy, ztrácí mlčení význam a stává se mrháním času (KRATOCHVÍL, 2005). Často ale jsou též známkou propukající krize člena nebo celé skupiny. Obecně platí, že nabádají terapeuta k ostražitosti, neboť závislí v tomto období ještě stále pociťují abstinenci příznaky a ticho tak snášejí velice obtížně. Mohou též signalizovat, že některé z probíraných témat naznačovalo volání o pomoc, ale na vědomé úrovni nebylo rozpoznáno. V této fázi závislí jen obtížně hledají prostředky, jak srozumitelně komunikovat o reálném ohrožení.

Z ulice byli zvyklí, že žádost o pomoc je ukázkou slabosti, kterou si nemohli dovolit, a spoléhají proto hlavně sami na sebe. Navíc pocity touhy užít návykovou látku nebo myšlenky na odchod z komunity jsou součástí většiny skupin této fáze a je těžké rozeznat, jsou-li opravdu míněny reálně nebo nikoli. Je proto velice důležité, aby terapeut sledoval četnost, kontext a pravidelnost těchto výroků od jednotlivých členů skupiny, neboť prvních 80 dní v léčbě setrvá jen 20–30 % klientů. Je velice důležité toto téma podchytit a zpracovat na skupině, protože k impulsivnímu odchodu z komunity stačí jen minimální záminka a ta je v tak frustrujícím prostředí během počátečního období léčby pravidelnou součástí všedního dne. Pokud je téma správně zpracováno, přiblíží klienta ke komunitě a je dobrým základem pro vytvoření skupinového prostředí důvěry.

Pokud tedy klient skutečně hrozí odchodem, ať jsou jeho vědomé motivy jakékoli, je více než pravděpodobné, že skutečným motivem je touha užít návykovou látku. Je důležité pátrat po spouštěcím mechanismu, podnětu nebo konfliktní situaci, která touhu unikat vyvolala. Jestliže se toto téma takto osloví a klient stále nezměnil své rozhodnutí odejít, je důležité zbavit situaci nutkavého náboje. V první řadě získává zpětné vazby od ostatních členů skupiny, většinou o jeho důležitosti pro komunitu či pro ně samotné. Reflektuje se mu obvyklost těchto pocitů v současném stavu léčby s dodatkem, že v pozdějším období dojde v psychickém prožívání k předvídatelným změnám, které tyto pocity výrazně zmírní. Pokud ani to ještě jeho úmysl nezvrátí, vyzve se, ať vypracuje plán odchodu. Uvede, kam odchází, jak se tam dostane, čím cestu zaplatí a co bude dělat, aby přežil. Je upozorněn, že o jeho odchodu se budou informovat příslušné osoby, ať se jedná o rodiče nebo o policii v případě, že léčba je ústavně nařízena a odchod by znamenal nutnost nástupu výkonu trestu. Klient je též upozorněn na to, že odchod z komunity je trvalý, a pozdější návrat či přijetí již není znovu možné. Následným krokem je snaha o uzavření krátkodobého kontraktu. Je dobré zavázat klienta, aby před plánovaným odchodem svolal celou komunitu, kde by měl možnost se rozloučit. Tlak komunity podpořený zkušenostmi klientů

ve vyšší fázi, kteří podobnými situacemi sami procházeli a úspěšně je zvládli, jejich autentické výpovědi a zájem o odcházejícího klienta jsou velice účinným prostředkem, jak změnit dosud pevný postoj ohroženého klienta. Na dobu zpravidla několika hodin, kdy klient zvažuje svůj odchod, je mu též přidělena podpora. Člověk, který se mu věnuje, mu naslouchá a kontroluje jeho přítomnost v komunitě. Klient si ho obvykle vybírá sám. Pokud si nikoho nevybere, nabídne se mu možnost individuální konzultace s terapeutem, který jeho počínání pečlivěji sleduje i po dobu několika následujících dní po skončení akutního ohrožení. Pokud i přes všechny tyto kroky klient nezmění své rozhodnutí, respektuje se jako svéprávný a za sebe odpovědný člověk, který se svobodně rozhodl svůj názor obhájit před komunitou. Je mu tedy umožněn oficiální odchod s tím, že má naši důvěru a schopnosti situaci zvládnout. Poskytnou se mu nejdůležitější telefonická čísla na doléčovací zařízení ve městě, kam se chystá, číslo na krizové centrum či na psychoterapeuta, pokud s ním mají členové komunity dobré zkušenosti. Je však třeba uvést, že pouze 1 klient z 20ti, který odejde v první fázi léčby, udrží abstinenci více než 3 měsíce.

V první fázi léčby klient též absolvuje individuální pohovor, který probíhá jednou za měsíc po celou dobu léčby. Individuální přístup vychází z názoru, že i když v raném dětství člověk nezažil bezpečný vzorec emoční vazby, může být tento získán sekundárně, když člověk v pozdějším životě zažije jiný významný vztah, který je dostatečně bezpečný a nosný. Může se jednat o přátelský či milostný vztah, ale také o důsledek psychoterapie (NEVŠÍMAL aj., 2007). Při vstupu do individuální terapie narážejí klienti nejčastěji na sníženou nebo neexistující schopnost navazovat blízké nesexuální vztahy. Celé první období se soustředí na navázání pevného a silného terapeutického vztahu, který je následně základním kamenem terapie zaměřené na změnu přicházející v pozdějších fázích terapie.

### 5.3.2.2 Prevence relapsu

Během mé pětileté praxe v léčebné komunitě pro drogově závislé Pastor Bonus, která se nachází v Podlesí u Bruntálu, jsem analyzoval faktory, které přispívají ke zvýšení pravděpodobnosti úspěšného vyléčení. Překvapivě naznačují mé vlastní dosavadní zkušenosti, že pokud u klientů nastane recidiva během první fáze či na prvních schválených dovolenkách, zdá se větší pravděpodobnost, že - pokud léčbu dokončí - udrží svou abstinenci i po odchodu z komunity.

Autor této práce sledoval 15 členů po odchodu z komunity. K drogové závislosti se během prvních 12ti měsíců po odchodu vrátilo 8, ale z těchto osmi byl pouze jediný, který prošel zkušeností recidivy během léčebného programu v komunitě. Naopak ze zbývajících sedmi, kteří dodrželi i po roce abstinenci, jen dva recidivu v rámci komunity nezažili. I když tyto údaje nejsou jistě validní pro malý počet zkoumaných klientů, autor této práce se domnívá, že možnost prožít přijetí komunitou i přes zjevné selhání - a následně tuto zkušenost v podporujícím a chápajícím prostředí zpracovat, je důležitým faktorem pro udržení abstinence i po odchodu z komunity.

V každém případě je nutné recidivu zužitkovat v terapeutickém procesu. Důležité je zmapovat důvody a okolnosti, které k recidivě vedly. Svolaná komunita je dobrým místem, neboť kromě vědomých motivací, které předkládá klient, je konfrontován i s názory na odchod a následné užití i ze strany ostatních klientů, kteří jej poslední dobou sledovali. Kromě podrobné analýzy důvodů získá klient i potřebnou péči a pozornost, jejíž nedostatek je častým důvodem opuštění a recidivy. Většinou se mu dokonce nabídne podpora ve formě dozoru a je navržen plán na následující hodiny, aby se předešlo opakování. Při otevřeném dialogu navíc často vyjde najevo skrytá vnitřní dynamika, kterou nebylo možné jinak oslovit. Je dobré ji okamžitě pojmenovat a doporučit k důkladnějšímu prozkoumání na k tomu určených aktivitách. Jelikož tato komunita je sycením hlavně potřeb klienta, který se zásadně prohřešil proti komunitním pravidlům, je nezbytně nutné tuto



skutečnost reflektovat při přidělování trestu. Je důležité oddělit toto chování od osobnosti klienta, ale poukázat na sekundární zisk, který z prohřešku získal. Pojmenováním předcházíme opakování. Stejně tak trest musí být exemplární a dlouhodobý, aby sekundární zisk (následná saturace potřeb po relapsu) nepřevážil negativní dopad, který pro jedince situace přinesla.

### 5.3.3 II.fáze (status)

*„...příznaky jsou posly jakéhosi významu a zmizí teprve tehdy, když je jejich sdělení pochopeno“ (YALOM, 2000, s.218).*

#### 5.3.3.1 Práce s klientem

Tato fáze by se dala nazvat stádiem zodpovědnosti za chod komunity, nácvik vedoucí úlohy při zadávání i tvorbě úkolů a trénink způsobů kontroly jejich naplňování. Této fázi předchází iniciační rituál, který je svou formou velmi podobný přechodu z první do druhé fáze. V období, kdy vedoucí komunity jsou zajedno, že adept z první fáze je již osobnostně zralý na přechod do fáze status, oznámí se mu toto rozhodnutí před zahájením pravidelné, velké řádné komunity. Klient si přímo na ní musí o to požádat ostatní členy komunity a ti ji v lepším případě schválí. Po ukončení komunity následuje oslava spojená s předáním artefaktu, který ztotožňuje klienta s ostatními v téže fázi léčby. Režim dne se nemění, ale úloha klienta v něm ano. Každý týden je zodpovědný za jinou část komunity (vnitřek, vnějšek, zvířata). Rozhoduje o přidělení trestů klientům v nižší fázi, ale stále formálně podléhá terapeutům a klientům v poslední fázi. Jestliže klient ve vyšší fázi shledá, že některý klient první fáze neplní své povinnosti, trest přidělí statusovi, který je za něj zodpovědný. Tím je zamezeno předávání a zbavování se odpovědnosti. Klienti se tak učí udržovat si roli a vystupovat v pozici autority, aby bylo možné plnit úkoly, které k této roli patří.

Klient již smí opouštět komunitu samostatně, po předchozím udělení dovolenky. Jestliže dobře plní své úkoly a již prošel všemi funkcemi, které se

k tomuto stádiu váží, má možnost požádat komunitu o udělení výjimky. Pokud ji obdrží, má právo a zároveň povinnost najít si práci nebo obnovit školní docházku. Na dokončení vzdělání je v komunitách kladen velký důraz, protože zvýšením kvalifikace se zvyšují šance na trhu práce a tím i rapidně stoupá pravděpodobnost udržení abstinence po odchodu z komunity. Stejně tak obnovení pracovního poměru je vítáno, neboť zprostředkovává klientům styk s reálným světem a konfrontuje klienta se schopností v něm obstát, čímž se výraznou měrou snižuje kulturní šok, který je průvodním jevem odchodu z komunity po dokončení léčby. Dalším pozitivním dopadem je možnost platit si léčbu z vlastních zdrojů, což urychluje proces separace od závislosti na rodičích a výrazně zvedá sebevědomí klientů. Pozitivní bývá i zkušenost s prací, kterou klient není schopný nebo ochotný vykonávat.

Všechny nové zkušenosti se následně zpracovávají na skupinové a individuální terapii, která se již zaměřuje na odhalení maladaptivních vzorců chování a na jejich změnu. Skupinová terapie již probíhá pouze jednou týdně, ale nová skupina, kam je nyní klient přiřazen, je již schopna velice dobře a samostatně pracovat. Hlavní otázkou je daleko a blízko, hlavním zájmem skupiny je intimita, blízkost a vzájemný soulad (KRATOCHVÍL, 2005). Na drogovou závislost se již nahlíží jako na projev a ne na původce. Platí, že samotné drogy nejsou problém, je důležité zjistit, co je tím zdrojem potíží, který se návykovými látkami snaží klient zakrýt nebo odstranit. Terapeuta již skupiny vnímají spíše jako strážce procesu. Může vstupovat do role autentického člena skupiny.

V tomto období se stává mnohem ožehavějším tématem strukturace volného času. Běžně se stává, že se klient vyhýbá volnému času, který by musel aktivně naplnit. Častým jevem je pouhé polehávání nebo bezcílné bloumání po internetu, pokud je dostupný, nebo hra počítačových her. Dobré je, když dochází k samoregulaci skupinou. Klient je upozorněn, že zabírá místo u počítače. Únikům do spánku lze předcházet normou, která klienty trávící čas spánkem mimo dobu k této činnosti určenou považuje za adepty na práci, a umožňuje se jí tedy předání zodpovědnosti za určitý sektor komunity.

To nutí klienty, aby trávili více času plánováním nejbližší budoucnosti. Zamezí se tak též, aby klient spánkem řešil své aktuální problémy.

V individuální terapii dochází k posunu z minulosti do budoucnosti. Klienti se obávají nových situací a začínají pociťovat úzkost z opuštění komunity. Nezdary v reálném světě mimo komunitu je často vracejí zpět na pozice v komunitě, které již dobře zvládají. Z důvodů jednodušší aklimatizace na život mimo komunitu se do programu zařazují resocializační terapie. Klienti nacvičují problematické reálné situace. Témata přináší terapeut, jenž již ze zkušenosti ví, které situace obvykle klientům činí potíže, a je pravděpodobné, že se s nimi setkají, nebo tato témata přinášejí přímo klienti z praxe. Časté jsou nácviky jednání s úřady, hlavně úřadem práce a sociálního zabezpečení. Formou přehrávání scének se nacvičují situace přijímacího pohovoru nebo konkrétní situace podpisu smlouvy nebo žádosti o zvýšení platu.

V individuální terapii jsou častými tématy pocit viny, méněcennosti a ztráty sebedůvěry, která se váže k přežití ve světě bez drog. Terapie se zaměřuje na odpuštění. Hojně užívanou technikou je sepsání omluvného dopisu osobám, kterým klient během své drogové kariéry nejvíce ublížil. Záleží pak na rozhodnutí každého klienta, zda chce tento dopis odeslat nebo nikoli. Tím, že klienti opakovaně opouštějí prostor léčebny, jsou vystavováni situacím, kdy se dostávají do přímého kontaktu s uživateli drog nebo jejich sympatizanty. Je proto nutné opakovaně zvyšovat motivaci k abstinenci. Dále se zaměřit na způsoby jak tyto situace zvládat, nebo jak jim - v lepším případě - předcházet. Dalším nově se vyskytujícím tématem je blízkost a sexualita. Klienti navštěvující školu nebo zaměstnání začínají vytvářet intimní vztahy. Vztahy s člověkem, který drogy nebere nebo ani nebral, jsou často naprostou novinkou. Stejně tak snaha o vytvoření dlouhodobého vztahu, který není založen jen na sexuálním uspokojení, klienti často zažívají poprvé. V těchto fázích již klienti jsou schopni otevřeně a smysluplně polemizovat s terapeutem a jejich rozhodnutí nejsou založena jen na obdivu či snahy o opozici vůči terapeutovi.

### 5.3.3.2 Práce s rodinou

*„...začlenění rodinné terapie, která umožňuje přímou terapeutickou konfrontaci pacienta s relevantním členem jeho rodiny a současně nácvik účinnější komunikace mezi nimi, významně přispívá jak k bezprostředním, tak ke katamnestickým pozitivním výsledkům skupinové komunitní terapie“ (KRATOCHVÍL, 2005, s.278).*

V této fázi se začíná intenzivněji pracovat s rodinou. Klientovi se již pravidelně udělují dovolenky, proto smí dojíždět za rodinou i do místa bydliště a také členové rodiny často klienta navštěvují o víkendech v okolí komunity (v prostorách komunity jsou návštěvy časově omezeny). Do této doby byl rodičům klientů léčících se v komunitě, která je umístěna často mezi lesy, umožněn pouze telefonický kontakt. Jednou týdně věnuje vedoucí komunity nebo osoba k této činnosti kompetentní celý večer telefonátům rodičů, kteří se dopředu přihlásí přes internet a objednájí svůj hovor na určitou hodinu. Jsou pak informováni, jak probíhá léčba jejich potomka a domlouvá se nejvhodnější společný postup, jehož úkolem je alespoň obnovit často komplikované a dlouhodobě přerušené rodinné vazby. Nyní již rodiče mohou jedou měsíčně docházet na rodinná terapeutická sezení.

### 5.3.4 III.fáze (verus)

Stejným rituálem, jaký je spojen s přechodem do fáze druhé, se klient stává verusem, tedy klientem závěrečné fáze komunitní léčby drogové závislosti. Základním tématem, které jsou klienti nuceni vyřešit, je odloučení a opuštění komunity. Většina aktivit je proto s tímto úkolem spojena. Klient se již pojímá jako plnoprávný a zodpovědný a jeho postavení se dostává na roveň terapeutů, i když formálně je jim i nadále podřízen. Terapeuti se s ním radí o krátkodobé strategii, o možných změnách v pravidlech nebo úpravě prostorů komunity. Tresty za porušení kázně již nedostávají, ale tyto situace se řeší na skupinách a v individuální terapii. Klient nemusí spát v prostorách komunity,

pokud pravidelně dochází na skupinovou a individuální terapii. Podmínkou pro udržení členství v komunitě je zaměstnání. Klient musí chodit do práce nebo do školy. Povolena jsou jen krátká časová období, kdy si klient práci hledá. Postupem času se mu doporučuje, aby si našel trvalé ubytování mimo prostory komunity. Ve fázi verus je v některých komunitách povoleno klientům konzumovat mimo komunitu alkohol. Toto pravidlo je značně problematické, ukazuje se totiž, že většina exuserů po ukončení léčby přechází na alkohol, na který si vytvářejí závislost, protože s ním neumějí nakládat. Jedním z bodů terapie je snaha o nácvik zvládnání konzumace alkoholu či o náhled, že této kontroly klient není schopen. Obtížnost odloučení od komunity je často dokumentována snahou klientů regredovat na nižší úroveň terapeutického procesu. Snaží se vrátit do nižšího stadia, přestávají zvládat i jednoduché situace, často mají opakované problémy s chováním. Podstatou této snahy je touha neopustit komunitu a neukončit léčbu. Opakem jsou impulsivní odchody z komunity, které v tomto období opět nabývají na intenzitě. Jiným druhem snahy o předčasné ukončení terapie a snaha vyhnout se vlastnímu rozhodnutí a procesu loučení, jsou antisociální projevy nebo krátkodobé abúzy návykových látek, které mají za úkol předat zodpovědnost za ukončení léčby na bedra terapeutického týmu, jenž by klienta vyhodil. Pokud se takové jednání rozpozná, je nutné okamžitě je reflektovat a působit, aby si to klient plně uvědomil a vyvodil z toho pro sebe nejvhodnější důsledky.

*„Být svobodný znamená sám rozhodovat, a tím se stát příčinou nějakého účinku. Svobodné jednání v sobě nutně zahrnuje odpovědnost, ať si toho člověk je vědom nebo není. Tato zásadní odpovědnost je základem pro konkrétní odpovědnost v každé situaci. Svoboda tedy předchází odpovědnosti“* (LÄNGLE, 2002, s. 68).

V ideálním případě klient pracuje na tom, aby si našel zaměstnání v místě, kde se hodlá po ukončení léčby usadit. Dobré též je, má-li již zajištěnou možnost ubytování. Od komunity se odpoutává postupně. Nejprve přebírá funkci neformálního vůdce komunity, který zajišťuje nestandardní

náplň programu. Klienty z nižších fází bere do kina nebo na ryby, organizuje nedělní odpolední program. Funguje jako kontrola chodu komunity. Navrhuje terapeutům, kteří klienti by mohli být povýšeni.

Před plánovaným odchodem z komunity vypracuje předběžný plán činností, které jsou pro důkladné zakončení této životní etapy pro klienta důležité. Dobré je oznámit je terapeutům, tak členům komunity konečné datum odchodu z komunity. Plánovaný odchod je vždy spojen se závěrečným rituálem, který jednak ukončí klientovo působení v komunitě, ale dá mu též najevo, že členem komunity zůstává i nadále.

## **5.4 Následná péče**

Při odchodu z komunity se klientům doporučuje, aby po odchodu navštěvovali centra následné péče či docházeli do svépomocných skupin pro abstinující závislé na návykových látkách. Přejít do normálního světa je abnormálně náročný i v případě, že klient se na odchod z komunity důkladně připravoval. Jak jsem již výše zmiňoval, hrozí kulturní šok. Klient, jenž je zvyklý z komunity na otevřenost a upřímnost, za kterou je opakovaně sociálně odměňován, se dostává do střetu s realitou, kdy upřímnost je často spíše překážkou. Další častou komplikací začlenění se do společnosti je nálepkování a předsudky, které lidé vůči vyléčeným narkomanům stále pociťují. Na tuto alternativu byl sice v léčbě připravován, ale prostředky, které k překonání tohoto problému má, jsou v reálném světě omezené. Terapeutická komunita se pochopitelně též setkává s nepříznivými ohlasy ze strany obyvatel nejbližšího okolí. Zde je uplatňována strategie otevření se a přiblížení. Klienti pravidelně připravují dětský den pro děti z okolních vesnic komunity, připravují bezplatná divadelní vystoupení a umožňují setkávání na tematických odpoledních pro veřejnost. Tímto způsobem je možné zjistit, že klienti již drogy neberou, fungují, chovají se a jednají jako obyčejní lidé. Po odchodu z komunity je však tato možnost téměř neproveditelná. Jednou z mála příležitostí jak svou frustraci sdílet jsou právě skupiny následné péče. Členové

těchto skupin si navzájem sdělují své zážitky a pomáhají si v překonání počátečních nesnází. Je dobré, pokud je jednoznačně časově omezena účast ne těchto skupinách. Obvyklou dobou návštěv takto orientovaných skupin je rok. Delší doba vytváří pocit sounáležitosti s touto subkulturou a vzdaluje člena takovéto skupiny reálnému světu a i motivace pro snahu prosadit se u členů klesá. Vzniká tak závislost na skupině, která se podobá členství v komunitě.

Jedenkrát ročně se též konají srazy všech bývalých klientů komunity. Tato setkání jednak umožňují navázání vztahů s lidmi, kteří sdílejí část stejného osudu, jež je možné přenést mimo prostory komunity, jednak oživují pocit sounáležitosti se společenstvím a v neposlední řadě jsou i pozitivní motivací pro stávající členy komunity, kteří se přímo setkávají s vyléčenými uživateli, což možnost vyléčení zasazuje do splnitelného rámce.

## 6 DISKUSE

*„Děti odpouštějí rodičům mnohá opomenutí a nároky, pokud vědí, že skutky byly spáchány neúmyslně, a pokud rodiče dají najevo lítost a pochopení“ (GREEN a SHARMAN-BURKE, 2001, s. 18).*

Léčba drogových závislostí je dlouhodobým procesem, který si klade za cíl jednak naprostou celoživotní abstinenci od užívání návykových látek, ale taky absolutní restrukturalizaci osobnosti. Cílem léčby je schopnost klientů znovu se začlenit do společnosti. Během vývoje léčby drogové závislosti bylo vytvořeno mnoho teorií a strategií, jak se závislostí zacházet. Postupem času se jako nejefektivnější pro léčbu závislosti ukazuje terapeutická komunita. Nejen, že svou délkou a izolovaností dává dostatek prostoru a času na změnu, ale je v ní možné kombinovat většinu přístupů, které jsou na léčbu závislosti zaměřené a jeví se jako účinné. Terapeutická komunita je též místem, kde je možné zažít pocit lidské blízkosti a přijetí, tedy prožít korektivní emoční zážitek, který může změnit nebo dodatečně vytvořit pozitivní vztahové vzorce, jež kladným způsobem ovlivňují budování vztahů, a schopnosti si nové vztahy vybudovat a udržet. Je též ideální pro nácvik dovedností, které vedou k zjednodušení následné resocializace. Současná síť služeb, které jsou v ČR na léčbu drogové závislosti specializované, dobře kryje potřeby klientů ve všech fázích léčby. Kontaktní a preventivní centra se snaží o osvětu a prevenci a účelně snižují zdravotní rizika, která užívání návykových látek sebou přinášejí. Skupinové a individuální terapeutické programy účinně pracují s klienty ve fázi užívání drog a dovedně pracují na motivaci klientů k rozhodnutí zřít se užívání na návykových látkách, detoxikační centra poskytují dostatečnou lékařskou pomoc při zvládnání abstinčních příznaků. Komunity kromě odvykacích programů plní roli náhradní rodiny a následná



péče podporuje klienty ve snaze udržet abstinenci po ukončení léčebného programu. Situace se tedy zdá dobrá, ale studie a průzkumy dokazují, že populace uživatelů návykových látek se již po několik desetiletí nemění. Jen asi 30% klientů, kteří se pro léčbu rozhodnou, je úspěšných a lze je považovat za vyléčené. Tato fakta jen dokazují, že drogová závislost je velice složitým a těžkým společenským i lidským problémem a je potřeba věnovat ještě mnoho času na vyvinutí účinné metody, jak s drogami bojovat. Jednou z možností je výchova dětí, která se řídí původními pravidly lidských společenství, ale jestli to je v současné individualisticky a výkonostně orientované společnosti možné, to je otázkou...

Sám se však domnívám, že jakákoli životní cesta je snahou od započetí k dovršení procesu individuace, tedy k dosažení celosti a integrace celé osobnosti se všemi jejími stránkami a potencialitami a to i v případě, že je určité období z objektivního hlediska sebedestruktivní, což je zapříčiněno neschopností či neochotou zvolit z daných životních situací životu prospěšnou a život podporující možnost. Proto i o drogové kariéře a excesech s ní spojenými je potřeba takto přemýšlet a při léčbě závislosti pokládat otázky a získávat na ně odpovědi, co drogy závislému přinášely, zjistit do jaké míry si klient uvědomoval své uspokojení a slast i v případě, že to byla pouze slast tělesná, jako je tomu u opoidových návykových látek. Změna naučených maladaptivních vzorců chování a schopnost fungovat v realitě jsou sice nutnou součástí terapie drogové závislosti, ale bez nalezení osobního základu, tedy bez potřebné transcendence na vědomé úrovni, o kterou se závislý prostřednictvím abúzu návykových látek pokoušel, je změna pouze dočasná (konformní), ale nijak internalizovaná a tedy trvalá. Jen trvalá změna by měla být cílem terapie závislosti. V případě naučené konformity dochází pouze k sublimaci drogového únikového jednání, které původně sloužilo jako útěk před nesnesitelnou realitou. Nyní naopak realita, která je však vnímána jako nudná a nesmyslná, slouží jako únik před strachem z recidivy a možnosti následné smrti. Zdravý způsob života je tedy volen pouze jako nejmenší zlo,

ale nikoli jako ideální řešení. Člověk proto z této volby necítí potřebné uspokojení.

Způsob práce s těmito obsahy je však velice náročný, neboť témata vztahující se k bezprostřednímu užívání drog nebo o stavech drogou navozených vyvolávají v závislých nutkavou potřebu zneužití drog, hlavně v počátečních fázích léčby.

## ZÁVĚR

V této práci jsem se zaměřil na problematiku drogové závislosti s ohledem na možné přístupy k léčbě. Snažil jsem se nastínit různé teoretické přístupy a modely, které se k léčbě používají, a následně popsat jejich praktické využití a situace, jež jsou s jejich aplikacemi úzce spojeny.

Nejprve jsem definoval cílovou skupinu, tedy subpopulaci, která je nejvíce ohrožena závislostí a zároveň věk, ve kterém klienti nejčastěji vstupují do terapie. V rámci léčby drogové závislosti je nutné brát zřetel i na vývojová stádia, kterými je klient nucen projít i během terapie. Pro úspěch terapie je proto nutné odlišovat problémy vyplývající z nevyřešených vývojových témat a symptomy, které jsou přímým následkem škodlivého užívání.

Jelikož i u drogové závislosti platí, že klientům je možné pomoci až ve chvíli, kdy jsou o pomoc ochotni požádat a pravdu o vlastních problémech si sami přiznat, popisují způsoby zvyšování motivace k léčbě s ohledem na stupeň připravenosti vstupu do terapie klientů. Uvádím i možnosti primární prevence, která formou osvěty podává důležité informace lidem v kritickém věku, čímž vytváří prostor pro dialog a dává možnost vzniku samostatného názoru na drogovou problematiku, aniž by mladý člověk byl nucen projít přímou zkušeností s užitím drogy. Terapeutická práce s klienty, kteří aktivně užívají návykovou látku, je též důležitou součástí přípravy klienta pro vstup do léčby, jež si již klade za cíl úplnou abstinenci.

Úplná abstinence se jeví jako nejefektivnější způsob dlouhodobé léčby. Jelikož je počátek léčby provázen abstinenci příznaky, je nutné se s těmito fyzickými projevy, které mohou ohrozit život klienta, dobře obeznámit a vytvořit optimální podmínky pro překonání tohoto období.

Nejefektivnější léčebnou strategií, které se využívá při léčbě drogové závislosti je dlouhodobý pobyt v terapeutické komunitě pro drogově závislé.

V práci využívám svých vlastních zkušeností a na principy komunitní léčby se hlouběji zaměřuji.

Stále výrazněji se projevuje, že pro úspěch léčby je stěžejní účast rodinných příslušníků nebo osob pro klienta důležitých. Proto je nutné zapojit do terapie i rodinu. Je důležité odhalit maladaptivní vzorce, které pomáhají klientům pokračovat v závislosti. Stejně tak je důležité odhalit problematické interakce v rodině, které mohou vést ke vzniku závislosti.

V práci se snažím nastítnit strukturu, jejíž vytvoření je rozhodující pro boj se závislostí. Upozorňuji na strukturu začínající osvětou, přes kontaktní centra poskytující důležitou pomoc a prevenci vzniku zdravotních obtíží během aktivní drogové kariéry, detoxikační oddělení nemocnic, až ke konkrétním terapeutickým centřům a komunitním léčebnám s programy následné péče, které pomáhají klientům změnit základní životní nastavení a připravují je na život bez drog.

## SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

BATESON, G. *Mysl a příroda, nezbytná jednota*. Přel. Lucie Šavlíková. Praha: Malvern, 2006. 197 s. ISBN 80-86702-19-7.

BECK, A.T. *Kognitivní terapie a emoční poruchy*. Přel. Petr Možný. Praha: Portál, 2005. 256 s. ISBN 80-7367-032-1.

BOURSEILLER, CH. *Carlos Castaneda. Pravda lži*. Přel. Vladimír Čadský. Praha: Volvox Globator, 2006. 207 s. ISBN 80-7207-611-6.

CASTANEDA, C. *Učení dona Juana. Cesta poznání Indiánů kmene Yaqui*. Přel. Miroslav Krůta. Praha: Volvox Globator, 1997. 221 s. ISBN 80-7207-086-X.

ČÁLEK, O. *Skupinová daseinsanalýza*. Praha: Triton, 2004. 598 s. ISBN 80-7254-539-6.

ELIADE, M. *Mýtus o věčném návratu*. Přel. Eva Strebingerová. Praha: Oikoymenh, 2003. 102 s. ISBN 80-7298-037-8.

ELIADE, M. *Posvátné a profánní*. Přel. Filip Karfík. Praha: Oikoymenh, 2006. 147 s. ISBN 80-7298-175-7.

ELLIS, A., MacLAREN, C. *Racionálně emoční behaviorální terapie*. Přel. Ivo Müller. Praha: Portál, 2005. 135 s. ISBN 80-7178-947-X.

ERIKSON, E.H. *Dětství a společnost*. Přel. Jan Valeška. Praha: Argo, 2002. 387 s. ISBN 80-7203-380-8.

FRANKL, V.E. *A přesto říci životu ano*. Přel. Josef Hermach. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2006. 175 s. ISBN 80-7192-848-8.

FREUDOVOÁ, A. *Já a obranné mechanismy*. Přel. Petr Babka. Praha: Portál, 2006. 119 s. ISBN 80-7367-084-4.

- GÖHLERT, CH., KÜHN, F. *Od návyku k závislosti*. Přel. Dagmar Lieblová. Praha: Ikar, 2001. 143 s. ISBN 80-7202-950-9.
- GREEN, L., SHARMAN-BURKE, J. *Životní cesta v zrcadle mýtů*. Přel. Hana Loupová. Praha: Portál, 2001. 215 s. ISBN 80-7178-528-8.
- GREENBERGOVÁ, J. *Neslibovala jsem ti procházku růžovým sadem*. Přel. Luboš Trávníček a Libuše Trávníčková. Praha: Triton, 1998. 277 s. ISBN 80-85875-52-7.
- GROF, S. *Dobrodružství sebeobjevování*. Přel. Lenka Volavková. Praha: Perla, 2000. 303 s. ISBN 80-902156-5-3.
- GROF, S. *Psychologie budoucnosti*. Přel. Jaroslav Gorčák. Praha: Argo, 2007a. 390 s. ISBN 978-80-7203-937-1.
- GROF, S. *Nové perspektivy v psychiatrii a psychologii*. Přel. Viktor Horák. Praha: Nadace Dagmar a Václava Havlových, 2007b. 230 s. ISBN 978-80-86181-83-7.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000, s. 122, 583, 699. ISBN 80-7178-303-X.
- HEIDEGGER, M. *Bytí a čas*. Přel. Ivan Chvatík, Pavel Kouba, Miroslav Petříček jr., Jiří Němec. Praha: Oikoymenh, 2002. 487 s. ISBN 80-7298-048-3.
- HOLUB, J., LYER, S. *Stručný etymologický slovník jazyka českého*. 2.vyd. Praha: SPN, 1978, s. 141, 330, 485, 517.
- HORNEYOVÁ, K. *Neuróza a lidský růst*. Přel. Kateřina Klapouchová. Praha: Pragma, 2000. 343 s. ISBN 80-7205-715-4.
- CHANCE, CH. *Carabanchel. Poslední Brit v nejstrašnějším evropském vězení*. Přel. Emilie Harantová. Praha: Volvox Globator, 2005. 266 s. ISBN 978-80-7207-673-4.
- JUNG, C.G. *Sto dopisů. Poslední*. Přel. Rudolf Starý. Praha: Sagittarius, 1996. 242 s. ISBN 80-901898-3-0.

- KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén, 2005. 297 s. ISBN 80-7262-347-8.
- KOOYMAN, M., DELEON, G., NEVŠÍMAL, P. *Terapeutická komunita pro drogově závislé I*. Přel. Martin Hajný, David Adámeček, Petr Nevšimal. Praha: Magdaléna, 2004. 238 s. ISBN 80-7106-876-4.
- LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 2007. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
- LÄNGLE, A. *Smysluplně žít*. Přel. Karel Balcar. Brno: Cesta, 2002. 79 s. ISBN 80-7295-037-1.
- LORENZ, K. *Takzvané zlo*. Přel. Alena Veselovská. Praha: Academia, 2003. 234 s. ISBN 80-204-0264-0.
- LUNA, L.E. *Vegetalismo*. Přel. Jiří Salzmann. Praha: DharmaGaia, 2002. 290 s. ISBN 80-86685-02-0.
- MASTERS, R.E.L., HOUSTONOVÁ, J. *Druhy psychedelické zkušenosti*. Přel. Martina Sanollová. Praha: DharmaGaia, 2004. 401 s. ISBN 80-86685-18-7.
- MITCHELL, S.A., BLACKOVÁ, M.J. *Freud a po Freudovi*. Přel. Štěpán Kovařík. Praha: Triton, 1999. 312 s. ISBN 80-7254-029-7.
- MOODY, R. A. *Život po životě*. Přel. Boris Jaroš. Praha: Knižní klub, 2005. 153 s. ISBN 80-242-1300-1.
- NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, 2007. 170 s. ISBN 978-80-7367-267-6.
- NEVŠÍMAL, P. aj. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II*. Praha: Magdaléna, 2007. 317 s. ISBN 978-80-7106-937-9.
- PLHÁKOVÁ, A. *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia, 2007. 472 s. ISBN 978-80-200-1499-3.

- QUINSEY, T. de. *Zpověď anglického požívače opia*. Přel. Jaroslav Skalická. Upravil A. Vyskočil. Praha: Volvox Globator, 1991. 280 s. ISBN 80-900906-3-X.
- REMEŠ, P., HALAMOVÁ, A. *Nahá žena na střeše*. Praha: Portál, 2004. 195 s. ISBN 80-7178-233-5.
- RIEGER, Z. *Lod' skupiny*. Praha: Portál, 2007. 206 s. ISBN 978-80-7367-222-5.
- ROTGERS, F. *Léčba drogových závislostí*. Přel. Martin Hajný, Magdaléna Sláchalová. Praha: Grada, 1999. 260 s. ISBN 80-7169-836-9.
- ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnosti*. Praha: Grada, 2007. 196 s. ISBN 978-80-247-1174-4.
- SABBAG, R. *Špinavý náklad. Putování za zeleným listem*. Přel. Jaroslava Kočová. Praha: BB/art a J. Buchal, 2005. 378 s. ISBN 80-7341-573-9.
- TILLICH, P. *Odvaha být*. Přel. Daniel Mikšík. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 2004. 138 s. ISBN 80-7325-016-0.
- YALOM, I.D. *Když Nietzsche plakal*. Přel. Ivana Hlaváčová. Praha: Portál, 2000. 302 s. ISBN 80-7178-769-8.
- YALOM, I.D. *Láska a její kat*. Přel. Dana Markovičová. Praha: Portál, 2004. 303 s. ISBN 80-7178-955-0.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I.* Praha: Karolinum, 2005. 467 s. ISBN 80-246-0956-8.
- VOKURKA, M., HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*. 3. vyd. Praha: Maxdorf, 1998, s. 91, 298, 372, 442, 444, 486, 487. ISBN 80-85800-81-0.
- ZEIG, J.K. *Umění psychoterapie*. Přel. David Kuneš. Praha: Portál, 2005. 710 s. ISBN 80-7178-972-0.



### **Evidenční list knihovny**

Uživatel potvrzuje svým podpisem, že pokud tuto diplomovou práci využije ve své práci, uvede ji v seznamu literatury a bude ji řádně citovat jako jakýkoli jiný pramen.

| Jméno | Adresa | Datum | Podpis |
|-------|--------|-------|--------|
|       |        |       |        |
|       |        |       |        |
|       |        |       |        |
|       |        |       |        |
|       |        |       |        |
|       |        |       |        |
|       |        |       |        |
|       |        |       |        |
|       |        |       |        |
|       |        |       |        |









# POSUDEK VEDOUCÍHO MAGISTERSKÉ PÍSEMNÉ PRÁCE

Název

Terapie drogové závislosti

Autor

Bc. Jan Täubner

Počet stránek: 82.

Počet kapitol: 6, podkapitol 1. řádu: 18, podkapitol 2. řádu: 15, podkapitol 3. řádu: 5.

Počet literárních pramenů: 35.

Považuji volbu tématu za velmi vhodnou, protože se týká jednoho z nejaktuálnějších problémů naší současnosti.

Autor začíná svou práci vymezením klíčových pojmů, při tom pracuje s různými literárními prameny. Dále se zabývá drogově závislými jako minoritou, neopomíjí uvést demografické a statistické údaje o nich, pojednává o této minoritě z hlediska vývojové psychologie. V další části probírá důkladně etiologii závislosti na návykových látkách z hlediska medicíny i psychologie, uvádí sociokulturní modely a různé teorie o příčinách vzniku a udržování závislosti. K doplnění přehledu neopomíjí se zmínit i o méně uváděných přístupech, jako jsou mystické a transcendentální teorie.

Z těchto propracovaných výkladů se pak autor dostává k psychoterapii u léčené skupiny a podává přehled psychoterapie tak, jak se používá v současnosti. Zvláště zajímavá je pak kapitola o terapeutické komunitě pro drogově závislé, kde autor prokazuje svou angažovanost a uvádí vlastní cenné zkušenosti. Neopomíjí ani zmínku o práci s rodinou klienta.

V diskusi projevuje autor řadu vlastních názorů na tuto problematiku.

Po formální stránce je práce správně pojata, citace i uvedení literatury jsou podle předpisů poslední normy.

Úprava práce je úhledná, dbá osvědčených způsobů doporučovaných pro tento typ písemnosti.

## **Výtky**

V Obsahu u kap. 4 je v nadpisu vynecháno písmeno „o“: „drgově závislých“ místo „drogově závislých“.

V Obsahu u kap.5 je poněkud nepřehledné označení I.fáze 5.3.2 I.fáze. Bylo by lépe napsat 5.3.2 První fáze.

### *Upozornění pro obhajobu*

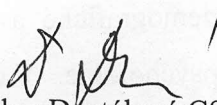
Lékařský výklad vlivu drog na mozek je v podání původního studovaného autora poněkud složitý. Při obhajobě autor této práce zodpoví některé otázky k doplnění a objasnění zde napsaného textu, aby prokázal, že textu rozumí.

### **Závěr**

Autor úspěšně zvládl zvolenou problematiku, dovede si klást otázky a hledat na ně správné odpovědi. Téma, které si vybral, prostudoval a zpracoval důkladně a v uspokojivém rozsahu.

Formální stránka neproказuje nedostatky. Práci považuji za velmi zdařilou a doporučuji ke kladnému hodnocení.

V Praze, 11.9.2008.

  
MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Oponentský posudek diplomové práce

**Jan Täubner: Terapie drogové závislosti**

Téma je aktuální a odpovídá programu a cílům školy. Společenská závažnost tématu je nepochybná. Po stránce formální má předložená práce přes sedmdesát stran odborného textu. Soupis citací má skoro 50 položek, pouze v českém jazyku.

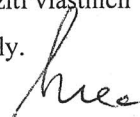
Práce je logicky členěna do pěti kapitol, od obecných, převážně přehledových statí, přes detailnější pohled na etiologii závislosti, až k otázkám terapeutických možností a speciálně využití terapeutické komunity. Tu autor považuje za „nejvhodnější a nejefektivnější způsob radikální léčby drogové závislosti“, s ní má autor také víceletou osobní zkušenost a jí také věnuje ve své práci největší pozornost. (Poslední kapitola nazvaná „Terapeutická komunita pro drogově závislé“ tvoří třetinu celkového rozsahu práce.) Přesto, že snahou autora bylo začlenit otázku využití terapeutické komunity do širších souvislostí, těžiště práce vidím právě ve zmíněné poslední kapitole. V ní také autor nejlépe uplatnil svou osobní odbornou zkušenost. Toto specifikum se v autorem zvoleném, příliš obecném názvu práce patřičně nevystihuje.

Student Jan Täubner projevil už během studia mimořádný zájem o psychoterapii drogových závislostí. O dlouhodobém zájmu svědčí také jeho několikaletá praxe v terapeutické komunitě, kde působil i ve funkci hlavního terapeuta a vedoucího komunity. Dlouhodobý zájem a vlastní praktická zkušenost se pozitivně odráží v úrovni posuzované diplomové práce. Úvodní statí jsou pochopitelně závislé na výběru prostudované literatury, avšak i zde se autorovi daří přehledným a stručným způsobem informovat o teoretických aspektech a aplikačních možnostech a omezeních v oblasti léčby závislosti. V následujících kapitolách (čtvrté a páté), které se týkají psychoterapie u drogově závislých, pan Täubner nejen referuje o zkušenostech a názorech jiných autorů, nýbrž na mnoha místech je hodnotí nebo prokládá vlastními zkušenostmi či názory.

Ve čtvrté kapitole je patrná silná závislost na jednom zdroji, a to na překladu Rotgersovy knihy z r. 1999 „Léčba drogových závislostí“. Jako mnohem původnější se jeví kapitola pátá, „Terapeutická komunita pro drogově závislé“. Určitým nedostatkem je to, že není jasně řečeno, že se jedná o jednu zcela určitou komunitu (chybí její bližší popis). Celá kapitola má charakter jakéhosi návodu (poučení), přičemž referované či doporučené postupy nejsou vždy dostatečně argumentovány a mohou být čtenáři chápány jako obecně platné, podložené zobecněnými zkušenostmi z většího počtu komunit. Předkládaný materiál je ovšem zajímavý a poučný, a to i kdyby se zakládal na zkušenostech z jedné komunity. Pátá kapitola není tematicky tak jasně strukturována jako jsou kapitoly předešlé. Nedostatek je zvláště nápadný ve dvanáctistránkové podkapitole nazvané Trest (od str. 56 už jde o jiné téma).

Z á v ě r :

Práce jako celek vyhovuje požadavkům na práce diplomové. Její hlavní předností je využití vlastních zkušeností z terapeutické komunity. Určité nedostatky má koncepce a struktura 5. kapitoly.



14. 9. 2008 Jan Srnec