

Bakalářská práce

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

**Teologická fakulta
Katedra sociální a charitativní práce**

Bakalářská práce

**Význam skupinové práce při léčbě závislostí
a její rizika**

Vedoucí práce: Mgr. Karel Šimr, Ph.D.

Autor práce: Andrea Jonášová

Studijní obor: Sociální a charitativní práce (KS)

Ročník: III.

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem autorem této kvalifikační práce a že jsem ji vypracovala pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu použitých zdrojů.

.....

Andrea Jonášová

Datum:

Poděkování

Děkuji vedoucímu bakalářské práce Mgr. Karlu Šimrovi, PhDr. za cenné rady, připomínky a odborné vedení mé práce. Velmi si cením času a energie, který práci věnoval. Dále bych chtěla poděkovat všem klientům terapeutických komunit a doléčovacího centra, kteří byli ochotni zúčastnit se mého výzkumu a zodpovědět otázky v dotazníku a podělit se tak o své názory, prožitky a osobní zkušenosti.

Obsah

Úvod.....	3
TEORETICKÁ ČÁST.....	5
1 Vymezení pojmů a základní informace k problematice látkových závislostí..	5
1.1. Definice závislosti.....	5
1.2 Syndrom závislosti.....	6
1.3 Neurobiologie závislosti.....	6
1.4 Historie užívání drog.....	7
1.5 Omamné, psychotropní a psychoaktivní látky (drogy).....	7
1.6 Craving – bažení.....	8
1.7 Míra závislosti jedince.....	8
2 Přehled zneužívaných látek.....	8
3 Příčiny a předpoklady vzniku závislosti.....	10
3.1 Kořeny závislosti.....	10
3.2. Negativní zážitky v dětství jako možná příčina vzniku závislosti.....	11
3.3. Bio-psycho-sociálně-spirituální pohled.....	12
3.4 Bludný kruh závislosti.....	13
4 Psychoterapeutické přístupy a teoretické modely rodinných systémů.....	14
4.1 Psychodynamický přístup a model.....	14
4.2 Přístup rodinné terapie a model rodinného systému.....	14
4.3 Behaviorální přístup a model.....	15
4.4 Spirituální přístup.....	15
4.5 Sociologické modely stresu.....	15
4.6 Modely nemoci rodiny.....	16
5 Spoluzávislost a struktura závislé osobnosti.....	16
5.1 Vznik a udržování závislého jednání.....	17
5.2 Struktura závislé osobnosti.....	17
5.3 Hraniční struktura osobnosti.....	18
5.4 Vztah mezi závislostí a traumatizací.....	18
6 Dítě a závislý rodič.....	18
6.1 Role dítěte jako reakce na závislost rodiče.....	19
6.2 Rizikové a protektivní faktory a vlivy vzniku závislosti.....	19
6.3 Rizikové faktory v rodině.....	19
6.4 Protektivní faktory v rodině.....	19
6.2.3 Negativní vlivy mimo rodinu a výchovu.....	20
6.2.4 Pozitivní vliv výchovy zvyšující odolnost proti závislosti.....	20
6.2.5 Negativní vlivy výchovy zvyšující riziko vzniku závislosti.....	20
7 Techniky a metody práce se skupinou.....	21
7.1 Sociální práce se skupinou.....	22
7.2 Skupinová psychoterapie.....	23
7.2.1 Účinné faktory skupinové psychoterapie.....	23
7.2.2 Nevhodní klienti pro skupinovou práci.....	23
8 Svépomocné a terapeutické skupiny.....	24
8.1 Terapeutická komunita.....	24
8.2 Skupinový program v terapeutické komunitě.....	24
8.1.1 Rizika terapeutické komunity.....	25

8.2 Svépomocné skupiny.....	26
8.2.1 Anonymní alkoholici a Anonymní narkomané	26
8.2.2 Rizika svépomocných skupin.....	27
9 Význam skupiny pro její členy.....	28
9.1 Role ve skupině	28
9.2 Role terapeuta a způsob vedení skupiny	28
9.3 Terapeut očima klientů.....	29
9.4 Konflikty ve skupině	29
10 Teoretické přístupy a techniky pro skupinovou práci	29
10.1 Speciální techniky pro vedení skupiny.....	30
II. PRAKTICKÁ ČÁST	31
2.1 Východiska výzkumu	31
2.2 Stanovení předběžných hypotéz.....	32
2.3 Metodika výzkumu a sběru dat	32
2.4 Výzkumné otázky.....	33
2.5 Charakteristika výzkumného souboru	33
2.6 Dotazník	34
2.7 Ověřování platnosti hypotéz.....	55
2.8 Diskuse	57
Závěr.....	60
Seznam použitých zdrojů.....	62
Seznam zkratk.....	65
Seznam příloh.....	66
Abstrakt	77

Úvod

Během studia na Teologické fakultě jsem měla možnost realizovat svou praxi v Kontaktním centru White Light I v Teplicích, které poskytuje uživatelům návykových látek služby sociální prevence. Tito klienti žijí na okraji společnosti a akceptují pouze nízkoprahové terapeutické a pomocné služby, jako je poradenství, harm-reduction a výměnný program. Obvykle nemají zájem o další spolupráci v oblasti léčby a často žijí na ulici.

Cesta k abstinenci a uzdravení ze závislosti je z této části společenské vrstvy velmi dlouhá a nesnadná, a teprve skutečně vážné sociální či zdravotní problémy mohou být impulzem k rozhodnutí nastoupit na detoxifikaci, která je nezbytná pro dlouhodobou pobytovou léčbu. Čím více na závislého tlačí jeho nejbližší okolí, tím méně v případě chronické závislosti působí vlastní podněty. Okamžik, kterým závislý může změnit svůj život, je natolik křehký, že není možné jej druhými vynutit. Ale pokud tak učiní a chce podstoupit léčbu, je důležité dát takovému člověku šanci. Ještě během praxe jsem se rozhodla, že bych se práci se závislými ráda věnovala. A protože jsem kdysi pracovala v terapeutické komunitě pro psychotiky, toužila jsem se do komunity opět vrátit a být nápomocna těm, kteří to myslí s abstinencí vážně.

Závislost je kvalifikována jako nemoc, pro zdravého jedince je nepochopitelné, kam až může nechat závislý dojít důsledky užívání. Jakoby neměl sílu ani vůli se svým jednáním skončit.

Skupinová práce představuje jeden z nejúčinnějších způsobů léčby závislostí, využívá dynamiky skupiny tvořené z podobně zaměřených osob, v níž probíhají interakce mezi jejími členy, ale také mezi členy a terapeutů a vnějším okolím. Jejím hlavním zdrojem jsou samotní závislí se svými zkušenostmi, úspěchy i neúspěchy a z postupného překonávání překážek. Jsem fascinována uzdravující schopností skupiny, a právě z těchto důvodů jsem si vybrala téma významu skupinové práce v léčbě závislostí pro svou bakalářskou práci.

Jako výzkumný vzorek jsem zvolila klienty terapeutických komunit a doléčovacího centra, jejichž motivace k léčbě je vysoká. Klienti žijí v komunitě zhruba 15 měsíců, v doléčovacím programu jsou maximálně 8 měsíců. Během pobytové léčby prochází dlouhodobým uzdravujícím procesem a zráním vlastní osobnosti, jsou denně v kontaktu s ostatními závislými a jsou přímými účastníky každodenních skupinových prací. Rovněž denní program těchto zařízení splňuje požadavky na vyhodnocování významu skupinové práce.

Cílem mojí bakalářské práce je vyhodnotit význam skupinové práce při léčbě závislostí v procesu uzdravování a sociálního fungování jedince a v praktické části zhodnotit přínos jednotlivých skupinových prací při řešení konkrétních problémů či dovedností.

V první kapitole vymezím základní pojmy, jako je droga, craving, syndrom závislosti a zároveň představím přehled zneužívaných látek. Dále se budu věnovat příčinám a předpokladům vzniku závislostí, zejména se zaměřím na možné kořeny závislosti, spoluzávislost, strukturu závislé osobnosti a psychotherapeutické přístupy. Významná část práce bude věnována rodinným systémům, které se na vzniku a udržování závislostí podílí, skupinové práci, léčbě závislosti a sociálním důsledkům, které závislost uživatelům a jejich okolí přináší. Popíšu také techniky a metody práce se skupinou, stejně jako účinné faktory skupinové psychotherapie. Popíšu možná rizika skupinové práce, význam skupinové práce a zmíním role ve skupině. V praktické části

se následně zaměřím na ověření platnosti či neplatnosti hypotéz a ověření, dále na zjištění, zda je skupinová práce účinná při řešení sociálního fungování a rizikového chování jedince a mění jej na přijatelné a zda přispívá k přiměřené změně životního stylu, má vliv na osobnostní růst. Na základě dotazníkového šetření v kvantitativním výzkumu veškeré odpovědi respondentů vyhodnotím a pomocí grafů a tabulek shrnu jednotlivé výsledky a interpretuji je v následné diskuzi.

Vycházím z literatury zabývající se závislostmi jak z pohledu sociální práce, tak z pohledu psychologie a psychoterapie. Důležitým zdrojem mé práce byla Kalinova Klinická adiktologie a Terapeutická komunita, a dále literatura od Rotgerse, Matouška, Yaloma, Kratochvíla, Nešpora, Mašáta a dalších. Zaujaly mě také přednášky a kniha kanadského lékaře Gabora Maté a jeho pohled na nezpracovaná traumata z nejranějšího dětství v souvislosti se vznikem závislosti.

Při skupinové práci se závislími vnímám jako důležitý faktor respekt. Uživatelé drog mají nízké sebevědomí, problematickou minulost, zničené vztahy, dluhy a zoufale se snaží začít znovu. Touží po vztazích, úctě, důvěře a blízkosti druhého člověka, vše dávno ztratili v koloběhu slibů a zklamání, jsou nedůvěřiví a pochybují o sobě. Jednou z výzkumných otázek chci zjistit, zda klient touží po podřízenosti a autoritativním přístupu, jak naznačuje Yalom.¹

¹ Srov. YALOM, I. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*, s. 37.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Vymezení pojmů a základní informace k problematice látkových závislostí

V roce 2016 zemřelo podle SZO (WHO) po celém světě v důsledku konzumace alkoholu 3 miliony lidí, z toho tři čtvrtiny byli muži.² V České republice se v roce 2018 smrtelně předávkovalo drogami 89 osob a 134 osob zemřelo pod vlivem drog z jiných příčin než na předávkování. Závažným problémem se stává nadužívání sedativ a hypnotik, jen v roce 2016 se jednalo o 885 tisíc lidí. V roce 2017 bylo v ČR odhadnuto 47,8 tisíc uživatelů opioidů a pervitinu.³ Odhadovaný počet injekčních uživatelů v tomto roce dosáhl 43,7 tisíc, přičemž počet injekčních stříkaček distribuovaných prostřednictvím specializovaných programů dosáhl 6.409.862 kusů. Znepokojivá data přináší meziroční nárůst uživatelů heroinu.⁴

Problematika látkových závislostí je stále aktuální téma i přes dostupnost preventivních a léčebných programů. S narůstající závislostí ztrácí závislý postupně moc nad svým životem. Okolí jeho chování nerozumí a hledá pomoc, neboť se i ono potýká s důsledky závislosti. V určitých fázích může dokonce o uzdravení usilovat více někdo jiný než samotný uživatel.

1.1. Definice závislosti

R. West definuje závislost jako přetrvávající kompulzivní návyk na nějaké chování, aktivitu nebo látku ovlivňující stav nálady. Někteří vědci rozlišují dva typy závislosti: látková (alkoholismus, zneužívání drog a kouření) a závislost na procesech (hráčství, utrácení peněz, nakupování, jídlo nebo sexuální aktivity). Stále častěji se ukazuje, že mnozí závislí, např. polyvalentní uživatelé, mají vytvořenu závislost na více než jednu látku nebo na jeden proces.⁵ S rozvinutím závislosti již není významné, co látka způsobuje, ale co od ní uživatel očekává. Dochází ke změnám v centrálním nervovém systému, přičemž některé z nich jsou dočasné a při přerušení užívání vymizí, zatímco jiné jsou trvalého charakteru a po vysazení se upraví jen částečně nebo vůbec. Tyto změny vysvětlují příznaky závislosti jako onemocnění, kdy schopnost přestat zneužívat návykovou látku nesouvisí se slabou vůlí jedince, ale je zapotřebí léčba. Chronický uživatel ztrácí kontrolu nad užíváním i přes konfrontaci s negativními následky, omezuje své sociální kontakty a svůj život podřizuje droze.⁶

² World Health Organization: *Global status report on alcohol and health 2018* [online]. 27. 9. 2018. [cit. 2022-04-07]. Dostupné na WWW: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>>.

³ Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. *Drogová úmrť a úmrť pod vlivem drog v roce 2018*. [online]. Praha. 7. 5. 2019 [cit. 2022-04-07]. Dostupné na WWW: <<https://www.uzis.cz/res/f/008268/ai-2019-01-nrpatv-drd-2018.pdf>>.

⁴ Vláda české republiky. *Evropská zpráva o drogách 2019: EU čelí rekordní dostupnosti kokainu, inovativní výrobě a zneužívání syntetických drog či virtuální realitě*. 6. 6. 2019 [online]. Dostupné na WWW: <<https://icv.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/media/EDR2019CS.pdf>>.

⁵ Srov. WEST, R. *Modely závislosti*, s. 19.

⁶ Srov. SANANIM, 2009. *O drogách obecně*. Drogová poradna [online]; [cit. 2022-03-16]. Dostupné na WWW: <<https://www.drogovaporadna.cz/o-drogach-obecne.html>>.

1.2 Syndrom závislosti

Syndrom závislosti je charakteristický bažením a puzením brát opakovaně danou látku, problematickou kontrolou, problematickým až nemožným zastavením užívání drogy a nárůstem tolerance s požadavkem zvyšování dávek. Jasným průkazem závislosti je odvykací stav, který se objevuje, pokud látka není dodána.⁷

Podle Světové zdravotnické organizace (MKN–10) je závislost definována jako *“Soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládnání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, prioritní v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být přítomen pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí.”*⁸

Pokud dojde během jednoho roku ke třem nebo více z uvedených jevů, lze stanovit definitivní diagnózu závislosti:

- silná touha nebo pocit puzení užívat návykovou látku;
- potíže v sebeovládání při užívání (začátek a ukončení, množství);
- tělesný odvykací stav (snaha snížit příznaky vyvolané předchozím užitím);
- průkaz tolerance k účinku látky (navyšování dávek k dosažení původního účinku);
- postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů;
- pokračování v užívání přes škodlivé následky (poškození jater nadměrným pitím, depresivní stavy, toxické poškození myšlení).⁹

Problematika závislostí se týká osob ze všech společenských vrstev a s rostoucí spotřebou drogy často nastupuje kriminální činnost. Jak uvádí Frouzová *„brání drog pro jejich sníženou dostupnost či dokonce zákaz jejich braní samo o sobě dostává závislého na okraj společnosti a jeho dissocialita je potvrzována potřebou sehnat na drogu enormní množství financí. Mnoha závislým se proto velmi ulevilo, když je medicínský model označili za bezmocné jedince, kteří se musí ze své závislosti léčit, tedy musí být s nimi zacházeno daleko lépe než jako s trestanci.”*¹⁰

1.3 Neurobiologie závislosti

Chronickým užíváním návykových látek dochází k progresivním změnám v mozku i v chování, přenastaví se či rozvrátí řada důležitých mozkových okruhů, zvyšuje se motivační význam drogy na úkor přirozených podnětů a jejím kompulzivním

⁷ Srov. OREL, M. *Psychopatologie*, s. 200.

⁸ Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. *Mezinárodní klasifikace nemocí* [online]. Platnost od 1. 1. 2022 [cit. 2022-04-07]. Dostupné na WWW: <<https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F13>>.

⁹ NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*, In: KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti I.* str. 9–10.

¹⁰ FROUZOVÁ, M. *Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti*, In: KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti I.* s. 124–125.

vyhledáváním. Objeví se zvýšená negativní emocionalita, zhoršení kognitivní flexibility a kontrolních i rozhodovacích procesů.¹¹

Kudrle zmiňuje, že predispozice alkoholové a drogové závislosti nelze jednoznačně stanovit. Nejčastěji se jedná o kombinaci více faktorů: zkušenosti z raného dětství a výchovy, sociální vliv vrstevníků a zázemí, psychologické problémy, genetické faktory a sociokulturní vazby a rituály spojené s užíváním. Zneužívání návykových látek vede k vytváření nevědomých, nedobrovolných psychofyziologických stavů se sebezpešilujícím charakterem, které vedou k vytváření bludných kruhů. Zdá se, že faktorů bude více, snad všechny tělesné orgány jsou nadměrným užíváním drog nebo alkoholu postiženy a podílí se na tělesných činnostech a interakcích během jejich odbourávání.¹²

1.4 Historie užívání drog

Užívání drog provází člověka od nepaměti především v sakrálním kontextu náboženských rituálů a takové užívání je relativně bezpečné ve smyslu vzniku závislosti. Také v medicíně mají drogy své místo, opioidy se podávají na zklidnění a navození spánku (sedativa a hypnotika) a anxiolytika slouží k rozpouštění úzkosti a strachu. V současné době jsou ale drogy konzumovány ve velkých množstvích bez odpovídající integrace dané zkušenosti do života člověka.¹³

1.5 Omamné, psychotropní a psychoaktivní látky (drogy)

Pod pojmem droga si většina lidí představí nelegální návykové látky jako například pervitin či heroin, zatímco marihuana bývá často ve svých důsledcích podceňována a je spíše symbolem pohodového přístupu k životu. Málokdo si však uvědomí, že také tabák či alkohol patří mezi velmi problematické látky, které jsou nejenže společností tolerovány, ale často i propagovány, přestože právě nadměrné užívání alkoholu mívá katastrofální důsledky nejen pro závislého, ale pro celou rodinu a další blízké osoby.

Podle Kaliny je droga látka s následujícími vlastnostmi:

- Má psychotropní efekt – modifikuje naše prožívání a ovlivňuje, jak svět vidíme a prožíváme.
- Má potenciál závislosti – dlouhodobé a pravidelné užívání může vyvolat závislost a vést ke ztrátě kontroly nad jejím užíváním.

Dělíme ji podle účinku na psychiku:

- Tlumivé látky (narkotika) – zpomalují psychomotorické tempo. Malé dávky zklidňují, zatímco vyšší navozují spánek, kóma až zástavu životních funkcí.
- Psychomotorická stimulancia – zbavují člověka únavy, urychlují myšlenkové tempo a aktivují motoriku.

¹¹ Srov. KALINA, K. a kol. *Klinická adiktologie.*, s. 140.

¹² Srov. KUDRLE, S. *Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti*, In: KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti* s. 91.

¹³ MINAŘÍK, J. Sananim. *O drogách obecně. Drogová poradna* [online] 2009. [cit. 2022-03-18]. Dostupné na WWW: <<https://www.drogovaporadna.cz/o-drogach-obecne.html>>.

- Halucinogeny – vyvolávají změny vnímání od pouhého zostření až po stavy podobné schizofrenii.¹⁴

1.6 Craving – bažení

Touha po droze je tak silná, že člověka nedokáže v danou chvíli nic zastavit, mozek odmítá spolupracovat a místo toho přicházejí nejrůznější myšlenky a vysvětlení, které nutí závislého podlehnout jakémusi puzení a i přes nepříznivé okolnosti a následky udělá vše, aby drogu za jakoukoliv cenu získal.

Tento stav neovladatelné touhy po psychoaktivní látce (droze) nebo nutkavý pocit drogu užít se nazývá „*craving*“ (z angl. překládáno jako „*bažení*“). Je zároveň i příznakem některých odvykacích stavů a jedním ze základních kritérií pro diagnózu závislosti.¹⁵

Fišerová uvádí, že k bažení po droze přispívá především mechanismus „*pozitivního posilování*“, kdy psychotropní účinek drogy vzbuzuje silný zájem o opakování prožitku. Na straně druhé stojí mechanismus „*nepříjemného odvykacího syndromu*“, který vzniká vysazením drogy po jejím opakovaném podávání spojený s vyvoláním nepříjemných, často závažných psychických i somatických stavů, které nutí závislého vyřešit obtíže užitím další dávky.¹⁶

1.7 Míra závislosti jedince

Míra závislosti jedince se určuje podle frekvence intenzity a následků užívání. Experimentální užívání představuje občasné, nepravidelné užívání, obvykle bez následků. Příležitostné užívání bývá pravidelné o víkendech, je součástí životního stylu,

a bezprostředně po aplikaci se objevují následky, v této fázi ještě bez výrazných potíží v psychické rovnováze a sociálním fungování. Pravidelné (škodlivé) užívání drogy znamená užití drogy více než 1x týdně, je součástí životního stylu a jsou již patrné projevy škodlivých účinků. Problémové (rizikové) užívání drogy představuje pravidelné nitrožilní užívání, které má výrazný vliv na soukromý, pracovní a zdravotní stav a život člověka. Závislost na droze vyžaduje zvyšování dávek k dosažení žádoucího účinku, provází ji trvalé bažení, podřízení života droze a závažné psychické, sociální a zdravotní problémy.¹⁷

2 Přehled zneužívaných látek

Léky s psychotropním účinkem – zpočátku jsou užívány obvykle z léčebných důvodů, s rozvojem tolerance přichází tendence dávky zvyšovat. Zpomalují psychomotorické tempo, potlačují strach a úzkost, malé dávky zklidňují, vyšší navozují spánek, kóma až zástavu životních funkcí. Dlouhodobé užívání vede k poruše

¹⁴ Srov. KALINA, K. a kol. *Klinická adiktologie.*, s. 49–50.

¹⁵ Srov. KALINA, K., *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*, s. 7.

¹⁶ Srov. FIŠEROVÁ M., *Odvykací syndrom a craving – Neurobiologické aspekty*, In: KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti*, s. 114–116.

¹⁷ Srov. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi*, s. 212.

kognitivních funkcí, po vysazení se porucha postupně upraví. Radíme sem opioidní analgetika, sedativa, hypnotika a anxiolytika, benzodiazepiny, psychostimulancia, antiepileptika, antidepresiva, anestetika, léky zneužívané pro výrobu drog s obsahem efedrinu a pseudoefedrinu (výroba pervitinu).

Opiáty – název je odvozen podle sušené šťávy z nezralých makovic (opium), nejvýznamnějšími přírodními zástupci jsou alkaloidy morfium a kodein, z polosyntetických a syntetických látek heroin, metadon, buprenorfin (subutex) a braun. Převažuje aplikace intravenózní (nitrožilní), typická je aplikace intranazální (nosem), také inhalace po zahřátí na alobalu, kouření v cigaretách. Hlavním účinkem je zklidnění a euforie s pocitem tepla a snížením vnímání tělesných pocitů, silné analgetické účinky. Vzniká psychická, somatická a tělesná závislost (dochází k toleranci vůči účinkům – uživatelé snášejí i několikanásobek smrtelné denní dávky pro prvouživatele).

Psychomotorická stimulancia – odstraňují únavu, zvyšují duševní i tělesný výkon, zrychlují myšlenkové tempo, aktivují motoriku. Vyšší nebo kumulativní dávky mohou mít halucinogenní efekt. V ČR je nejčastěji užíván metamfetamin – pervitin, dále afmetamin (speed), užívání kokainu a cracku je v ČR méně časté (vysoká cena). Převažuje injekční aplikace, rovněž intranazální. Kokain ve formě cracku se kouří (vysoce koncentrovaný kokain smíchaný s jedlou sodou a vodou).

MDMA a taneční drogy – extáze (MDMA), MDEA, MDA, nejčastější užívání per os (ústy), rekreační užívání na akcích je spojeno s reprodukovanou hudbou (techno, house, rave), patří mezi psychostimulancia, u kterých je typický pokles nálady uprostřed týdne po víkendové party, tzv. mid week blues. Pravděpodobnost vzniku psychické závislosti, objevují se výrazně negativní účinky, jako jsou změny psychiky, křeče, průjem, třes, horečka, pocení, kterou mohou vést až k smrti, také vyšší výskyt vrozených vad při užívání MDMA matkou, dále jaterní selhání, poškození ledvin i srážení krve.

Halucinogeny – LSD, psilocybin, durman, muškátový ořech, muchomůrka červená. Vyvolávají změnu vnímání od pouhého zostření až po stavy podobné schizofrenii. Dlouhodobé účinky způsobují psychotické a depresivní stavy, osobnostní změny, tendence k magickému výkladu dění, podivnost hraničící až s psychotickými stavy, flashback (intoxikační stav bez užití drogy). U predisponovaných osob a při vysokých¹⁸ dávkách riziko psychotického stavu s paranoiditou, dezorientace, rozvoje deprese i tzv. bad trip (intoxikace s prožitky úzkosti, paniky, paranoie, halucinace, neschopnost zastavit průběh), dále se mohou objevit stavy derealizace a depersonalizace nebo panické stavy s rizikem auto- či heteroagrese. Užívání v sakrálním kontextu se omezuje na určité skupiny nebo lokality, profánní užívání obvykle jako doplňková droga anebo v kontextu „tanečních“ drog. Významné jsou experimentální intoxikace dospívajících přírodními halucinogeny, kdy hrozí značné riziko úmrtí.

Konopné drogy – jedná se o nejrozšířenější nelegální drogu, nejčastější aplikace kouřením, dochází k intoxikaci, záleží na rozpození jedince stejně jako u jiných halucinogenů, očekávanými efekty jsou zklidnění, euforie, veselost a zostření smyslového vnímání. Při dlouhodobém užívání se mohou objevit poruchy paměti

¹⁸ Srov. KALINA, K. a kol. *Klinická adiktologie.*, s. 49–81.

a koncentrace, flashback, může dojít k provokaci latentní duševní poruchy (kanabisová psychóza).

Alkohol – malé dávky působí stimulačně, vyšší tlumivě, nejprve se dostaví zlepšení nálady, zvýšení sebevědomí a energie, později přichází ztráta zábrán a kritičnosti, únava, útlum a spánek. Spotřeba alkoholu v ČR činí cca 10 l čistého alkoholu na obyvatele ročně.¹⁹ Orel uvádí, že ke vzniku fetálního alkoholového syndromu u dětí může dojít v důsledku užívání alkoholu matkou v průběhu těhotenství. K příznakům tohoto syndromu patří nízká porodní hmotnost, morfologické změny v oblasti hlavy (zejména obličeje), poruchy stavby a funkce mozku (možný opožděný nebo narušený psychomotorický vývoj, rozvoj mentálního defektu až retardace, poruchy chování), ale i somatické poškození vnitřních orgánů (srdce, ledviny) a pohybového aparátu. Pro poruchy chování a intelektu bez tělesného poškození u těchto dětí se používá termín fetální alkoholový defekt (FAS).

Organická a těkavá rozpouštědla – aplikace inhalací (rychlé) přes igelitový sáček nebo napuštěný hadřík, který znemožňuje přesné dávkování. Efekt odezní po několika minutách (těkavost). Intoxikace se podobá opilosti, počíná excitací, následuje krátká euforická fáze s poruchami vnímání (živé, barevné zrakové a sluchové halucinace), stav přechází ve spánek, po odeznění následuje kocovina. Dlouhodobým užíváním dochází k poškození mozku, snížení intelektu, labilitě, agresivitě, ztrátě zájmu a výkonnosti, ale také k degradaci osobnosti, poškození jater či ledvin a poleptání dýchacích cest.²⁰

Tabák – Psychotropní složkou tabáku je alkaloid nikotin, jedná se o velmi prudký jed. V České republice kouří asi 30 % osob ve věku nad 15 let, celosvětově ročně umírají 4 miliony lidí, v ČR 23.000 osob v důsledku nemoci způsobených tabákem. K užití dochází obvykle kouřením, méně často žvýkáním nebo intranazálně. Mezi tradiční aplikace patří také požívání a pití odvarů, orální aplikace mohou snáze vést ke smrtelnému předávkování, rozvoji tělesné i psychické závislosti. Dlouhodobými negativními účinky je chronický zánět dýchacích cest, poruchy trávicího traktu, mužské potence, soustředění, spánku, dále neklid, postižení koronárních tepen a nádory plic.²¹

3 Příčiny a předpoklady vzniku závislosti

3.1 Kořeny závislosti

Skupina je vhodným místem i prostředkem, ve kterém je možno zpracovat nejrůznější vztahová i osobní témata, která se často vynořují až v samotném průběhu terapie. Mohou být hluboce zakořeněná, a přesto stále negativně ovlivňovat jednání závislého. Často se jedná o traumata pocházející z dětství či dospívání a bývají „řešena“ pomocí drog, dochází tak k překrývání a odsouvání skutečně důležitých motivů ve snaze je zapomenout či alespoň odsunout. Závislí často mluví v souvislosti s užitím návykové látky o potřebě „úplně se vypnout“.

Teorie systémů rodinných vztahů předpokládají, že rodina a vztahy v ní určitým způsobem přispívají ke vzniku závislosti, která se tak stává dočasně nutným prvkem

¹⁹ Srov. OREL, M. *Psychopatologie*, s. 202.

²⁰ Srov. KALINA, K. a kol. *Klinická adiktologie*, s. 49–81.

²¹ Srov. KALINA, K. a kol. *Klinická adiktologie*, s. 79–81.

umožňujícím závislému fungovat, udržet si určité postoje a rovnováhu. Výraznější je tento proces v rodinách, kde se závislost projevila u jednoho z rodičů, než kde dospívající dítě užívá drogy. V rodinách alkoholiků se pití stává nepostradatelnou součástí rodinné kultury. Jednoznačně označit viníka či stanovit příčinu však nelze, jedná se o proces vzájemně propojených interakcí.²²

Mezi vlivy, které zvyšují nebo snižují riziko vzniku závislosti, řadíme výchovu, rodinné prostředí, vliv společnosti, přátel, médií, míru inteligence, sebevědomí a potlačené emoce. Mezi rizikové faktory ohrožující soudržnost rodiny pak násilí a alkoholismus. Protektivním faktorem, který pomáhá zvládat těžkosti, je osobnostní nezdolnost dospělého či sociální inteligence dítěte. V ohrožených rodinách nejsou rizikové faktory dostatečně vyvažovány faktory protektivními ani vlivem dalších zdrojů.²³

3.2. Negativní zážitky v dětství jako možná příčina vzniku závislosti

Rodinné prostředí, ve kterém dítě vyrůstá, a výchovné metody uplatňované rodiči významně ovlivňují všestranný rozvoj osobnosti dítěte a zasahují do formování jeho charakteru a osvojování lidských hodnot a morálních norem. Rodiče mívají určitou představu o způsobech, jak dítě vychovávat, ale ta většinou vychází ze zkušenosti, jakou výchovu zažili oni ze strany svých rodičů. Pokud bylo dítě vystavené negativním zážitkům a násilí v průběhu dětství a dospívání, je pravděpodobné, že se s následky bude vyrovnávat po celý život.

Studie Adverse Childhood Experiences Study (ACE) dlouhodobě upozorňuje na fakt, že s negativními zážitky v dětství má zkušenost mnoho dětí a mladistvých. „Každé čtvrté dítě se setká s fyzickým násilím, každé páté dítě se sexuálními obtěžováními a každé osmé dítě je přítomno násilí vůči matce.“²⁴

Následky prožívaného stresu se mohou projevit později v podobě problémového chování, špatného životního stylu, tendencím ke zneužívání návykové látky, psychickými či psychiatrickými potížemi, frustrací a sníženou odolností vůči stresu i zhoršeným zdravotním stavem, který může vést k předčasnému úmrtí během dospělosti. Mezi sedm negativních zážitků, které jsou v rámci studie zkoumány, patří psychické a fyzické týrání, sexuální zneužívání, užívání návykové látky v rodině, duševní onemocnění v rodině, násilí vůči matce a kriminální chování členů rodiny. Alarmující jsou i tato zjištění týkající se tendencí k sebevraždám: „Pouze 1 ze 100 osob, které v dětství neprožily žádný z uvedených negativních zážitků, se pokusí o sebevraždu, zatímco 20 osob ze 100 se pokusí o sebevraždu v případě, že se v dětství či během dospívání setkaly se všemi sedmi kategoriemi negativních zážitků.“²⁵

Podle Studie negativních zážitků z dětství (ACE) v České republice byla „zjištěna významná souvislost mezi negativními zážitky z dětství a zdravotně rizikovým chováním, jako je pokus o sebevraždu, užívání drog, rizikové sexuální chování

²² Srov. KALINA, K. a kol. *Klinická adiktologie.*, s. 172–173.

²³ Srov. MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*, s. 202.

²⁴ Česká odborná společnost pro inkluzivní vzdělávání: ACE studie: Jak negativní zkušenosti v dětství ovlivňují náš další život? Posl. aktualizace 14. 10. 2020 [cit. 2022-04-07]. Dostupné na WWW: <<https://cosiv.cz/cs/2021/10/14/ace-study-jak-negativni-zkusenosti-v-detstvi-ovlivnuji-nas-dalsi-zivot/>>.

²⁵ Tamtéž.

a kouření. “ Průzkumu se zúčastnilo 1790 vysokoškolských studentů, kteří byli vybráni náhodně.

„Psychické týrání uvedlo 20,7 % respondentů, fyzické týrání 17,1 %, pohlavní zneužívání 6,4 % a hrubé zanedbávání 8,0 %.“ Neméně varovné jsou zjištěné patologie v rodinách, kde užívání drog uvedlo 4,9 % respondentů a abúzus alkoholu 15,3 %. Pouze 38 % respondentů uvedlo, že nezažilo žádný negativní zážitek v dětství.²⁶

3.3. Bio-psycho-sociálně-spirituální pohled

Röhr spatřuje kořeny závislosti především v touze po blízkosti, lásce, uznání, ale také v pocitech viny a studu. Podle něj vyžaduje léčba závislosti uznání vlastní nemoci a pro následné zpracování je důležité truchlení. Osoby trpící poruchou osobnosti, jako je narcistická, hraniční, histrónská a schizoidní se vypořádávají se závislostí mnohem obtížněji.²⁷

Bio-psycho-sociálně-spirituální pohled na motivaci a potřeby při zkoumání hlubších kořenů závislosti dle jednotlivých zneužívaných látek nabízí Kudrle. Tvrdí, že žijeme ve světě protikladů, provází nás zrození a smrt, světlo a temnota, radost a žal, štěstí a utrpení a láska a nenávisť. Vztah těchto dualit je antagonistický, vyvolává v člověku napětí, je zdrojem neklidu, tužeb a hledání, a zároveň je zodpovědný za základní dynamiku vývoje.

Jednotlivé účinky drog můžeme rozdělit podle toho, jaké hlubší motivace a potřeby jsou pro závislého prioritou, a ty se snaží vyhledávat a uspokojovat s pomocí návykové látky.

Opioidy jsou látky tlumící bolest, představují potřebu vyhnout se bolesti či nalézt zklidnění, ulevit si od bolesti fyzické i duševní, na individuální a kolektivní úrovni, zahnat bolest z prožívané nudy, z neuspokojení, z pocitů odlišnosti či z nízkého sebehodnocení.

Stimulancia přinášejí slast a euforii, ztělesňují potřebu cítit se energický, výkonný, kompetentní, bezproblémový, zbavit se vnitřních zábran, dosáhnout euforie a radosti.

Psychadelika (psyché=duše, delein=zjevovat) zjevující věci z nejhlubších úrovní lidské psychiky, poukazují na potřebu transcendence utrpení v zážitku splynutí a/nebo sebepřekročení, jednoty se sebou samým a s druhými lidmi a také s Bohem.²⁸

Frouzová uvádí, že užívání drog a závislost na nich pramení z účinků, které poskytují. Buď pomáhají uživatelům řešit jejich aktuální pocity, jako je odcizení, nemilovanost, selhání, bezmoc, frustrace, tenze, apatie, nuda, deprese, emocionální bolest, nejistota, samota, nízká sebeúcta či sebevědomí nebo poskytují přesně to, po čem závislý touží, tím může být odvaha, vzpoura, vzdor, únik, uvolnění, legrace, poznání, sex, moc, odmítnutí přítomného anebo schopnost bojovat.²⁹

Podle Wumsera (1975) užívají závislí drogu, aby se vyhnuli duševnímu zranění v netraumatických podmínkách. Na užívání tak můžeme nahlížet jako na

²⁶ Srov. VELEMÍNSKÝ, M. a kol. *Studie negativních zážitků z dětství (ACE) v České republice.*

²⁷ Srov. RÖHR, H.-P. *Závislost: jak jí porozumět a jak ji překonat.* 2015.

²⁸ Srov. KUDRLE, S. *Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti,*
In: KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti I., s. 145.*

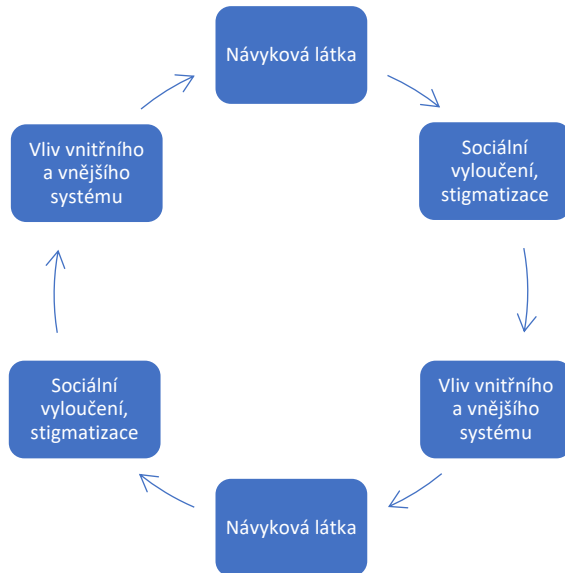
²⁹ Srov. FROUZOVÁ, M. *Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti,*
In: KALINA, K a kol. *Drogy a drogové závislosti I., s. 124–127.*

svépomocnou léčbu, toto vysvětlení však nesmí být závislími zneužíváno jako obhajoba jejich chování, ale může smysluplně vyložit souvislosti mezi patologickým rysem osobnosti a nutkavým jednáním opakovaně užit návykovou látku přes zjevné negativní účinky (Mikota 1995).³⁰

3.4 Bludný kruh závislosti

Systémová teorie považuje zdraví i nemoc za důsledek nepřetržité interakce různých systémů, ztělesňuje biologickou charakteristiku a osobnost, rodinu, vrstevníky, širší sociální okolí, dostupnost psychoaktivních látek, jejich cenu i vliv médií. Tím získáváme teoretický rámec pro terapeutickou intervenci, schopnost identifikovat a ovlivňovat relevantní systémy, které se podílí na vzniku a udržování závislosti. Laická veřejnost přisuzuje větší význam vnitřním systémům a podceňuje systémy vnější. Důležitost těchto faktorů dokazuje fakt, že cena alkoholu ovlivňuje jeho spotřebu, se zvýšením dostupnosti heroínu vzrostl počet uživatelů, rovněž počet patologických hráčů se zvýšil po téměř neomezovaném provozování hazardních her.³¹ Působením vnitřních a vnějších systémů vzniká na závislého tlak, který vzniklou situaci nedokáže řešit jinak než užitím drogy. Postupně dochází k sociálnímu vyloučení a ostrakizaci závislého, které vede uživatele k opakovanému užívání návykové látky. V důsledku toho stoupá míra rizikových faktorů, zatímco zdravějším způsobem života roste míra faktorů protektivních.³²

Graf 1: Koloběh závislosti



Zdroj: NEŠPOR, K. *Moderní léčba návykových nemocí*, s. 7, zpracováno volně dle textu

³⁰ HAJNÝ, M. *Vývojové aspekty vzniku a rozvoje závislosti*, In: KALINA, K a kol. *Drogy a drogové závislosti I.*, s. 136.

³¹ Srov. NEŠPOR, K. *Moderní léčba návykových nemocí*, s. 7.

³² Srov. NEŠPOR, K. *Moderní léčba návykových nemocí*, s. 7.

4 Psychoterapeutické přístupy a teoretické modely rodinných systémů

V psychoterapii drogových závislostí se nejvíce využívá přístup psychodynamický, behaviorální a přístup rodinné terapie, všechny přístupy jsou nedílnou součástí skupinové práce se závislými. Spirituální přístup je základním prvkem léčby pouze pro některá hnutí či terapeutické skupiny a komunity, zatímco v ostatních zařízeních je spiritualita spíše okrajovou či program zpestřující záležitostí. Práce s rodinou je klíčová při léčbě nejrůznějších psychických i psychiatrických poruch. Teoretické modely odhalují systémy udržující závislost a disfunkčnost v rodinných systémech. Jednotlivé modely blíže přibližují fungování mechanismů a interakcí v rodinách se závislou osobou.

4.1 Psychodynamický přístup a model

Psychodynamický přístup vychází z koncepce pudů a jejich zvládnání nebo ze vztahů s ostatními lidmi. Důležitým faktorem je psychoanalytické zkoumání a zpracování nevědomých konfliktů, deficitů a deformací intrapsychických struktur a vnitřních objektivních vztahů. Zneužívání drog je výsledkem konfliktu mezi potlačenou myšlenkou a obranou vůči ní, pro samotnou léčbu je důležité zvědomit to, co bylo potlačené, a zpracovat to nyní lépe.³³

Již ve 30. letech bylo zjištěno, že partnerky alkoholiků zažívaly depresivní a úzkostné stavy a trpěly nejrůznějšími psychosomatickými symptomy. První hypotéza předpokládala, že ženy alkoholiků jsou narušené osobnosti, které si výběrem partnera alkoholika řeší své neurotické obtíže. V takovém manželství obvykle bývají řešeny čtyři druhy konfliktů: agresivita („trestající Polly“), kontrola („kontrolující Kateřina“), masochismus („trpící Zuzana“) a ambivalence („váhající Winifred“).³⁴

4.2 Přístup rodinné terapie a model rodinného systému

Závislost jednotlivce poukazuje na poruchu celého rodinného systému, který je třeba léčit. Důležité je zjištit, jakým způsobem fungují vztahy v rodině, které patologické vzorce chování jsou přítomny a podporovány, jaké výchovné přístupy jsou preferovány a které komplementární obrany neumožňují změnu.³⁵

V 70. letech byly zjištěny opakující se vzorce interakce mezi otcem-alkoholikem a synem, bratry alkoholiky a alkoholikem a jeho manželkou (manželem) a také výrazné rozdíly v jejich interakci za střízlivého stavu a pod vlivem alkoholu. V těchto rodinách alkoholismus některého z členů přináší určité pozitivní výsledky. Adaptivní důsledky alkoholismu působí jako stabilizace rolí v rodině, přinášejí možnost projevit potlačené emoce i snazší komunikaci o vyhýbavých tématech. Pokud rodina dokázala zachovat i přes alkoholismus všechny své tradiční rituály, je menší pravděpodobnost, že se z dítěte stane alkoholik. Jestliže rodina byla zvyklá fungovat s alkoholikem,

³³ Srov. FROUZOVÁ, M. *Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti*, In: KALINA, K a kol. *Drogy a drogové závislosti I.*, s. 126–128.

³⁴ Srov. ROTGERS, F. et al. *Léčba drogových závislostí*, s. 97–102.

³⁵ Srov. FROUZOVÁ, M. *Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti*, In: KALINA, K a kol. *Drogy a drogové závislosti I.*, s. 126–128.

abstinence její systém naruší a ohrozí. Každý člen má v rodině přesně vymezenou roli, někdo je pečovatel, jiný zlobivé dítě a tyto role je obtížné měnit. Utajování nadměrného pití v rodině bývá nepsaným pravidlem.³⁶

4.3 Behaviorální přístup a model

Závislost je vnímána jako naučené chování a reakce podmíněné chemickými procesy. Terapeutický záměr spočívá v přeučení maladaptivních vzorců především pomocí odměn a trestů. Kognitivně-emocionální přístup obohatil přístup behaviorální o poznávací procesy, kdy myšlením lze získat nejen důležité informace, ale také zvědomit nevědomé a přenastavit chybné představy dodáním informací sloužících jako návod k abstinenci.³⁷

Vytvoření modelu předcházely studie interakcí alkoholiků a jejich manželek při řešení problémů. Bylo zjištěno, že pokud manželé hovořili o alkoholu, věnovaly jim manželky více pozornosti než při jiných tématech. Ženy se raději zaobíraly neutrálními tématy, zatímco muži tématy o alkoholu. Během konzumace mluvili intoxikovaní alkoholici více než za střízlivá a jejich partnerky byly verbálně pozitivnější, alkoholici pokládali více otázek a byli svými partnerkami vnímáni jako dominantnější. Interakce těchto párů přináší nejrůznější pozitivní rysy, které povzbuzují a udržují alkoholismus.³⁸

4.4 Spirituální přístup

Přístup nazývaný jako bio-psycho-socio-spirituální model závislosti je vyzdvihovaly zejména hnutím Anonymní alkoholici a Anonymní narkomané (AA a NA). Klade důraz na připuštění vlastní bezmoci vůči závislosti, spolupráci s vyšší mocí a převzetí zodpovědnosti za sebe sama, důležité je také nastavení nového hodnotového systému i zpracování tématu viny a odpuštění.³⁹

4.5 Sociologické modely stresu

V 50. letech představila Jaksonová model stresu a řešení problémů. Podle ní je pro ženu život s alkoholikem stejně stresující jako soužití s chronicky nemocným partnerem. Zpočátku je charakteristické popírání problémů. Později převládají pokusy převzít nad problémem kontrolu, následují pocity beznaděje a zmatku, snaha udržet funkční rodinu a konečně uniknout problému separací od partnera a vytvořit vlastní styl života bez alkoholika. Bylo zjištěno, že ženy aktivních alkoholiků jsou úzkostnější než ty, jejichž partner přestal pít nebo nikdy nepil.⁴⁰

³⁶ Srov. ROTGERS, F. et al. *Léčba drogových závislostí*, s. 97–102.

³⁷ Srov. FROUZOVÁ, M. *Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti*, In: KALINA, K a kol. *Drogy a drogové závislosti I.*, s. 126–128.

³⁸ Srov. ROTGERS, F. et al. *Léčba drogových závislostí*, s. 97–102.

³⁹ Srov. FROUZOVÁ, M. *Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti*, In: KALINA, K a kol. *Drogy a drogové závislosti I.*, s. 126–128.

⁴⁰ Srov. ROTGERS, F. et al. *Léčba drogových závislostí*, s. 97–102.

4.6 Modely nemoci rodiny

Od založení hnutí AA je rodina centrem pozornosti v souvislosti s modelem závislosti jako nemoci. Tento model ovlivnila knižní díla zaměřená na děti alkoholiků a jejich osudy a také díla zabírající se problémy partnerů alkoholiků. Model nemoci rodiny významně ovlivňuje současnou léčbu a její pojetí. Představuje rodinu, kde jsou všichni členové nemocní spoluzávislostí.⁴¹

5 Spoluzávislost a struktura závislé osobnosti

Jakmile se v rodině objeví závislý člen, dochází k přesvědčení, že problém má pouze závislý jedinec. S rodinou těchto osob se často pracuje jen v rámci poradenství, i když je prokázáno, že práce s rodinou je velmi důležitou součástí léčby závislosti.

Ve snahách o abstinenci hrají rodinní příslušníci významnou roli. Spoluzávislost (kodependence) označuje postoje a chování rodinných příslušníků závislého, kteří jeho chování zjevně či skrytě udržovali, usnadňovali mu užívání drog či ho k němu dokonce provokovali. Problémem je také vyhýbání se nastavení hranic a dodržování pravidel, přejímání odpovědnosti za uspokojení potřeb druhého na úkor vlastních i popírání zjevných skutečností. Negativní dopad vytváří také zkreslování hranic mezi generacemi a rolemi v rodině, tendence kontrolovat druhé i za ztrátu vlastní sebeúcty, bagatelizace obtíží nebo potřeby léčby i sklony věřit iluzím. V takovém systému trpí závislý narušenou sebeúctou, opírá se o falešně vytvořené já a je závislý na hodnocení ostatních. Stává se předmětem bouřlivých rodinných diskuzí, zatímco ostatní členové mohou být okolím „obdivováni“, jak dobře situaci snáší a zvládají, a získávat tak pozornost či se vyhýbat jiným důležitým tématům v rodině, která se překryjí a ustoupí do pozadí. Role v rodině se mění, chvílemi se ocitají blízcí v roli oběti, zatímco jindy se stávají soudci a pronásledovatelé. Zdá se, že spoluzávislý člověk nebo systémy rodinných vztahů nedokáží unést „nezávislost“ a závislé dítě či partnera potřebují.⁴²

Mezi další projevy spoluzávislosti patří úzkost spojená se zkreslováním hranic intimity a separace, ale také navazování vztahů s partnery závislými na návykových látkách nebo trpícími poruchou osobnosti. Dále musí být přítomny alespoň 3 z těchto 10 znaků a symptomů: „*Popření jako primární strategie, jak se vyrovnat se situacemi; stažení emocionality; depresivita; nadměrná ostražitost; nutkavé chování; úzkostnost; závislost na drogách nebo alkoholu; role oběti psychického nebo sexuálního zneužívání; nemoci související se stresem a konečně vztah se závislou osobou delší než 2 roky, aniž by dotyčný vyhledal pomoc.*“⁴³

Člověk vyléčený ze závislosti musí najít, vyjednat a obhájit v rodině svou novou roli. Rodina očekává původní jednání a nové způsoby chování abstinujícího člena nemusí být všemi členy vnímány jako přínos a mohou dokonce vést k rozpadu rodiny. Absence závislosti odhaluje v rodinném systému problémy, které byly závislostí zakryty a „řešeny“. S rodinou je vhodné pracovat alespoň v závěru léčby, aby po návratu nebylo zapotřebí „obětí“.⁴⁴

⁴¹ Srov. ROTGERS, F. et al. *Léčba drogových závislostí*, s. 97–102.

⁴² Srov. KALINA, K. a kol. *Klinická adiktologie*, s. 173–174

⁴³ Srov. ROTGERS, F. et al. *Léčba drogových závislostí*, s. 101.

⁴⁴ Srov. MATOUŠEK, O., PAZLAROVÁ H. *Podpora rodiny*, s. 124.

Hnutí AA a NA doporučují příbuzným vzdát se kontroly nad závislým, uvádí, že jejich pomoc umožňuje závislému vyhnout se poznání, kdy díky drogám přestal být schopen řídit svůj vlastní život.⁴⁵

5.1 Vznik a udržování závislého jednání

Pomáháním a snahou vytvořit jistoty získává spoluzávislý dominantnější roli a ujímá se zodpovědnosti. Závislému tak umožňuje pokračovat v jeho chování, který na potlačení abstinčních příznaků užívá stále více návykové látky, jakmile však vycítí, že spoluzávislému dochází trpělivost, začne se enormně snažit. Všichni zúčastnění z této naděje čerpají, ale po získání jistoty začne závislý své chování z důvodu nahromaděného tlaku stupňovat. Rodinní příslušníci pocítují bezmoc, zlobí se na sebe, postupně ztrácí sebeúctu, mohou se začít zanedbávat nebo sami sáhnout po droze, objevují se úzkosti, záchvaty, deprese, panické ataky nebo migrény a srdeční či žaludeční potíže. Spoluzávislí ze studu zatajují své starosti a nedá se jim skutečně pomoci.

Závislý člověk se potýká s chronickou nemocí nazývanou chorobná závislost, ale také se závislou poruchou osobnosti, která vyžaduje terapii závislé struktury osobnosti, nikoli jen abstinenci. V terapii spoluzávislých je důležité zbavit se přebírání zodpovědnosti za závislého, zpracovat traumata spoluzávislosti a její pozadí. Kořeny obvykle sahají až do dětství, kdy mohlo docházet k emocionálnímu zneužívání ze strany rodičů a ovlivnilo rozvinutí závislé poruchy osobnosti.⁴⁶

5.2 Struktura závislé osobnosti

Typickým rysem závislé poruchy osobnosti je nadměrná potřeba péče ze strany druhých, která vede k submisivitě, přilnavosti a strachu z opuštění. Pravděpodobná příčina vzniku je důsledkem interakcí mezi vrozeným úzkostně inhibovaným temperamentem a nestálou nebo hyperprotektivní výchovou. Pocity nejistoty a bezmoci mohou být vytvořeny ve vztahu rodič-dítě nadměrnou připoutaností rodiče nebo infantilizací v době potřebné individuace a separace. Tito lidé často trpí depresemi nebo některou z úzkostných poruch. Uspokojení potřeby podpory, uznání a přijetí hledají v terapeutickém vztahu, zjišťování jejího vzniku a zdrojů jsou důležitou součástí léčby. Kognitivně-behaviorální techniky pomáhají řešit pocity nedostatečnosti, nekompetence a bezmoci. Nácvik sociálních dovedností, asertivity a řešení problémů hrají rovněž důležitou roli.⁴⁷

Závislá struktura osobnosti se vyskytuje v rodinách s chorobně závislým členem, kdy jsou ostatní vtaženi do spoluzávislosti, ať chtějí nebo ne. Často se stali spoluzávislými jako malé děti, nedokázaly zachránit rodiče, a nyní se snaží spasit závislého potomka či partnera. Spoluzávislý závislého omlouvá a kryje, obhajuje jeho chování. Snaží se ho změnit výtkami, odpíráním lásky i sexu, schováváním drog či vyléváním alkoholu, ale také kontrolou a řízením financí. Spoluzávislý potřebuje ulevit svým úzkostem, a tak prosí, nadává i pláče, stěžuje si, opouští a odpouští, snaží se „léčit“ láskou. Pokouší

⁴⁵ Srov. FROUZOVÁ, M. *Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti*, In: KALINA, K a kol. *Drogy a drogové závislosti I.*, s. 124.

⁴⁶ Srov. RÖHR, H.-P. *Závislé vztahy*, s. 137–145.

⁴⁷ Srov. PRAŠKO, J. at al. *Závislá porucha osobnosti – diagnostika a léčba*, s. 55.

se pomoci sám sobě, neboť i na něj doléhají důsledky závislosti, se kterými se musí potýkat, například dluhy, ztráta zaměstnání či sociální nejistoty. Veškerá opatření však vedou ke zhoršení chorobné závislosti. Závislý reaguje na formu emocionálního tlaku vzdorem a je pro něj spouštěčem ke konzumaci návykové látky.⁴⁸

5.3 Hraniční struktura osobnosti

Existuje vzorec chování, myšlení a prožívání odpovídající určité organizaci osobnosti, která má tendenci k souboru psychických obtíží, jako je užívání návykových látek a závislost. Lidé s hraniční strukturou osobnosti nedokáží odkládat své uspokojení a impulzy, jejich myšlení a hodnocení je černobílé, využívají primitivní obranné mechanismy, identitu svoji i druhých vnímají jako nestálou, nejistě testují a vyhodnocují realitu. Citlivě reagují na skutečná či domnělá odmítnutí, typické jsou výkyvy v prožívání, úzkostné a depresivní změny nálady i agresivní a impulzivní jednání. Užívání psychoaktivních látek, sebepoškozování a poruchy příjmu potravy jim umožní kontrolovat své prožívání a zmírňovat napětí. Někteří naopak nejsou schopni kvůli své impulzivité takové chování omezit či zastavit.⁴⁹

5.4 Vztah mezi závislostí a traumatizací

Kanadský psycholog Gabor Maté na konferenci TEDx Rio20+ považuje trauma za kořeny závislosti: „*Trauma není to, co se vám stane. Trauma je to, co probíhá uvnitř vás v důsledku toho, co se vám děje. Nezhojené trauma má dopad na každý aspekt našeho života. Ovlivňuje to, jak žijeme, jak milujeme a jak vnímáme svět. Traumata jsou kořeny našich nejhlubších zranění. Od závislosti přes potíže s intimitou, ale také emočním, duchovním a fyzickým zdravím.*“⁵⁰

Trauma je pro děti nesnesitelné. Zapojují se všechny obranné mechanismy, zvláště potlačení a disociace (odštěpení), aby nepříjemné bylo „zapomenuto“. Ale v projevech tu trauma, i dávné, stále je. Jeho důkazem jsou noční můry a flashbacky, chronická podrážděnost, netečnost, nevysvětlitelný strach i výbuchy agresivity, stud, staženost, hyperaktivita, potíže se soustředěním, stejně jako fobie a panické ataky. V dospívání se zvyšuje potřeba trauma potlačit. Drogy, alkohol a gambling jsou prostředkem k umrtvení emocí, usnadňují jejich potlačování nebo je mění a uvolňují ty, které by jinak zůstaly skryté (agrese). Zastavují flashbacky a noční můry a mění depresi v netečnost. Bezmoc ustupuje a (falešný) pocit kontroly začíná převládat.⁵¹

6 Dítě a závislý rodič

Závislý rodič není schopen rodinu finančně zajistit, naopak jí ještě finance ubírá, ani se řádně postarat o potomka, může docházet k zanedbávání péče, týrání, domácímu násilí a vyhroceným partnerským konfliktům. Také ztráta zaměstnání a společenského

⁴⁸ Srov. RÖHR, H.-P. *Závislé vztahy*, s. 137–145.

⁴⁹ Srov. KALINA, K. a kol. *Klinická adiktologie*, s. 186.

⁵⁰ MATÉ, G. The Power of Addiction and The Addiction of Power [online]. Vlastní překlad; [cit. 2022-03-16]. Dostupné na WWW: <<https://www.youtube.com/watch?v=66cYcSak6nE>>.

⁵¹ Srov. KUDRLE, S. *Trauma a závislost* s. 130.

postavení, stejně jako trestná a násilná činnost k obstarávání si prostředků na živobytí a drogy jsou sociálními dopady, se kterými se rodina potýká.⁵²

6.1 Role dítěte jako reakce na závislost rodiče

Dítě vyrůstající se závislým členem zaujímá v rodině určitý postoj a přesně vymezenou roli, která mu umožňuje vyrovnat se s danou situací. Rodinný hrdina bývá obvykle nejstarší sourozenec, který přebírá zodpovědnost za problémového rodiče, v dospělosti i přes zjevné úspěchy trpí komplexy méněcennosti. Rodinný manažer mírní následky pití nebo zneužívání drog, a tím usnadňuje členům rodiny jejich konzumaci a užívání. Ztracené dítě je uzavřené a stažené do sebe, málo komunikuje, utíká do vnitřního světa a fantazie, chybí mu vřelost, hranice, podpora. Klaun smíchem odvádí pozornost od problematických situací a snižuje tak násilné projevy v rodině, trpí nízkým sebevědomím a neumí se přiměřeně projevit. Černá ovce na sebe strhává zájem zlobením a delikvencí a odvádí tak pozornost od problémů dospělých, nemá hranice a trpí nízkým sebevědomím.⁵³

6.2 Rizikové a protektivní faktory a vlivy vzniku závislosti

Významným rizikem pro děti závislých rodičů je tzv. transgenerační přenos závislosti, kdy je vyšší pravděpodobnost, že se dítě buď stane závislým, nebo si zvolí závislou osobu za životního partnera. Problém se tak přenáší do další generace s účastí jak genetických, tak negenetických faktorů.⁵⁴

6.3 Rizikové faktory v rodině

Pokud v rodině nefungují jasná pravidla, rodiče nemají dostatek času na dítě, výchovu zajišťuje pouze jeden rodič a dítě nemá dostatečný dohled, můžeme hovořit o rizikových faktorech v rodině, které zvyšují pravděpodobnost závislosti dítěte. Mezi další faktory patří nedostatečné citové vazby dítěte, manželské konflikty a rozvod, stěhování, střídání partnerů, malá očekávání od dítěte a také podceňování. Rizikové je schvalování alkoholu a drog u dětí ze strany rodičů a zneužívání alkoholu, tabáku a drog ze strany dospělých, špatné společenské fungování rodiny, problematická může být také chudoba, nezaměstnanost i duševní nemoc rodičů.

6.4 Protektivní faktory v rodině

Jasná a přiměřená očekávání od dítěte, pravidla chování a přiměřená péče a dohled, stejně jako respekt a dostatek času na dítě patří mezi protektivní faktory v rodině. Důležité jsou pevné citové vazby, spolupráce rodičů na výchově a vřelý výchovný styl (ani autoritativní ani volný). Dítě potřebuje prostor pro kvalitní zájmy i uspokojení všech potřeb, nezbytná je sdílená odpovědnost v rodině, funkční mezigenerační vztahy

⁵² Srov. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi.*, s. 213–214.

⁵³ Srov. MATOUŠEK, O., PAZLAROVÁ H. *Podpora rodiny*, s. 123.

⁵⁴ Srov. MATOUŠEK, O., PAZLAROVÁ H. *Podpora rodiny*, s. 123.

a spolupráce, dobré vztahy mimo rodinu i tendence pomáhat druhým. Samozřejmostí je, že rodiče nezneužívají alkohol, tabák ani jiné drogy.⁵⁵

6.2.3 Negativní vlivy mimo rodinu a výchovu

Zda dítě bude mít tendence užívat drogy či nikoliv ovlivňuje více faktorů, kromě duševní rovnováhy to jsou nejbližší přátelé, dostupnost tabáku, alkoholu a drog ve škole a okolí, střídání škol, nezáměr o školu či selhávání ve škole a mimo ní, záškoláctví, stres, existenční nejistota, napjaté vztahy, nízká inteligence či sebevědomí, poruchy chování, nedostatek dovedností, sexuální zneužívání a další.⁵⁶ Mezi problematické rodičovské postoje patří popírání skrývání a obhajování problému, financování závislosti, umožnění vydírání ze strany dítěte, ale také tělesné tresty.⁵⁷

6.2.4 Pozitivní vliv výchovy zvyšující odolnost proti závislosti

Podle Hajného by rodina měla být „*bezpečným přístavem*“, kde se může jeden na druhého spolehnout. I v problémové rodině se však může formovat zdravý a úspěšný jedinec. Pravidla a tradice vnášejí do života dětí klid a předvídatelnost, dospívající je mohou vnímat jako zastaralé symboly rodičovské generace a mohou s nimi zdravě bojovat a identifikovat tak sami sebe. Patří sem definování mužské a ženské role, kontakt se širší rodinou, rozdělení odpovědnosti za domácí práce, postoje k nemocem, zdraví, narození i smrti, způsob zacházení s penězi, ale také diskusní témata, na kterých se děti mohou či nemohou podílet. Dítě musí zažívat problematické situace v rodině a naučit se s nimi zacházet, díky tomu získává odolnost vůči stresu, bolesti i zklamání.⁵⁸

6.2.5 Negativní vlivy výchovy zvyšující riziko vzniku závislosti

Nepřiměřený výchovný přístup ze strany rodičů a problematické sociální fungování rodiny může mít negativní dopad na vývoj dítěte a zvyšovat riziko vzniku závislosti na návykových látkách.

Prvním takovým přístupem je „*protektivní rodič*“, který dítě příliš chrání před okolním světem a má tendence mu ve všem vyhovět. Zejména ženy-matky zbavují dítě přirozené odpovědnosti za jeho chování a bojovně vystupují na jeho obranu i přes zjevně nepatřičné chování dítěte. Dítě bývá vystaveno posměchu vrstevníků i šikaně, trpí závislostí na matce, neschopností rozhodovat se a nést zodpovědnost, má nízké sebevědomí. Nejprve se dítě podrobuje, později roste agrese vůči matce či otci, objevují se neurotické, obsedantní a úzkostné projevy, psychosomatické potíže, snížený práh bolesti, ale také přecitlivělost, pláčivost, noční můry a děsy (pobyt matky

⁵⁵ Srov. MATOUŠEK, O., PAZLAROVÁ H. *Podpora rodiny*, s. 124–125.

⁵⁶ Srov. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislosti: příručka pro praxi*, s. 1993.

⁵⁷ Srov. MATOUŠEK, O., PAZLAROVÁ H. *Podpora rodiny*, s. 126–127.

⁵⁸ Srov. HAJNÝ, Martin. *O rodičích, dětech a drogách*, s.71–75.

v posteli i na začátku puberty), tendence úniku k delikventním skupinám a trestná činnost jako vzdor (nejsem mámin mazlíček).⁵⁹

Autoritářský rodič zajišťuje fungování pomocí příkazů a zákazů, výchova je založena na kázni a poslušnosti. Přirozená autonomie a spontaneita je potlačena, neuposlechnutí či snaha o prosazení se trestá. V pubertě dochází k ponižování, ironii, omezování osobní svobody či tělesným trestům. Autoritativní bývá obvykle otec, ostatní členové se podřizují. Přístup je pro dítě frustrující, rodič používá způsoby výchovy, kterými byl sám vychováván. Dítě je vystaveno šikaně, zažívá roli oběti i trýznitele, vývoj osobnosti je disharmonický, objevují se potíže v kolektivu, trpí pocity nejistoty i poruchou sebehodnocení. Dalšími symptomy je rezignace, apatie, koktavost, enuréza, psychosomatické potíže (bolesti hlavy, zvracení), úzkostnost a neurotické projevy, útky z domova, lhaní, záškoláctví, podvody, agresivita a také úniky k návykovým látkám.

Perfekcionistický rodič klade na své členy vysoké nároky, dítě musí podávat výkony, na které nestačí tělesně ani duševně, neúspěch je důvodem ke zklamání rodičů. Dítě je vystaveno kritice, ponižování, trpí pocity méněcennosti, obavami ze selhání, je úzkostné, nejisté, může být agresivní. Výsledkem takového přístupu po psychické stránce bývají neurózy, frustrace, deprese, psychosomatické potíže, poruchy příjmu potravy (alespoň nad něčím má vlastní kontrolu), sebepoškozování i pokusy o sebevraždu.

Svobodomyšlný, liberální rodič je typický chaotickým uspořádáním rodiny bez jasně vymezených pravidel a benevolentní výchovou. Na pozadí stojí nezáměr o potomka a věnování se vlastním zálibám. Nejsou stanoveny hranice, dítěti chybí program a povinnosti, neučí se zodpovědnosti, má pocit, že rodičům na něm nezáleží, čas tráví nevhodným způsobem. V osobnostních rysech dítěte vystupuje egocentrismus s neschopností řešit problémy, chování provází afektivní a prudké emoční reakce. Mezi další zoufalé projevy patří demonstrativní sebevraždy, agresivní jednání, manipulace a intrikářství, únik do virtuálního světa, krádeže, lhaní a trestná činnost.

Problematické přístupy zvyšující riziko vzniku drogové závislosti se však objevují i v dalších rodinách, které jsou nezralé, neodseparované, generačně smíšené, přetížené, materialistické, odkládající a rozvodové.⁶⁰

7 Techniky a metody práce se skupinou

Při práci se závislými se velmi často využívá skupinová práce, ta probíhá v terapeutických komunitách nebo svépomocných či terapeutických skupinách. Jako důležitá součást léčby se jeví práce s celým rodinným systémem. Pro rodiny závislých se pořádají rodičovské skupiny, které jim umožňují sdílet své pocity ze života se závislým, ale také zažít pocit, že i jiní lidé mají podobné problémy a pocity jako oni. Kalina uvádí, že „v ČR se skupinová psychoterapie pokládá za významnou, ne-li klíčovou metodu v léčbě závislosti“. Rada skupinových programů využívá prvky

⁵⁹ KRTIČKOVÁ, K. Šance dětem. *Výchovné problémy v dysfunkčních rodinách* [online]: 2015. Posl. aktualizace 17. 3. 2022 [cit. 2022-03-18]. Dostupné na WWW: <<https://sancedetem.cz/vychovne-problemy-v-dysfunkcnich-rodinach>>.

⁶⁰ KRTIČKOVÁ, K. Šance dětem. *Výchovné problémy v dysfunkčních rodinách* [online]: 2015. Posl. aktualizace 17. 3. 2022 [cit. 2022-03-18]. Dostupné na WWW: <<https://sancedetem.cz/vychovne-problemy-v-dysfunkcnich-rodinach>>.

různých směrů, přístupů a typů skupin. Kromě známého rozdělení na skupiny životopisné, tematické a interakční, také skupiny dynamické, analytické, hodnotící, nácvikové či psychoedukativní.⁶¹

7.1 Sociální práce se skupinou

Skupina je pro člověka nezbytným sociálním útvarem, potřeba kontaktu s druhými a bytí ve skupině je zásadní. Skupiny poskytují příležitosti ke sdílení pocitů, myšlenek, zkušeností a k výměně nebo shromáždění informací. Člověk potřebuje cítit, že je přijímán, komunikovat s ostatními, naslouchat druhým i tolerovat a respektovat odlišné názory a postoje, ale také se obhajovat a vymezovat. Pro sociální pracovníky je skupinová praxe jednou ze základních metod práce, působí jako facilitátoři, terapeuti, konzultanti, aktivizátoři, ale také jako podporovatelé. Zároveň vedou skupiny léčebné, podpůrné, edukativní, skupiny zaměřené na cíl, pracovní nebo rekreační a spolupracují se skupinami komunitními, podpůrnými nebo svépomocnými.⁶²

Význam skupiny spočívá především ve sdílení s lidmi, kteří mají stejné zkušenosti, zájmy nebo cíle. Zjištěním, že druzí to mají podobně a prošli si podobnými situacemi přináší úlevu i naději. Informace o tom, co druhému pomohlo, se stávají zdrojem inspirace i naděje. Členové si ve skupině vyměňují názory i získávají nové zkušenosti. Skupina je terén, kde si testují nové způsoby chování, postojů a myšlení, učí se formulovat své myšlenky, promýšlet jednání a získávají podporu potřebnou pro sociální změny a řešení problémů. Mohou být využívány techniky skupinové práce, jako je hraní rolí, strukturovaná cvičení, hry, arteterapie nebo psychodrama.⁶³

Právě v podpoře při dosahování individuálních i společenských změn a cílů spočívá síla skupiny, ve které inspirací i motivací jsou ostatní členové. Ti se učí nejen poskytovat pomoc druhým, ale také ji přijímat, což výrazně ovlivňuje jejich sebeúctu a zároveň jim umožní odpoutat se od vlastních problémů. Ve skupině lze prožívat emoce, jako jsou vztek, strach, smutek, radost i touha po blízkosti druhého, lidé zjišťují, že každý člen se projevuje jinak a že je to tak v pořádku. Skupina dokáže přijmout pocity svých členů a dávat jim patřičnou odezvu, poskytuje naději a optimismus, dodává odvalu a víru ve zlepšení, i důvěru ve vlastní schopnosti ve smyslu, když „*to zvládnul někdo jiný, kdo to měl podobně, dokáží to i já*“.⁶⁴

Cílem terapeutické skupiny je dosáhnout vzhledu do problematiky klientů a umožnit jim pochopit a změnit nesprávné postoje, stejně jako maladaptivní vzorce chování ve prospěch sociální adaptace, zprostředkovat poznání o fungování interpersonálních a skupinových procesů pro harmoničtější jednání s lidmi, podpořit zrání a růst osobnosti v rozvinutí potenciálu a odstranit chorobné příznaky nácvikem či vyřešením konfliktů.⁶⁵

⁶¹ Srov. KALINA, K. a kol. *Klinická adiktologie*, s. 432.

⁶² Srov. MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*, s. 169–173.

⁶³ Tamtéž.

⁶⁴ Srov. MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*, s. 173–175.

⁶⁵ Srov. KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*, s. 15.

7.2 Skupinová psychoterapie

Skupinová psychoterapie využívá k léčebným účelům skupinovou dynamiku, ta představuje souhrn skupinového dění a interakcí mezi jednotlivými členy a terapeutem, ale také mezi členy skupiny navzájem a vlivem vnějšího prostředí. Do skupinové dynamiky zahrnujeme cíle a normy skupiny, vůdcovství, koheze (faktor soudržnosti) a tenze (faktor dynamizující), projekce minulých zkušeností a vztahů do aktuálních interakcí, vytváření podskupin (bývají zdrojem konfliktů a nepřátelství), a vztahy jedinců a skupin, ale také vývoj skupiny v čase. Pro sociálního pracovníka je pochopení a znalost skupinové dynamiky stěžejní.⁶⁶

Další důležitou interakcí je odpor, ten může být individuální nebo celé skupiny a párování členů. Objevují se také antiterapeutické normy, které brzdí procesy ve skupině, jako je tzv. vzájemné hlazení, kdy se říkají jen hezké věci a kritice se členové vyhýbají, nelítostná kritika – projevy lítosti a podpory jsou vnímány jako nežádoucí, odhalování chyb, kritizuje se jen to špatné, dále ostych z projevu emocí, tabuizace sexu, pomlouvání člena v jeho nepřítomnosti, nepřístupnost člena, který se neotevírá skupině a prezentuje jen své superego a nakonec společná linie proti terapeutovi, kdy skupina skrývá tajemství.⁶⁷

7.2.1 Účinné faktory skupinové psychoterapie

Názory se poněkud různí, co se týče účinných faktorů skupinové terapie. Kratochvíl uvádí členství ve skupině, emoční podporu, pomáhání jiným, sebeexploraci a sebeprojevení, odreagování, zpětnou vazbu, konfrontaci, náhled, korektivní emoční zkušenost, zkoušení a nácvik nového chování, získání nových informací a sociálních dovedností. Zatímco podle Yaloma to je dodávání naděje, univerzalita, předání informací, altruismus, korektivní rekapitulace primární rodiny, rozvoj sociálních dovedností, napodobující chování, interpersonální učení, skupinová soudržnost, katarze (vnitřní očista po traumatickém zážitku) a existenciální faktory.⁶⁸

7.2.2 Nevhodní klienti pro skupinovou práci

Nevhodnými klienty pro sociální práci se skupinou jsou osoby v akutní krizi, akutní psychóze nebo užívající návykové látky (neabstinující) či v akutní depresivní fázi. Podrobně vymezuje tuto skupinu Praško: „*Pacienti s paranoidní, disociální, emočně nestabilní, histriónskou poruchou osobnosti, ale také se špatnou kontrolou impulzů velmi snadno zastraší nebo zmanipulují celou skupinu a znehodnotí její práci... Musíme pak řešit složité problémy ve vztazích mezi členy skupiny navzájem.*“⁶⁹ Efektivnější je zařazovat klienty s těmito poruchami osobnosti do speciálních programů. Mezi dobře terapeuticky léčitelné poruchy osobnosti patří závislá, histriónská, anankastická, vyhýbavá a depresivní porucha, průměrně léčitelná je

⁶⁶ Srov. KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*, s. 15–26.

⁶⁷ Srov. KUZNÍKOVÁ, I. *Pokročilé metody sociální práce se skupinami*, s. 79.

⁶⁸ Srov. KALINA, K. a kol. *Klinická adiktologie.*, s. 433.

⁶⁹ Srov. PRAŠKO, J., MOŽNÝ J. a kol in MAŠÁT, V. *Vybrané postupy sociální práce se skupinou*, s. 58.

narcistická, hraniční a schizotypní a špatně léčitelná pak paranoidní, pasivně-agresivní, schizoidní a antisociální.⁷⁰

Nevhodný klient je také ten, který přichází do skupiny na doporučení druhých, ale sám není přesvědčen o významu léčby. Rovněž sociopatičtí klienti bývají problematictí v interakční skupinové terapii. Tito lidé mají na skupinu destruktivní vliv, odmítají její normy a místo toho přesvědčují ostatní o svých nápadech a názorech. Zpočátku mohou být významnými a aktivními členy, postupně se ale začne projevovat jejich neschopnost se vztahovat k druhým, což se obvykle projeví velmi dramaticky. Klientova vnější sociální zdatnost je natolik pohlcující, že konzumuje množství skupinové energie a jeho odchod způsobí zmatek a ztrátu odvahy u ostatních klientů.⁷¹

8 Svépomocné a terapeutické skupiny

8.1 Terapeutická komunita

Obecným cílem léčby v terapeutické komunitě je změna dosavadního rizikového jednání klienta na zdravotně i sociálně akceptovatelný a pro něj subjektivně spokojený životní styl. Vyšším cílem je pak plná abstinence klienta od návykových látek, jeho osobnostní růst a plná sociální rehabilitace.⁷²

8.2 Skupinový program v terapeutické komunitě

V terapeutické komunitě se klienti denně účastní skupinových prací. Program je postaven na pevném řádu a pravidelnosti a zasahují do něj jen některé aktuální události vyžadující součinnost, návštěvy či rituální události, slavnosti a svátky. Podobný program absolvují také v doléčovacím centru Chrpa.

Pracovní terapie probíhá denně ve 3 pracovních blocích, celkem 3,5 hodiny. Patří sem práce na farmě, úklid, příprava jídla pro celou komunitu a práce na zahradě či v dílnách. Klienti ve třetích fázích již pracují v běžné pracovní době, tj. 8, 5 hodin denně. Životopisná skupina má za cíl seznámit podrobně ostatní členy komunity s životním příběhem jedince. Tento akt je jednou z podmínek k přestupu z nulté fáze do fáze první, kdy se již dotyčný stává řádným členem komunity a získává tak ve společenství větší zodpovědnost a kompetence. Interakční skupina slouží k vyřikávání si problémů ve společenství, klienti se učí říkat věci napřímo a vhodným způsobem. Tvorba podskupin, zatajování a řešení témat za zády či mimo terapeutický dosah komplikuje ozdravný proces, atmosféru, soudržnost a důvěru ve skupině. Dynamická skupina představuje prostor, ve kterém klient žádá ostatní členy o možnost sdílení tématu, který ho momentálně trápí nebo jej vnímá jako důležitý ke zpracování pro další posun v léčbě, zatímco ostatní mu poskytují zpětnou vazbu. Tematická skupina prověřuje schopnost člena připravit si sám pojednání zhruba na hodinu na jím vybrané téma a odpovídat na případné dotazy. Analytická skupina obvykle slouží k vyhodnocení nežádoucího chování člena, bývá tomu tak v případě nahromadění

⁷⁰ Srov. PRAŠKO, J. *Poruchy osobnosti*, s.100.

⁷¹ Srov. YALOM, I. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*, s. 228–229.

⁷² MAGDALENA o.p.s. *Služby pro závislé*. [online]. 2022, [cit. 2022-03-18]. Dostupné na WWW: <<https://magdalena-ops.cz>>.

sankcí (bodů) za nesplněné úkoly či nedodržování pravidel. Hodnotící skupina probíhá každý pátek a neděli, klient během ní hodnotí uplynulé období, jak se mu daří v terapii, jaké má vztahy s ostatními, co prožil, dokázal překonat, s čím se naopak potýkal, jak zvládá abstinenci (chutě) apod. Hodnotící skupina je v kratší formě také součástí každodenního setkávání členů tzv. ranní komunity, kde každý člen krátce shrne předchozí den, sdílí, jak spal a jakou má náladu a 2 – 3 předem vybraní členové hodnotí déle výše uvedené faktory. Důležitou součástí programu v komunitě je také keramika, arterapie a dramaterapie, které využívají neverbální techniky, jako je práce s tělem a vyjadřování emocí jinak než slovy a vyžadují otevření se, uvolnění a zbavení se falešného pocitu vlastní důležitosti. Mezi psychoedukativní skupinovou práci patří prevence relapsu, program připravený AA a NA, filmový klub či pastorece. Sportovní terapie probíhá v rozsáhlém areálu komunit, obvykle se do těchto aktivit zapojují i terapeuti. Program šéfa domu představuje samořídící skupinu, ve které klienti pod vedením svého šéfa řeší organizační záležitosti. Pro okamžité řešení náhle vzniklých problémů ve skupině či jako krizová intervence slouží mimořádná skupina, kterou si v případě nutnosti bouchne některý z členů a vyžaduje okamžité shromáždění celé komunity. Jakmile se blíží ukončení léčby, žádá klient o rekapitulační skupinu, během které ostatní detailně seznamuje s celým průběhem pobytu.

8.1.1 Rizika terapeutické komunity

Jedním z rizik při práci se skupinou v terapeutické komunitě (TK) je celková změna osobnosti, kterou klient ve společenství ostatních klientů podstupuje. Růžička uvádí, že má nádech téměř náboženské konverze, je bolestná a nebezpečná. Jedinec ztrácí svoji dosavadní identitu a jeho osobnostní struktura a ohraničení prochází kreativní dezintegrací, než dojde k integraci nové, která umožní růst. Britští zakladatelé TK Jones a Main byli přesvědčení, že utváření psychosociálního prostředí a změna jsou kauzálně spojeny. Navrhli prostředí TK tak, aby síť vztahů, vzorce interakce, pravidla, role a hodnoty v komunitě navodily pozitivní změny u jednotlivých účastníků, komunita „*vrací problém tam, odkud přišel*“, tj. do sítě interpersonálních vztahů. Problémy, které vznikly a udržovaly se v mezilidských vztazích, se mohou měnit „*ted' a tady*“ v přítomnosti, v terapeuticky působícím interpersonálním kontextu. Klient se očisťuje a odpoutává od problematické minulosti tak zásadně, že odvrhne staré „*Já*“, které zanikne, a rodí se nové Já, stává se novým člověkem. Zcela logicky z toho pramení mnoho úzkostí a obran, které klienta provází. Komunita ho v této změně podporuje a zpevňuje a dodává víru, že změna je možná a budoucnost otevřená.⁷³ Riziková může být také přílišná upjatost na společenství. Během pobytu prochází klient různými fázemi léčby a v poslední 3. fázi dochází k odpoutávání od komunity a postupnému zařazování se do společnosti. Klienti navštěvují rekvalifikační kurzy nebo si aktivně hledají zaměstnání, bydlí již odděleně od komunity ve vzdálenějších prostorách a pracují v 8 hodinových směnách, tedy zcela jiném režimu než nižší fáze. Ze strachu opuštění blízkých osob, se kterými klient přes rok v komunitě žil, si občas v závěru léčby člen namlouvá, že žádné přátele v TK nemá a snaží se od nich odpoutávat. V této závěrečné fázi dochází k velmi výrazné a někdy bolestné proměně klienta, klient přebírá zodpovědnost za svůj další život mimo TK, stává se příkladem a vzorem pro nižší fáze a velmi dobře si to uvědomuje.

⁷³ Srov. RŮŽIČKA, J. *Komunitní a skupinová psychoterapie v české perspektivě*, s. 45–46.

Dalším rizikovým faktorem pro ostatní členy je předčasné opuštění skupiny jiným členem. Mnoho skupinových terapeutů uvádí „*lavinový efekt*“, kdy tento akt odchodu strhává další. Správný vývoj skupiny vyžaduje stálost členů, několik předčasných ukončení léčby může zpomalit dozrávání skupiny o několik měsíců. Pokračování ve skupině je nezbytné, nezaručuje však automaticky úspěšnou terapii, přestože existují důkazy, že klienti, kteří léčbu dokončí, mají nejlepší výsledky.⁷⁴

Již během vstupních pohovorů nebo prvních setkání lze identifikovat některé charakteristiky klienta, které představují varovný signál. Jedná se o klienty s menšími dovednostmi a rysy potřebnými pro práci ve skupině, kteří nejvíce potřebují, co skupina nabízí. A právě tito klienti nejspíše selžou a léčbu předčasně ukončí. Patří sem snížený zájem o psychologické porozumění, nižší schopnost regulovat emoce, nižší motivace, reakce na úkor reflexe, méně pozitivních emocí, více hněvu a nenávisti, tendence k popírání, somatizace, užívání návykových látek, nižší socioekonomická vrstva, sociální neúspěšnost, nižší inteligence, neporozumění smyslu skupinové terapie, kulturní nesnášenlivost, nesympatie podle terapeutů.⁷⁵

8.2 Svépomocné skupiny

Svépomocné skupiny zdůrazňují sociální interakce typu „*tváří v tvář*“ a osobní odpovědnost členů. Často poskytují materiální výpomoc, stejně jako emocionální podporu a hlásají ideologii nebo hodnoty, prostřednictvím nichž mohou jejich členové získat zvýšený pocit osobní identity.⁷⁶

8.2.1 Anonymní alkoholici a Anonymní narkomané

Mezi nejvýznamnější svépomocné skupiny patří Anonymní alkoholici (AA) a Anonymní narkomané (NA). Přístup je založen nejen na anonymitě, ale také na dobrovolnosti, otevřenosti a především sdílení. Výrazným prvkem je otevření se vyšší moci – Bohu. Členové plní tzv. 12 kroků a posledním krokem je šíření osvěty a pomáhání závislým. Dalším přínosným faktorem je pocit, že člověk někam patří a někdo o něj má zájem. Pokud chce člen na setkání mluvit, představí se „*Adam, závislý*“ a skupina mu ihned odpoví „*Ahoj, Adame*“, poté Adam sdílí, co má na srdci, ale skupina na to nereaguje. Jakmile skončí, poděkuje skupině a skupina mu odpoví: „*Děkujeme, Adame*“, teprve pak mohou sdílet ostatní, jak to mají oni, ale nesmí dávat žádné nevyžádané rady. Díky tomu se závislý stává součástí nového společenství, je ostatními přijatý a mají společný cíl abstinovat. Členové si svou závislost neustále připomínají, pohlíží na ni jako na nemoc, ze které se uzdravují, mají tak pro sebe navzájem hlubší pochopení, povzbuzují se a ve skupině panuje důvěra.

⁷⁴ Srov. YALOM, I. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*, s. 230–231.

⁷⁵ Srov. YALOM, I. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*, s. 232.

⁷⁶ Srov. BÚTORA Martin, *Překročit svůj stín*, vydání 1., s. 33–34.

Dvanáct kroků AA a NA

1. Přiznání bezmocnosti a závislosti.
2. Víra ve vyšší moc.
3. Předání vůle a života do rukou Boha.
4. Morální inventuru sebe sama.
5. Přiznání chyb.
6. Otevřenost k tomu, aby Bůh odstranil moje charakterové vady.
7. Prosba o odstranění nedostatků.
8. Seznam lidí, kterým jsme ublížili, ochota jim vše vynahradit.
9. Náprava mých přečinů vůči poškozeným.
10. Pokračování v osobní inventuře.
11. Modlitby a meditace pro vědomý kontakt s Bohem.
12. Předávání poselství ostatním závislým.⁷⁷

Mezi dvanáct tradic AA a NA patří přesvědčení, že svoboda je výsledkem 12 kroků a svoboda skupiny je výsledkem jejich tradic. Dbá se na silné pouto mezi členy, které je silnější než síla, která by je dokázala rozdělit. Podmínkou pro členství je touha abstinovat a uznání konečné autority, kterou je Bůh. Anonymita je základní tradicí. Hnutí odmítá příspěvky z vnějších zdrojů, snaží se o soběstačnost, aby nebylo zatíženo problémy peněz a majetku.⁷⁸

Pomáhat závislým patřilo vždy k tradicím Salesiánského řádu, později se přidaly protestantské církve a jiná společenství, ze kterých se tento přístup přenesl do svépomocných hnutí AA a NA. „*K jejich doktríně patří teze o „nevyléčitelné, trvalé závislosti. Kdo byl jednou závislým, ať na alkoholu či drogách, nemůže být nikdy zdravým člověkem, ale pouze abstinujícím alkoholikem či toxikomanem a musí si své morální selhání stále připomínat (žít na kolenou), bojovat s tím a opírat se přitom o víru a příslušnost ke skupině AA či NA*“.⁷⁹

8.2.2 Rizika svépomocných skupin

Vážným problémem skupiny AA či NA je fakt, že na setkání mohou dorazit také intoxikovaní jedinci, kteří mohou působit negativně na dosud nestabilizované jedince. Závislí pod vlivem nemají možnost sdílet. V komunitách je povinnost během druhých a třetích fází navštívit 2x za pobyt setkání AA či NA, ale zároveň je při prevenci relapsu kladen maximální důraz na vyhýbání se lidem pod vlivem návykových látek. Některá setkání, např. v psychiatrických léčebnách, však probíhají pouze mezi „čistými“ členy.

Činnost a přístup svépomocných a podpůrných skupin (SPS) dodává sociální práci impulzy a energii, ale neměly by být prezentovány jako plnohodnotná náhrada profesionální pomoci. Ohrožující je odmítaná, chybějící finanční podpora ze strany samospráv a státu. Vhodnější variantou je finanční podpora adresovaná „střešním“

⁷⁷ ANONYMNÍ NARKOMANÉ Program NA, Dvanáct kroků NA [online]. [cit. 2022-04-07]. Dostupné na WWW: <https://anonymni-narkomani-cz9.webnode.cz/program-na/>.

⁷⁸ Srov. ANONYMNÍ NARKOMANÉ Program NA, Dvanáct kroků NA [online]. [cit. 2022-04-07]. Dostupné na WWW: <https://anonymni-narkomani-cz9.webnode.cz/program-na/>.

⁷⁹ Srov. KALINA, K. *Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog*, In: KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti I.*, s. 80.

organizacím, které by plnily funkci informační podpory směrem k odborné i laické veřejnosti i k existujícím či nově vznikajícím skupinám, pomáhání s řešením problémů nebo hledáním profesionálů ke spolupráci a doporučení vhodné skupiny zájemcům o službu. Inspirací ze sousedního Polska může být zřízení tzv. protialkoholického fondu financovaného 1–3 % z příjmů za prodej alkoholu (Bútora, 1991). Další možností je naturální podpora, která představuje poskytnutí prostor ke scházení bez nároku na finanční odměnu, dále inzerce a jiné možnosti propagace. Posledním výrazným rizikem je absence institucionální podpory, která je předpokladem plného využití potenciálu SPS a může se do určité míry překrývat s podporou finanční. Ta však nemusí směřovat jen do SPS, ale zaměřit se na rozvoj výuky a vzdělávání v dané oblasti. Institucionální zajištění může garantovat stát či samospráva prostřednictvím informačních center.⁸⁰

9 Význam skupiny pro její členy

Pokud mají členové pocit, že skupina reaguje na jejich potřeby, získávají uspokojení ze svých vztahů s ostatními členy a ze své účasti na skupinovém úkolu i tváří v tvář vnějšímu světu, je pravděpodobné, že ve skupině setrvají. „Čím důležitější je skupina pro její členy, tím účinnější bude. Setkání skupiny jako nejdůležitější událost týdne je ideální stav.“⁸¹

9.1 Role ve skupině

Nejčastěji zmiňovanými rolemi ve skupině jsou „vůdce“ ve smyslu schopnosti vedení skupiny nebo jako nejoblíbenější člen a „černá ovce“, kterou bývá člen nesympatický a odmítaný. Dále můžeme zmínit monopolistu (strhává pozornost na sebe), trpitele (žádá pomoc, ale zároveň ji odmítá), moralistu (má vždy pravdu), kvaziterapeuta (přebírá iniciativu), explodujícího (radí a jedná podle terapeuta), miláčka (budí něžné vztahy a ochranné postoje), obětího beránka (obrací se vůči němu potlačovaná agrese), šaška (baví ostatní na svůj účet) a také agresora, provokatéra, opozičníka, ochránce, kverulanta, zneuznaného, pedanta, strážce demokracie, samotáře, časoměřiče, malé děcko a svědce.⁸²

Členové skupiny si své role nenápadně rozdělují, obětího beránek, deviantní člen, vnitřní vůdce, to vše může představovat způsoby, jak se vyhnout přímému řešení problému. Například skupinový strážce (ochránce, kontrolor) může rozptylovat skupinu pokaždé, když se diskuze přiblíží k bolestivému tématu.⁸³

9.2 Role terapeuta a způsob vedení skupiny

Podle Kratochvíla se role terapeuta mohou v různých formách skupinové terapie lišit, nabízí však základní rozdělení: role aktivního vůdce, analytika, komentátora, moderátora a experta a autentické osoby.⁸⁴

⁸⁰ Srov. HEJZLAROVÁ, Eva. *Svépomocné skupiny*, s. 57.

⁸¹ Srov. YALOM, I. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*, s. 246.

⁸² Srov. KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*, s. 16–17.

⁸³ Srov. KUZNÍKOVÁ, I. *Pokročilé metody sociální práce se skupinami*, s. 78.

⁸⁴ Srov. KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*, s. 48–54.

Jakmile skupinový terapeut přijme odpovědnost za vedení skupiny, objeví se přenos. Problémem však není přenos vyvolat, ale zpracovat ho. Pro zpracování přenosu se nejčastěji užívá přístup testování reality nebo větší otevřenost terapeuta.⁸⁵

9.3 Terapeut očima klientů

Každý klient vnímá terapeuta jinak, dle svého osobnostního nastavení. Terapeut může představovat roli dospělé autority, rodiče, vůdce, nadčlověka a vševěda, tedy jakýsi štít proti existenciální úzkosti nebo naopak nepřítele, kterým bývá nedůvěryhodný a nepochopený terapeut, na kterého klienti útočí, např. muž-terapeut pracující se skupinou žen, které prošly incestem, ale také roli idola, jasnovidce či kouzelníka. Podle Yaloma už Freud zdůrazňoval, že členové skupiny si nepřejí být terapeutovi rovni, ale žízní po poslušnosti a podřízenosti.⁸⁶

9.4 Konflikty ve skupině

Bezprostřední asociace s konfliktem je negativní, představuje destrukci, hořkost, válku a násilí, přesto může po chvíli zamyšlení vyvolat v mysli i pozitivní asociace, jako je drama, vzrušení, změna nebo vývoj. Některé skupiny straní se konfliktu odráží terapeutovy tendence se agresí vyhnout. Konflikt však je nevyhnutelný a cenný, ale nesmí překročit toleranci jednotlivých členů a normy skupiny. Naučit se s ním účinně zacházet je důležitým krokem k individuálnímu zrání a emoční odolnosti.⁸⁷

10 Teoretické přístupy a techniky pro skupinovou práci

Mašát zdůrazňuje, že osobní přístup terapeuta k pojetí života a lidství ovlivňuje jeho přístup k ostatním včetně členů skupiny. Také životní filozofie terapeuta působí na to, jaký ze základních teoretických přístupů ke skupinové práci si vybere, zda psychoanalytický, behaviorální nebo humanisticko-existenciální. A konečně výběr teoretického základu ovlivní i techniky, které bude při vedení skupiny používat. Pokud zvolí psychoanalytický, zaměří se na zkoumání minulosti a práci s nevědomím. Pro behaviorální přístup je typické používání domácích úkolů, počítání a zaznamenávání výskytu určitého chování a pro humanisticko-existenciální používání techniky hraní rolí i aktivní naslouchání.⁸⁸

Základním úkolem vedoucího skupiny je identifikovat společný zájem členů. Důležité je vytvořit důvěrné vztahy, díky kterým členové pochopí, že se mohou navzájem od sebe „učit“ a „růst“ nejen poskytováním pomoci druhým, ale také jejím přijímáním, a že tyto dovednosti souvisí s jejich individuálními problémy mimo skupinu. Při skupinové práci se stává, že si pracovníci v začátcích příliš nevěří a jsou nejistí. Příčiny jejich strachu, ale také strachu u zkušených pracovníků spočívají v mylné představě plné zodpovědnosti za průběh skupinové práce. Avšak jejich

⁸⁵ Srov. YALOM, I. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*, s. 203.

⁸⁶ Srov. YALOM, I. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*, s. 205.

⁸⁷ Srov. YALOM, I. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*, s. 335.

⁸⁸ Srov. MAŠÁT, V. *Vybrané postupy sociální práce se skupinou*, s. 71.

odpovědnost spočívá v podílu na skupinové práci, zatímco poskytování vzájemné pomoci je úkolem samotných členů. Časté obavy pramení ze způsobu vedení skupiny a také z pocitu, že klientů je na jednoho pracovníka moc.⁸⁹

10.1 Speciální techniky pro vedení skupiny

V publikaci „*Vybrané postupy práce se skupinou*“ (Mašát 2012) nalezneme cvičení rozdělená do tří úrovní: budování důvěry, předvídání rizika a společná práce. Pro zapojení účastníků při prvním setkání může být vhodná hra „*Házej!*“, dále „*Vše se točí kolem jmen*“ nebo „*Vykřiknout jména*“. Prožitkově významné sebezpoznávací reflexe získá člověk například cvičeními „*Středověká ulička*“, „*Akvárium*“ nebo „*Neboj se, povedu tě!*“ Veselý prožitek může poskytnout cvičení „*Lžičkování*“ nebo „*Závod nafukovacích balonků*“.⁹⁰

Techniku sociálního statutu lze využít, pokud si přejeme zjistit, jak se klienti cítí a vnímá (zda jako hvězda, uznávaný, přezíraný či izolovaný), kam ve společnosti zařazuje sebe a kam ostatní osoby. Při práci se závislými je potřeba počítat s nízkým sebehodnocením, jsou přítomny obranné mechanismy a problémy v sociálním fungování. Pomocí „*Křivky života*“ získáme informace z průběhu klientova života. Jeho úkolem je nakreslit čáru života od narození po současnost a přerušovaně vyznačit 5 let s výhledem do budoucnosti. Období a krizové situace se zakreslí čarou od základní přímky směrem dolů, šťastné období naopak směrem nahoru. Přínosem techniky je hledání motivace a aktivace vnitřních zdrojů.⁹¹

Hodnotící škála nám pomůže zjistit, jak se klient v určitých situacích cítí a jak je zvládá. Uplatnění nalézá zvláště, pokud klient nedokáže otevřeně komunikovat nebo je vlivem závislosti emočně otupělý a označuje vše jako „*dobré*“. Používá se diferenciál od 0 do 10, přičemž 0 znamená nejhorší hodnocení a 10 nejlepší.⁹²

Technika motivačních rozhovorů posiluje vnitřní zdroje závislého, využívají se čtyři základní principy, kterými jsou empatie, rozpor, motivace a odpor.

Důvěru klienta si získáváme postupně, závislí klienti jsou nedůvěřiví a často paranoidně nastavení. Základem je navázání vztahu a získání důvěry. Aktivním nasloucháním dáváme klientům najevo, že nás jejich příběhy zajímají, doptáváme se na podrobnosti, povzbuzujeme je k dalšímu vyprávění, objasňujeme si detaily, parafrázujeme, reflektujeme, co jsme slyšeli a shrnujeme.⁹³

Závislý jedinec velmi ocení, že jej někdo dokáže vnímat tady a teď, nesoudí ho za minulost, ale naopak respektuje jeho osobnost, oceňuje úspěchy, kterých dosáhnul, podporuje ho a fandí, směřuje a pomáhá mu v překonávání překážek a dosažení vytyčených cílů, zjednodušeně řečeno záleží mu na něm a má ho rád. Pro pracovníka může být těžké přijmout, že klient nechce v určité chvíli svůj životní styl, vzorce chování ani postoj měnit, přesto není možné tlačit klienta do změny, kterou sám učinit nechce a pro kterou ještě nedozrál ten správný čas.

⁸⁹ Srov. KUZNÍKOVÁ, I. *Pokročilé metody sociální práce se skupinami*, s. 75–77.

⁹⁰ Srov. MAŠÁT, V. *Vybrané postupy sociální práce se skupinou*, s. 73–131.

⁹¹ Srov. KRÁLOVÁ, J. *Speciální techniky sociální práce*, s. 18–27.

⁹² Srov. KRÁLOVÁ, J. *Speciální techniky sociální práce*, s. 27–28.

⁹³ Srov. MATOUŠEK O. a kol., *Základy sociální práce*, s. 201–204.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

Cílem výzkumu je vyhodnotit význam jednotlivých skupinových prací, zjistit jejich důležitost a přínos v léčbě závislostí a zmapovat případná rizika, se kterými se klienti setkávají a mohou mít negativní dopad na uzdravující proces či jej zpomalovat a potvrdit či vyvrátit předem stanovené hypotézy.

2.1 Východiska výzkumu

Jedním z prostředků léčby osob závislých na návykových látkách je skupinová práce. Prostředí terapeutické komunity (TK) poskytuje možnost transformace osobnosti v bezpečném prostředí s pevně organizovanou strukturou a řádem. Zodpovědnost za léčbu je přenášena na samotného člena, důležitými faktory jsou otevřenost a důvěra. Hlavním zdrojem uzdravování je svépomoc mezi jednotlivými členy a systém odměňování. Jako terapeutický přístup je více uznáván demokratický než autoritativní. V TK probíhají v rámci pravidelných programových bloků skupinové práce zaměřené na jednotlivé dílčí procesy uzdravování závislostí, které tvoří nejen samotnou interakci ve skupině, ale také zpracovávání zážitků, zbavování se starých vzorců chování, osvojování nových návyků včetně pracovních, ale také práci s neverbálními projevy a edukaci.

„TK představuje plánované úsilí utvářet psychosociální prostředí tak, aby navodilo pozitivní změny u jednotlivých účastníků, ve víře, že utváření prostředí a změna jsou kauzálně spojeny.“⁹⁴

Mezi skupinové práce probíhající v terapeutické komunitě patří ranní komunita, dynamická skupina, interakční skupina, tematická skupina, životopisná skupina, prevence relapsu, pracovní terapie, sportovní terapie, program šéfa domu, hodnotící skupina, arterapie, keramika a dramaterapie. Výzkumnými otázkami jsem chtěla zjistit, které skupinové práce jsou podle klientů nejpřínosnější, co konkrétního jim přináší a které jsou podle nich nejzbytečnější a proč.

Psychoterapeutický léčebný proces v terapeutické komunitě zahrnuje *„naději, zapojení se do léčebného společenství, sebeotevření a sebeexploraci, altruismus – starost a péče o druhé, sociální učení, učení praxí (dodržováním pravidel, vykonáváním role), učení pozorováním a napodobováním druhých (pokročilejších klientů, terapeutů), náhled a korektivní emoční zkušenost, rozvoj individuální odpovědnosti, přijímání hodnot, podpora a rozvoj chování, které je alternativou k užívání drog.“⁹⁵*

Pro skupinovou práci v TK je důležitá schopnost otevřít se skupině, což většina závislých zpočátku s ohledem na svou minulost a prostředí, ve kterém se pohybovali, nedokáže. Tajnosti nebo řešení mimo skupinu narušují chod TK, vytvářejí napětí a ztěžují samotný léčebný proces nejen jednotlivci, ale celé skupině. Vytvořila jsem proto otázky zaměřené na schopnost a ochotu člena otevřít se skupině a zatajování informací. Otázka zaměřená na roli klienta ve skupině měla za cíl zjistit, zda má každá skupina svého *„vůdce, obětního beránka a šaška“*, i když pro srovnání a vyvozování

⁹⁴ KALINA, K. *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*, s. 18.

⁹⁵ Tamtéž, s. 201.

adekvátních závěrů v této oblasti by bylo důležité dotazovat se nejen člena, ale i ostatních členů skupiny, jak dotyčného vnímají z jejich pohledu. Na osobnostní růst a uzdravování jedince ve skupině působí svým jednáním i další členové, a proto mne zajímalo, zda si je klient vědom toho, jak moc je pro ostatní důležitý a zda je při zapojení se do skupin zohledněn i vědomý faktor aktivní účasti z jeho vlastní vůle.

Další otázky jsou zaměřené již na konkrétní dovednosti, které skupinová práce přinesla jejím členům, co se naučili, co vnímají jako ohrožující pro skupinu a jakou roli má podle nich terapeut ve skupině. Zvládli by členové léčbu sami nebo jsou přesvědčení, že bez skupinové práce by to nedokázali? Důvěřují léčbě, kterou právě podstupují? Těmito otázkami jsem chtěla ověřit, nakolik klienti vnímají, jak důležitá je jejich vlastní motivace a důvěra v léčbu a zda proces uzdravování chápou jako společný cíl, na kterém se podílejí všichni členové skupiny.

Tlak na změnu postojů a nezralého chování jedince, stejně jako osobní aktivní účast na léčbě, je pro závislého výzvou, která mu umožní růst. Dospět a dozrát, přijmout osobní zodpovědnost za změnu, je pro většinu členů považováno za poměrně náročný cíl.⁹⁶ Zlepšení sociálního fungování umožní závislému opět se zapojit do běžné společnosti, a proto se v závěru výzkumu dotazují, co ještě klienti potřebují k tomu, aby se cítili spokojení. Předpokládala jsem, že určité procento klientů by mohlo hledat odpuštění a smíření v touze zpracovat pocity viny ve víře a v osobním hledání cesty a vztahu k Bohu.

2.2 Stanovení předběžných hypotéz

- H1 – Více než 50 % klientů si přeje respektující, nedirektivní přístup ze strany terapeuta.
- H2 – Více než 75 % klientů si uvědomuje, že svým aktivním přístupem k léčbě pomáhají uzdravovat nejen sami sebe, ale také ostatní členy komunity, a z tohoto důvodu se do léčby vědomě zapojují.
- H3 – 90 % klientů by bez skupinové léčby nezvládlo abstinovat.

2.3 Metodika výzkumu a sběru dat

Pro výzkum „*Význam skupinové práce při léčbě závislostí a její rizika*“ jsem zvolila jako nástroj pro sběr dat dotazníkové šetření, které je jednou z metod kvantitativního výzkumu. Dotazníky byly předány klientům komunity Magdalena a doléčovacího centra Chrupa (DC) s komunitním programem osobně a klientům z komunity Advaita a White Light byly po domluvě zaslány kurýrní službou a po vyplnění mi byly doručeny zpět. Vzor dotazníku je součástí bakalářské práce označený jako Příloha III. Získaná data budou sloužit k podrobnému vyhodnocení významu jednotlivých skupinových prací v terapeutických komunitách v jejich přínosech či možných rizicích a vlivu na vypořádání se se sociálními dopady na uživatele. Výsledkem výzkumu bude zpracování odpovědí z dotazníkového šetření a následné zobrazení výsledků pomocí grafů. Předpokladem úspěšného výzkumu je vyhodnocení předem stanovených hypotéz zaměřených na konkrétní otázky týkající se skupinové práce, které šetřením buď vyvrátím nebo potvrdím.

⁹⁶ KALINA, K. *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*, s. 201–202.

K naplnění cíle výzkumu bakalářské práce jsem naplánovala dotazníkové šetření probíhající dle následujícího harmonogramu:

Příprava dotazníkového šetření: leden – únor 2022

Distribuce dotazníků: 23. 2. – 16. 4. 2022

Kontrola a zpracování údajů: 16. 4. – 25. 4. 2022

Analýza dat: duben 16. 4. – 25. 4. 2022

2.4 Výzkumné otázky

V dotazníku využívám otevřené, polouzavřené i uzavřené otázky, které jsou pro respondenty jednodušší, neboť si mohou sami vybrat některou z nabízených odpovědí. Odpovědi na uzavřené otázky ale mohou být vybírány nahodile a nemusí zcela přesně odrážet názor respondenta. Otevřené otázky naopak vyžadují vyjádření vlastního názoru či postoje. Odpovědi pak mohou být kreativnější, mohou vést dokonce účastníky výzkumu k zamyšlení, ale je zapotřebí určitých vyjadřovacích schopností respondentů. Požadavek uvést celé své jméno a věk může mít vliv na nepřesnost či nepravdivost odpovědí. Typy otázek jsem se snažila střídat, abych respondenty příliš neunavila a neodradila je od dokončení dotazníku. Využila jsem otázky zjišťující příčinu stavu, otázky zaměřené na intenzitu i specifikaci vlastního názoru. Tři otázky byly cíleně vytvořeny pro potvrzení či vyvrácení hypotéz. Předpokládala jsem vysokou návratnost dotazníků.

- Úvodní otázka je informační a má za cíl filtrovat respondenty podle věku a pohlaví.
- 2., 3. a 5. otázku jsem koncipovala jako otevřenou.
- 7., 10., 12., 15. a 18. otázka patří do Likertovy škály.
- 9. otázka je dichotomická.
- 1., 4., 6., 8., 13. 14., 16. a 17. otázka je filtrační polytomická výčtová.
- Pro potvrzení hypotéz byly vytvořeny otázky č. 14 (H1), dále otázka č. 12 (H2) a 15. otázka (H3).

2.5 Charakteristika výzkumného souboru

Jako výzkumný soubor jsem zvolila klienty terapeutických komunit a doléčovacího centra Chrpa, nejmladším dvěma respondentům bylo 22 let a nejstaršímu bylo 48 let. Všichni respondenti podstupují v současné době léčbu látkových závislostí, s tím, že klienti Chrpy mají navíc kromě závislostní poruchy diagnostikovanou také duální diagnózu, tedy trpí psychiatrickým onemocněním a zároveň se léčí ze závislosti. Všichni respondenti se nachází v intenzivním programu skupinové léčby s plánovanou dobou léčby cca 15 měsíců, u DC je tato doba maximálně 8 měsíců. Denně respondenti účastní skupinových programů a mezi jednotlivými klienty, stejně jako mezi klienty a vnějším okolím probíhají interakce, které jsou nejdůležitější součástí skupinové práce. Výzkumný soubor lze z uvedených důvodů považovat za reprezentativní vzorek.

Celkem bylo rozesláno 39 dotazníků s 18 otázkami. Dotazník vyplnilo všech 39 oslovených respondentů. Všechny dotazníky byly vyplněny, v jednom dotazníku chyběla vyplněná dvoustrana s otázkami 7 – 12 a dále ve 3 dotaznících chybělo uvedení věku respondenta a v jednom dotazníku klient nevyplnil první stranu, tedy otázky č. 1 – 3. Všechny dotazníky byly zařazeny ke zpracování. Výzkumný vzorek činil celkově 39 respondentů, z toho 12 žen a 27 mužů. Návratnost dotazníků činila 100%.

2.6 Dotazník

Význam skupinové práce v léčbě závislostí a její rizika

Nejprve jsem respondenty vyfiltrovala podle pohlaví a věku. Výzkumný vzorek tvořili více než z poloviny muži – 69 %, zatímco ženy tvořily 31 % výzkumného souboru. Tento fakt však nebyl předmětem mého výzkumu, mohu se pouze domnívat, že ženy mají vyšší motivaci k abstinenci, ať již z důvodu plánovaného, stávajícího nebo očekávaného mateřství. Průměrný věk respondentů činil 29,76 let s tím, že 3 respondenti věk nevyplnili.

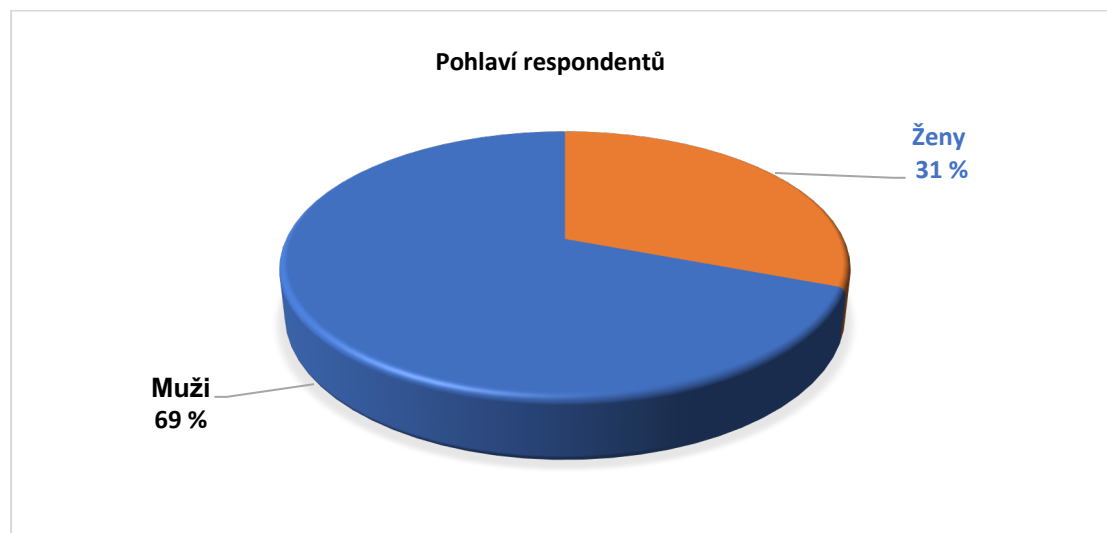
Celkový počet respondentů: 39

Ženy: 12

Muži: 27

Průměrný věk respondentů: 29,76 let

Graf 1: Pohlaví respondentů

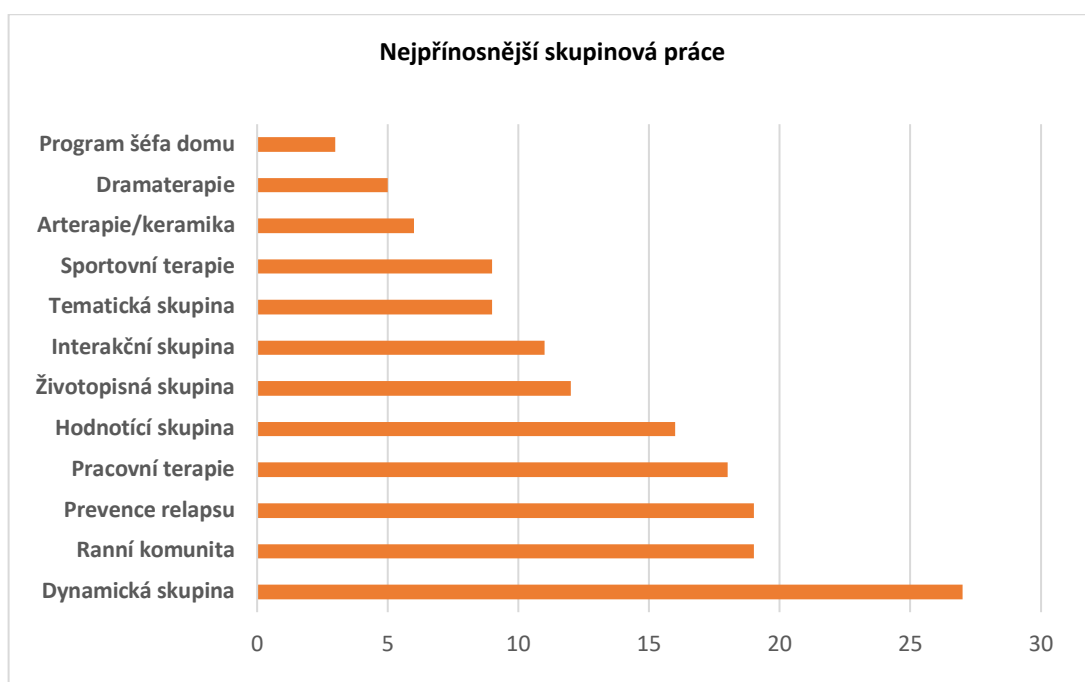


Zdroj: Vlastní šetření

1. Která skupinová práce je pro vás nejpřínosnější?

Respondenti mohli zaškrtnout více možností. Cílem této otázky bylo zjistit, kterou skupinovou práci považují za nejpřínosnější. Podrobnější informace k jednotlivým skupinám lze dohledat v kapitole 8.2. Skupinový program v terapeutické komunitě. Až pozdě jsem si uvědomila, že jsem měla rozdělit zvláště keramiku a arterapii, protože někteří mohli preferovat keramiku a arterapii považovat za nepřínosnou a druzí naopak. Arteterapie v léčbě závislosti nepředstavuje pouze malování a kreslení, ale především využití veškerých možných kreativních prostředků, materiálů a neverbálních technik, včetně vyjádření se tělem. Nejpřínosnější skupinovou prací byla 27 respondenty označena dynamická skupina. 19 respondentů označilo ranní komunitu a stejný počet prevenci relapsu. Pracovní terapii, která zabírá v celkovém programu všedního dne 3,5 hodiny (Příloha IV.), vybralo 18 respondentů, zatímco interakční skupinu, kde se otevřeně vyřikávají problémy a jejím cílem je tzv. „pročistit vzduch“ označilo jen 11 respondentů. 16 respondentů zaškrtnulo hodnotící skupinu, během které klienti shrnují každý sám za sebe uplynulý týden. 12 klientů zdůraznilo přínosy životopisné skupiny a 9 skupiny tematické. Sportovní terapii vybralo 9 klientů. Arterapie/keramika měla ve výzkumném souboru 6 příznivců a dramaterapie nakonec pouze 5. Jako nejméně přínosný se ukázal program šéfa domu s počtem 3 hlasů.

Graf 2: Nejpřínosnější skupinová práce



Zdroj: Vlastní šetření

2. Z jakého důvodu?

Respondenti měli vysvětlit, z jakých konkrétních důvodů považují uvedené skupinové práce za nejpřínosnější. Interakční a dynamická skupina, stejně jako ranní komunita jsou programy vyžadující klientovu otevřenost, pozornost a interakci s ostatními. Také v arteterapii nebo dramaterapii zažívají klienti často náročné situace, přestože by se mohlo zdát, že se jedná o zdánlivě relaxační program. Zajímalo mne, zda si respondenti uvědomují význam jednotlivých skupin a přistupují tak k léčbě s plným nasazením. Ideálním výsledkem by bylo zjištění, že klient v rámci léčby vědomě podstupuje náročné skupiny, protože chápe jejich důležitost a zároveň rozumí struktuře programu a umí si užít i volnější programy. Jsem si vědoma, že preference klientů nelze v jednom okamžiku dost dobře srovnávat, neboť priority a schopnosti klientů se mění v návaznosti na délku strávené v léčbě.

Nejčastějším důvodem k označení nejpřínosnější práce bylo poznávání druhých členů, sdílení a sblížení se se skupinou (16 respondentů), dále přijímání názorů druhých a učení se od ostatních (14 respondentů) a získávání nových poznatků a dovedností (12 respondentů). 10 členů se díky skupinové práci dokáže na sebe dívat novým pohledem a zamýšlet se nad svým jednáním. 8 respondentů nyní dokáže řešit své problémy a dovednosti a informace pro zvládnání krizových situací vyzdvihuje 5 respondentů. 4x označili respondenti získávání pracovních návyků a schopnost vyznat se sám v sobě. Přímá komunikace je důležitá pro 3 členy. 2x byla uvedena rekapitulace událostí, baví mě to, všechny skupiny jsou důležité a odreagování. 1x zlepšení vztahů s rodinou, přijímání kritiky, postavení se na vlastní nohy, fyzická kondice a být čitelný pro ostatní. 3 členové vnímají jimi označené skupinové práce jako přínosné, ale nedokáží specifikovat proč. 1x nebyla uvedena žádná odpověď.

Graf 3: Důvod k označení nejpřínosnější skupinové práce

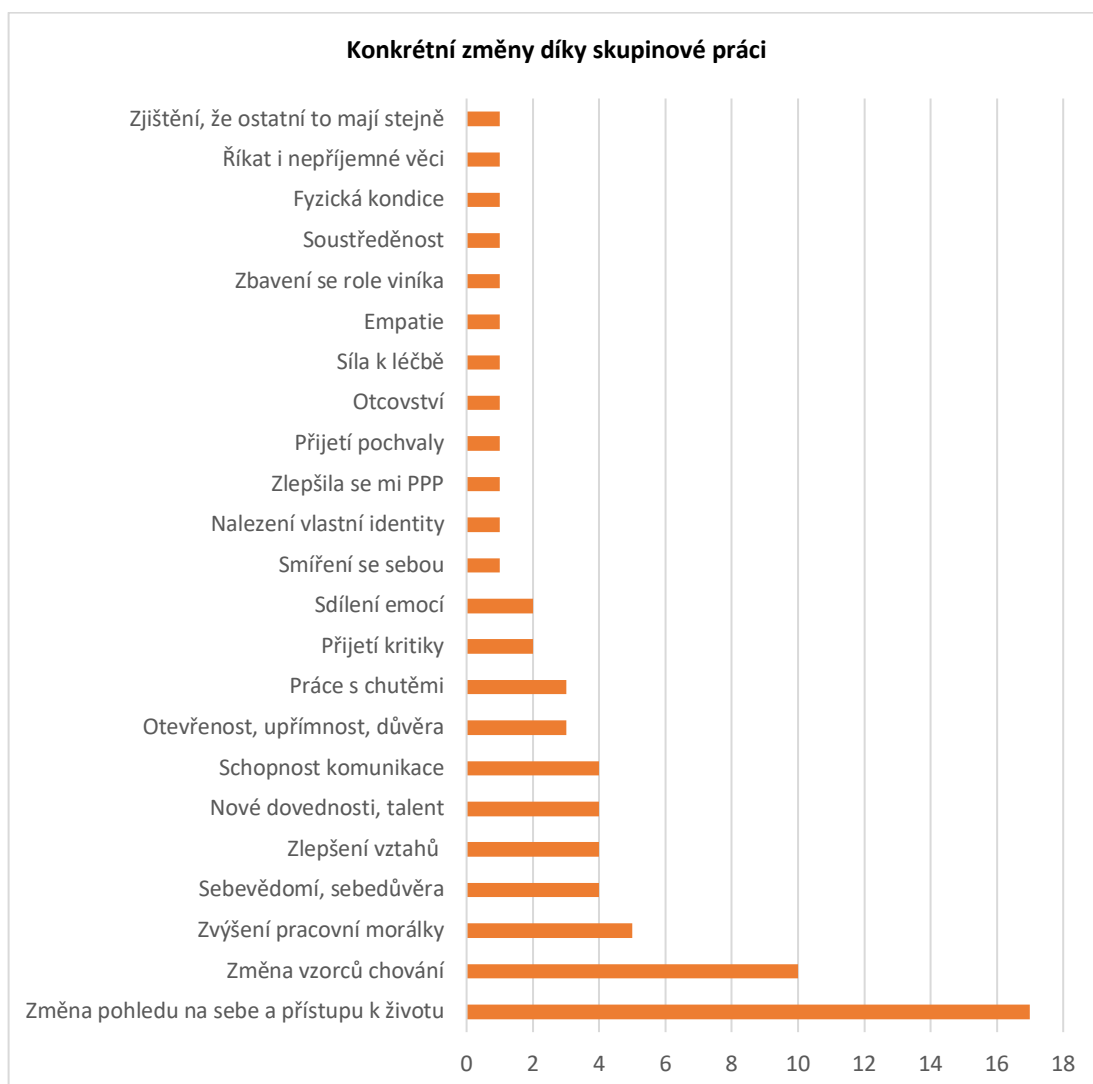


Zdroj: Vlastní šetření

3. Co konkrétně se vám podařilo výše uvedenou skupinovou prací na sobě změnit?

Cílem této otázky bylo zjistit, jak si umí respondenti spojit význam vybrané skupinové práce s tím, čeho během léčby již dosáhli. 17x uvedli jako nejdůležitější změnu pohledu na sebe sama a život, dále 10x změnu navykých vzorců chování, 5x zvýšení pracovní morálky, 4x zvýšení sebevědomí a sebedůvěry, zlepšení vztahů, získání nových dovedností či objevení talentu a schopnost komunikace. Otevřenost, upřímnost, důvěru a práci s chutěmi uvedli 3 respondenti, 2x pak přijetí kritiky a sdílení emocí. 1x respondenti uvedl smíření se se sebou, nalezení síly k léčbě, nalezení vlastní identity, zlepšení poruchy příjmu potravy, přijetí pochvaly, otcovství, zbavení se role viníka, soustředěnost, fyzickou kondici, zjištění, že ostatní to mají stejně, psychickou stabilitu a schopnost říkat otevřeně nepříjemné věci. 2x nebyla odpověď na otázku vyplněná.

Graf 4: Konkrétní změny díky skupinové práci

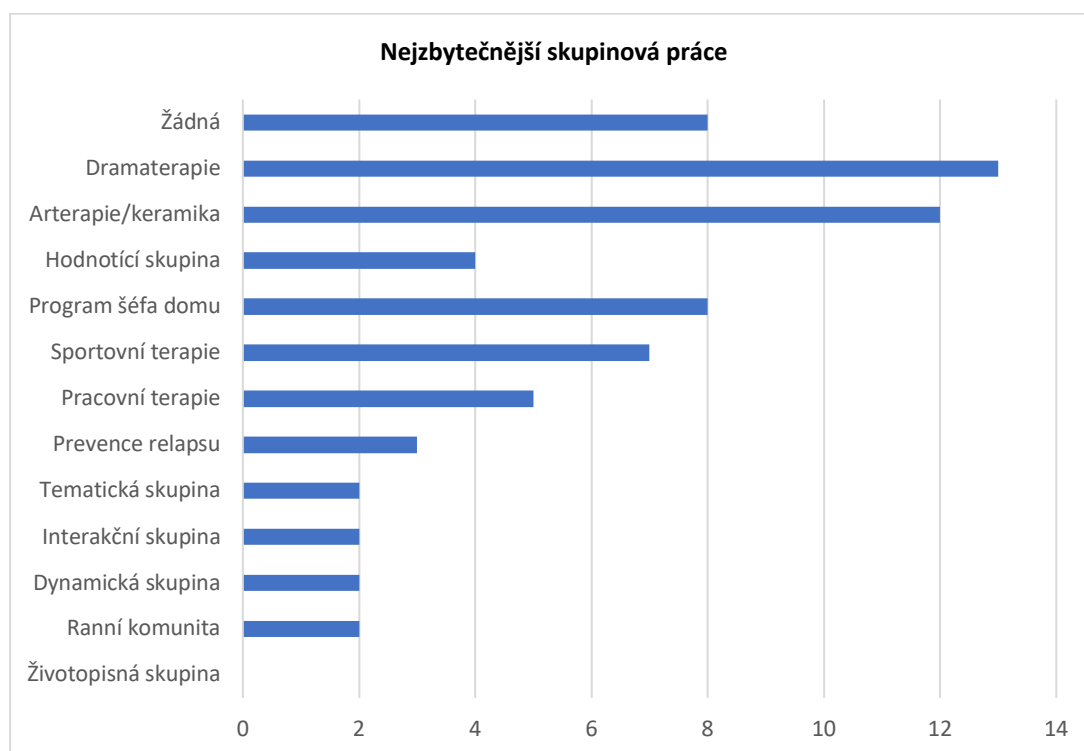


Zdroj: Vlastní šetření

4. Která skupinová práce je podle vás nejzbytečnější?

Respondenti mohli zaškrtnout více možností. Mezi nejzbytečnější skupinovou práci podle klientů patří arterapie (12x) a dramaterapie (13x). 8 respondentů označilo v dotazníku, že žádná z uvedených skupinových prací není zbytečná. Program šéfa domu byl respondenty označen 8x. Překvapením pro mne bylo, že 2x byla označena skupina dynamická, interakční a ranní komunita a 3x dokonce prevence relapsu. 2x byla vybrána tematická skupina. Hodnotící skupinu označili 4 respondenti, 7 případů zbytečná sportovní terapie a 5 klientů by se rádo vyhnulo pracovní terapii. Životopisná skupina připadala důležitá všem, nikdo ji jako nejzbytečnější nezaškrtnul. Do grafu jsem oproti dotazníku přidala hodnotu „žádná“.

Graf 5: Nejzbytečnější skupinová práce



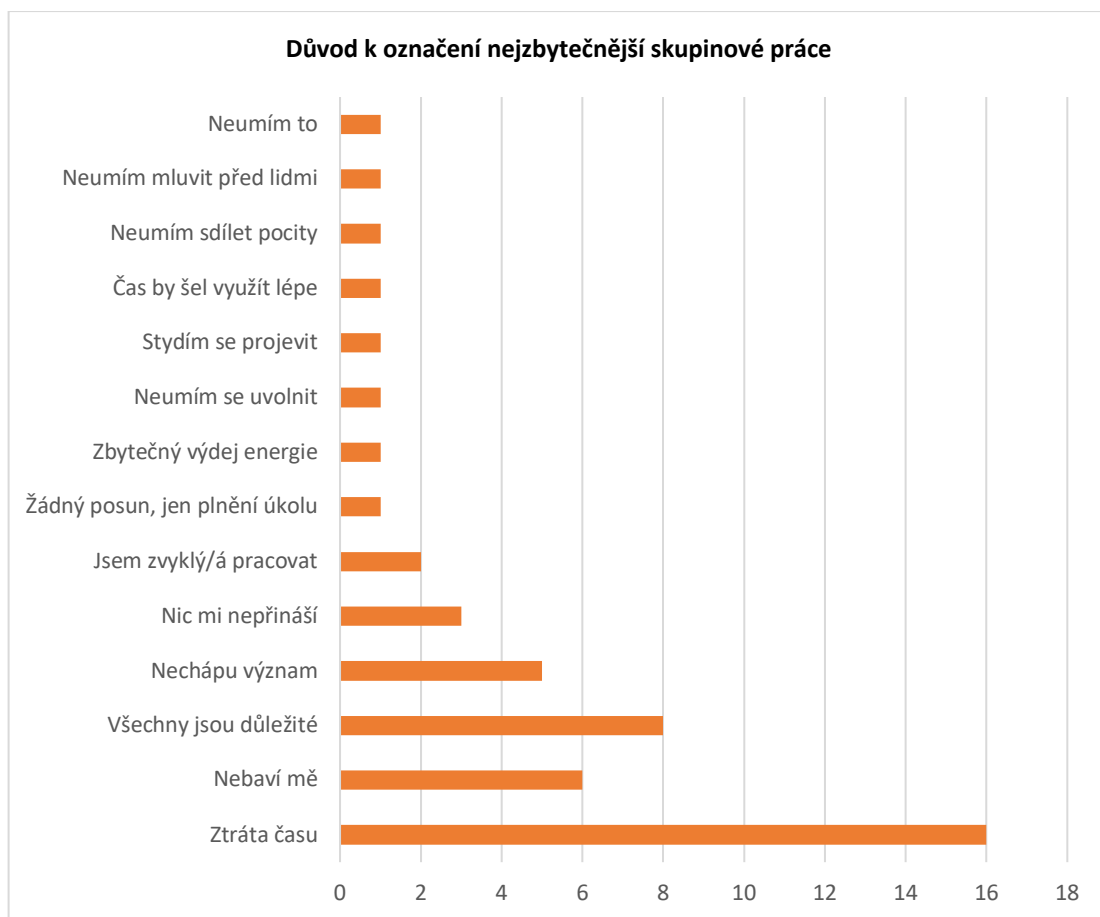
Zdroj: Vlastní šetření

5. Z jakého důvodu?

V této části dotazníku měli respondenti vysvětlit, z jakých důvodů považují uvedené skupinové práce za nejzbytečnější. Předpokladem by mohla být nedostatečná motivace k léčbě, „rozkoukávání se v komunitě“ nebo osobnostní nastavení a nevěle či odpor k některým činnostem. V TK bývá často v nemilosti dramaterapie (z pocitu domnělého se ztrapňování a studu) a arterapie. Od klientů v léčbě je očekávána vlastní vysoká motivace, která je základním předpokladem k přijetí do léčby.

16x byl uveden důvod ztráta času, 6x postoj nebaví mě to. 8 klientů uvedlo, že všechny skupinové práce jsou důležité, 5 klientů nechápe jejich význam a 3 klienti tvrdí, že jim nic nepřináší. 2 klienti uvedli, že pracovní terapii nepotřebují, protože jsou zvyklí pracovat. Další důvody označené vždy 1x byly neumím se uvolnit, stydím se projevit, čas by šel využít lépe, neumím sdílet pocity, neumím mluvit před lidmi a neumím to. 3 klienti na otázku neodpověděli.

Graf 6: Důvod k označení nejzbytečnější skupinové práce



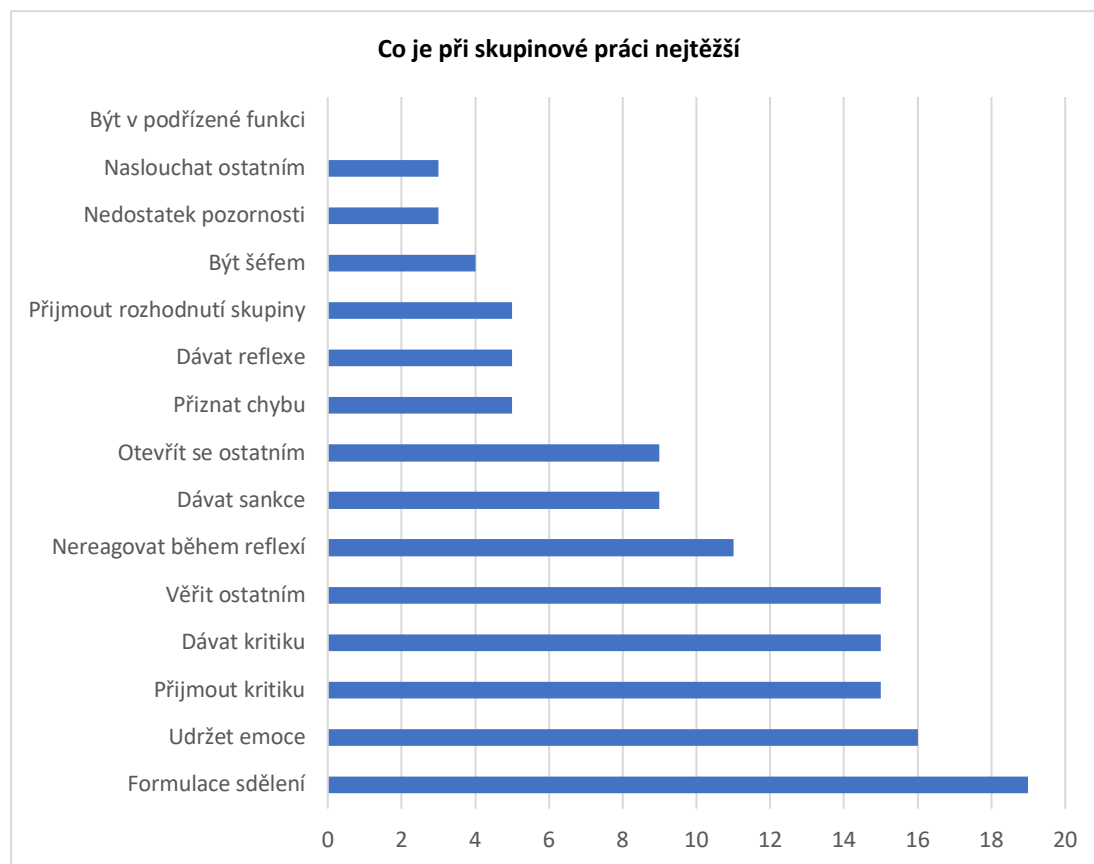
Zdroj: Vlastní šetření

6. Co je pro vás při skupinové práci nejtěžší?

Respondenti mohli zaškrtnout více možností a označit, kterou skupinovou práci považují za nejtěžší. Přiznat své slabší stránky, mluvit o nich ve skupině a zároveň čerpat zkušenosti od ostatních, je pro klienty významným faktorem, který vypovídá o schopnosti uzdravit se ze závislosti. V mém výzkumu nezohledňuji faktor délky léčby, i když je zřejmé, že čím déle klient v léčbě je, tím větší pokroky na sobě dělá, „roste“ nejen ve smyslu práce na sobě, ale lépe dokáže měnit své návyky a staré vzorce. Činnosti, které na počátku léčby nezvládal a stresovaly jej, dokáže s narůstající délkou pobytu snáze vykonávat.

19x vybrali respondenti schopnost formulovat svá sdělení, 16x udržení emocí, 15x přijmout kritiku nebo dávat kritiku, 15x věřit ostatním. Naučit se nereagovat na reflexe ostatních a poslechnout si jejich názor bývá pro klienty zprvu náročné, a bylo označeno celkem 11x. Dávat sankce (body) bylo zaškrtnuto 9x a přiznat chybu 5x, stejně jako dávat reflexe a přijmout rozhodnutí skupiny. Být šéfem jako nejtěžší úkon vybrali 4 respondenti, nedostatek pozornosti 3 a naslouchat ostatním také 3. Žádný z klientů oproti mému očekávání neoznačil jako nejtěžší faktor být v podřízené funkci, přestože z praxe vím, že pro některé klienty je právě poslouchat příkazy jiného klienta velmi náročné a bývá příčinou mnohých neshod ve skupině.

Graf 7: Co je při skupinové práci nejtěžší



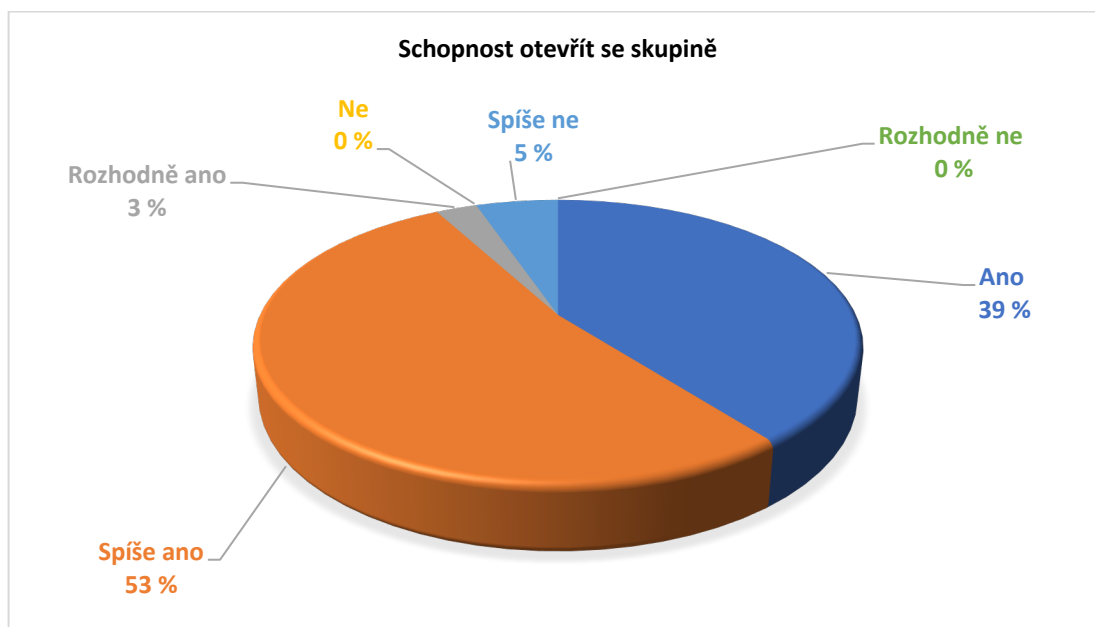
Zdroj: Vlastní šetření

7. Dokážete se otevřít ostatním ve skupině a sdílet upřímně svá témata?

Schopnost a touha otevřít se skupině se svými tématy je pro léčbu velmi důležitá, jen tak může docházet k cenné interakci mezi členy a k budování vztahů založených na důvěře. Upřímné sdílení znamená pro klienta získání zpětné vazby a reflexí na své jednání od ostatních, porovnání zkušeností a zhodnocení vlastních postojů. Klient se pak dokáže lépe zamyslet nad sebou a svým problémem z více úhlů, může porovnat svůj příběh s příběhy ostatních, čerpat z jejich zkušeností a hledat u nich inspiraci.

„Rozhodně ano“ označil 1 klient, „spíše ano“ označilo 20 respondentů a „ano“ bylo označeno 15 klienty. Pouze 2 klienti přiznali, že se skupině otevřít spíše nedokáží. 1 klient otázku nevyplnil. Celkem 95 % respondentů otevřeně sdílí svá témata.

Graf 8: Schopnost otevřít se skupině



Zdroj: Vlastní šetření

8. Jakou si myslíte, že máte roli ve skupině?

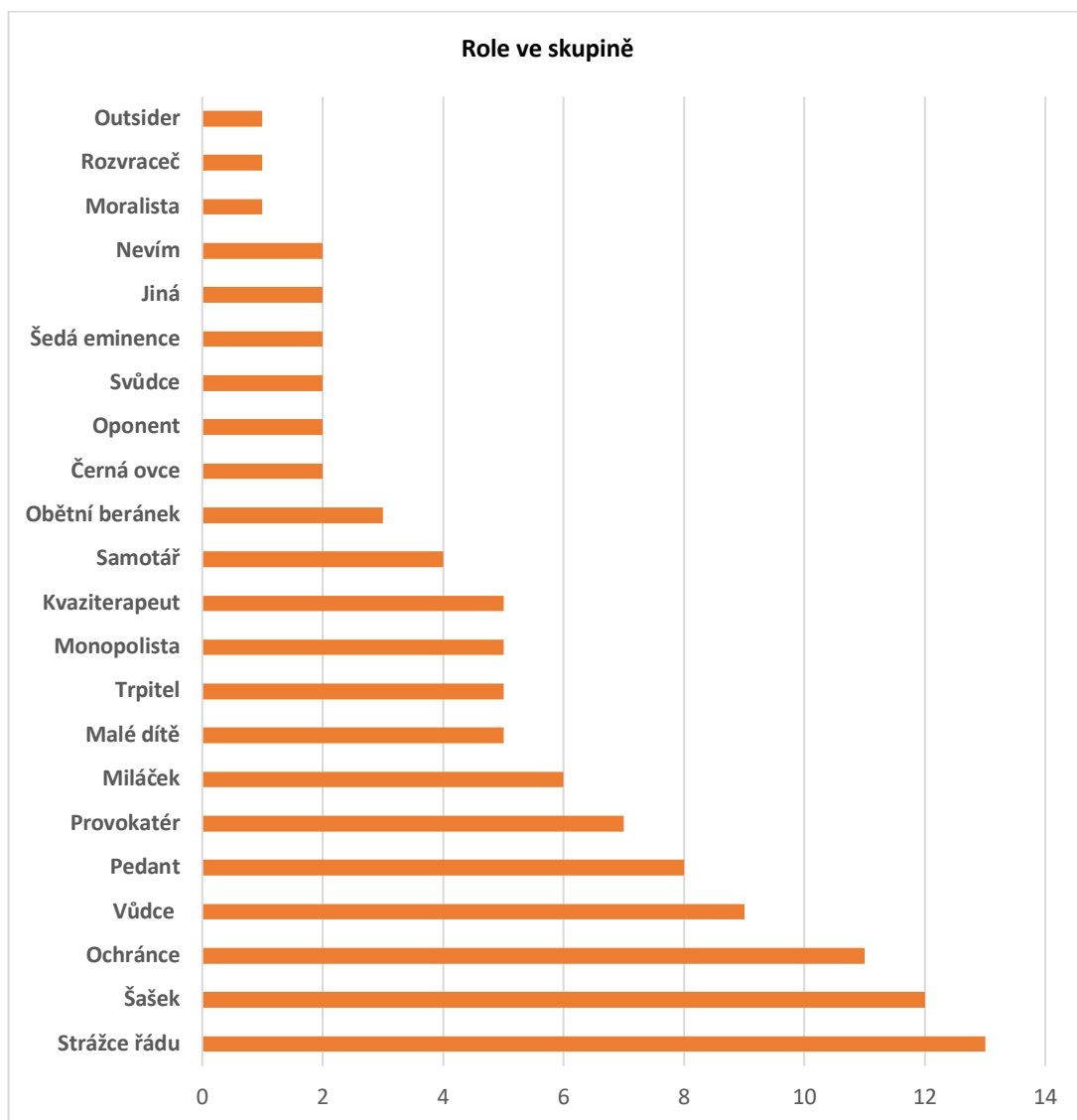
Klient zaujímá ve skupině svou jedinečnou roli a je možné že si své postavení neuvědomuje, dokud jeho roli ve skupině někdo neosloví. Všechny role jsou ve skupině důležité, ukazují, jak klient přistupuje ke vztahům s ostatními, jak se choval „venku“, co druhým dává, co od nich očekává a zda je pro ostatní čitelný. Poznání své role ve skupině přináší reflektování sebe sama i možnosti pracovat na vztazích s druhými lidmi.

Nejvíce respondentů se domnívá, že ve skupině působí jako strážce řádu (13), 12 si myslí, že mají úlohu šaška, 11 respondentů se považuje za ochránce a 9 z nich se považuje za vůdce. 8 se označilo jako pedant, který důsledně až úzkostlivě dbá na dodržování řádu, pečlivost a pořádnost. 5 se cítí jako malé dítě či kvaziterapeut, 4 se vnímají jako samotáři a 2 respondenti dokáží zařídit, aby za ně dělal práci někdo jiný. Jako hvězda si nepřipadá žádný respondent, ale 6 se považuje za miláčka skupiny. 7 respondentů se chovají jako provokatéři a 5 se považuje za trpitele. Respondenti mohli zaškrtnout více možností, a tak například jeden respondent označil sám sebe za vůdce, ale také za šaška i trpitele. Za obětního beránka se považují 3 klienti, za černou ovci 2, další 2 klienti se považují za oponenty či svůdce. 2 respondenti nevěděli, jakou roli ve skupině zaujímají a 2 vybrali možnost „jiná“. 1x označili klienti roli moralista, rozvraceč a outsider.

Klienti mohli vybírat z následujících rolí (Kratochvíl 2001, Kuzníková 2013), bližší informace k tématu uvádím v kapitole 9.1 Role ve skupině.

- Vůdce (mám schopnost vést skupinu)
- Hvězda (nejoblíbenější člen)
- Černá ovce (nesympatický, odmítaný člen)
- Obětní beránek (vždy se vše obrátí proti mně)
- Šašek (zlehčuji napětí ve skupině legráckami)
- Moralista (mám vždy pravdu)
- Oponent (vždy mám jiný názor)
- Trpitel (žádám o pomoc, ale zároveň ji odmítám)
- Monopolista (strhávám pozornost na sebe)
- Kvaziterapeut (přebírám iniciativu)
- Miláček (vzbuzuji ochranné postoje)
- Provokatér (provokuji ostatní)
- Ochránce (chráním slabší)
- Strážce řádu (záleží mi na dodržování řádu)
- Samotář (s nikým se nepotřebuji bavit)
- Pedant (dbám na pečlivost, řád a pořádnost)
- Malé dítě (potřebuji péči a ochranu)
- Svůdce (jsem sexy a ostatní to vědí)
- Rozvraceč (řeším věci radši mimo skupinu)
- Šedá eminence (umím si zařídit, aby za mě pracovali jiní)
- Outsider (nikdo mi nerozumí)

Graf 9: Role ve skupině



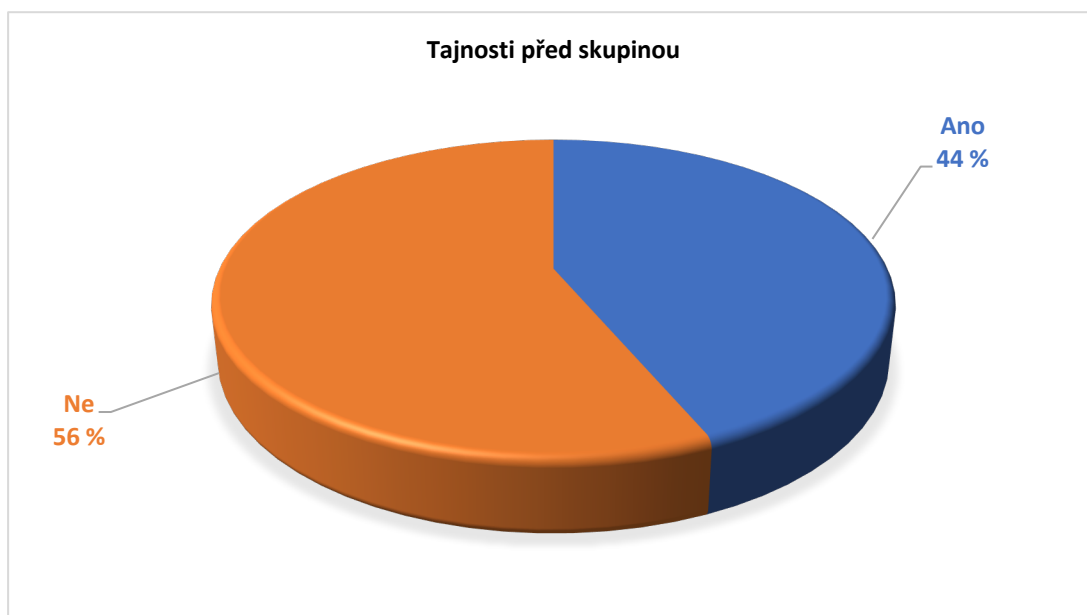
Zdroj: Vlastní šetření

9. Je něco, co před skupinou stále tajíte, bojíte se nebo o tom nechcete mluvit?

Zatajování ve skupině je závažný problém, díky kterému vzniká „druhý svět“, o kterém někteří další členové a terapeuti nevědí. To může být zdrojem problémů a napětí ve skupině, zpomalení ozdravného procesu jedince a celé skupiny a zároveň poukazovat na to, jak klienti řešili své problémy dříve. Řešení problémů mimo skupinu vnáší do skupiny napětí, nedůvěru a strach. Důvody k takovému jednání mohou být různé: stud, nedůvěra, obavy či postoj „už jsme si to vyříkali“.

Z výzkumu vyplývá, že 17 respondentů (44 %) z celkového počtu 39 něco před skupinou tají, to znamená, že jejich léčbu s největší pravděpodobností komplikují pocity úzkosti, napětí, viny, nesoustředěnost a nedůvěra. Pouze 22 klientů (56 %) nic netají. Přestože někteří respondenti vybrali v otázce č. 8 „Dokážete se otevřít ostatním ve skupině a sdílet upřímně svá témata“ odpověď „ano“, hned v následující otázce, zda něco skrývají či mají tajnosti před skupinou nebo o něčem nechtějí mluvit, zaškrtili také „ano“, čímž rozporovali předchozí odpověď. Odhalení tajností přináší vždy nedůvěru ze strany skupiny vůči jedinci i v samotné fungování skupiny. Z Magdaleny má před skupinou tajnosti 6 klientů a 5 jich je vůči ostatním otevřených, z Chrpy zatajují něco 3 klienti a 3 jsou otevření, z Advaity mají tajnosti 4 klienti a 7 jich je otevřených a z White Lightu něco tají 4 klienti a 7 jich je otevřených.

Graf 10: Tajnosti před skupinou



Zdroj: Vlastní šetření

Tabulka 1: Tajnosti před skupinou podle zařízení

Zařízení	Něco tají	Nic netají
White Light	4	7
Magdalena	6	5
Advaita	4	7
Chrpa	3	3
Celkem	17	22

Zdroj: Vlastní šetření

10. Myslíte si, že na vaše uzdravování a osobnostní růst mají vliv ostatní členové skupiny?

Cílem této otázky bylo zjistit, nakolik si jednotliví členové uvědomují, že jsou nedílnou součástí skupiny a uzdravují se nejen díky sobě, ale také díky interakcím s ostatními členy.

Z výzkumu vyplynulo, že si tento faktor uvědomuje 31 respondentů, z toho 20 odpovědělo „ano“ (54 %), 9 klientů „spíše ano“ (24 %) a 2 klienti „rozhodně ano“ (6 %). Pouze 4 klienti se domnívají, že nemají vliv na růst ostatních členů (11 %) a 2 se domnívají, že „spíše ne“ (5 %).

Graf 11: Vliv členů na růst a uzdravování jednotlivce



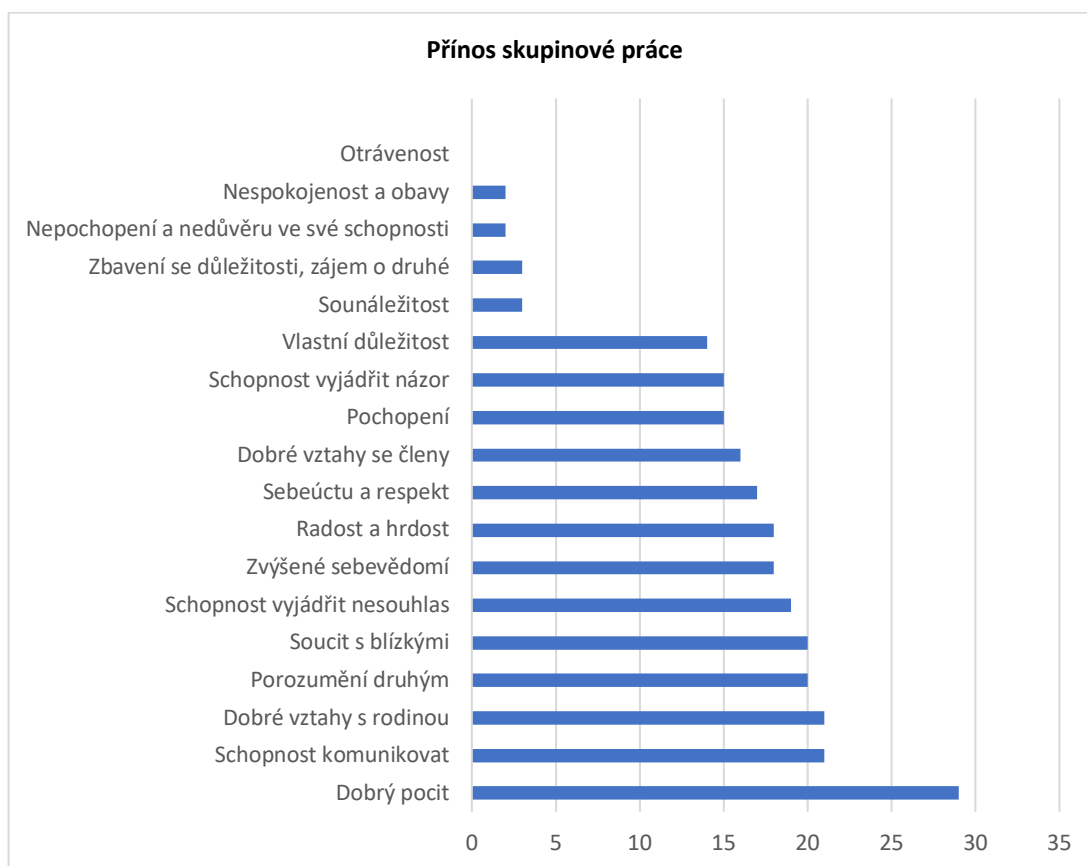
Zdroj: Vlastní šetření

11. Doplněte větu. Skupinová práce/terapie mi přinesla:

Respondenti mohli zaškrtnout více nabízených možností a vybrat, co konkrétního jim skupinová práce přinesla. Změna vzorců chování vyžaduje nejen motivaci, ale také chuť se v sobě trochu „porýpat“ a odvahu otevírat ve skupině i bolestná témata. Deitchův výrok, že „*Terapeutická komunita je místem naděje a víry v to, že se můžeme vědomě změnit,*“⁹⁷ jasně definuje postoj, který je vhodné v léčbě zaujmout.

29x označili respondenti možnost dobrý pocit, že konečně se závislostí něco dělám. 21x vybrali schopnost komunikovat, 21x přinesla skupinová práce dobré vztahy s rodinou, 20x porozumění druhým a soucit s blízkými, 19x schopnost vyjádřit nesouhlas, 18x zvýšené sebevědomí a také radost a hrdost na sebe, čeho jsem dosáhl/a, 17x sebeúctu a respekt, 16x dobré vztahy se členy skupiny, 15x byla označena možnost pochopení, proč jsem se stal/a závislým a schopnost vyjádřit svůj názor, 14x měla podle klientů skupinová práce vliv na jejich vlastní důležitost. Sounáležitost se skupinou, kterou se klient bojí opustit, zvolili 3 respondenti, stejně jako zbavení se důležitosti a nabytí schopnosti zajímat se o druhé. Nepochopení a nedůvěru ve vlastní schopnosti, stejně jako nespokojenost a obavy z budoucnosti vybrali 2 respondenti. Otrávenost, že musí klient absolvovat roční a delší terapeutickou léčbu neoznačil žádný respondent.

Graf 12: Přínos skupinové práce



Zdroj: Vlastní šetření

⁹⁷ KALINA, K. *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*, s. 124.

12. Zapojujete se aktivně do skupin/terapií, protože věříte, že tak uzdravíte nejen sebe, ale i ostatní členy?

Cílem této otázky bylo zjistit, zda aktivní zapojování se do skupin je pro respondenta samozřejmou a vědomou součástí léčby, neboť si uvědomuje, že svou aktivitou může pomoci ostatním. Pomáhání druhým uvádí Kratochvíl jako důležitý účinný faktor skupinové psychoterapie. Podle Yaloma „Většina toxikomanů věří, že pro ostatní nemají žádnou cenu. Tím, že pomohou druhým, se jejich sebehodnocení zlepší.“⁹⁸ Pravidlo „Ber a dávej“ uváděné ve všech TK po celém světě zjednodušeně říká: „Co do komunity vložíš, to z ní dostaneš“.⁹⁹ 38 respondentů se aktivně zapojuje, aby uzdravilo nejen sebe, ale i jiné členy, přičemž 20 z nich označilo jako možnost zapojování se „ano“, 17 respondentů „spíše ano“ a 1 respondent „rozhodně ano“. 1 klient odpověď na otázku neuvedl. Výsledek lze interpretovat, že 100 % respondentů se aktivně zapojuje do terapie i kvůli uzdravení ostatních.

Graf 13: Aktivní zapojení do terapie kvůli ostatním



Zdroj: Vlastní šetření

⁹⁸ Srov. KALINA, K. *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*, s. 158.

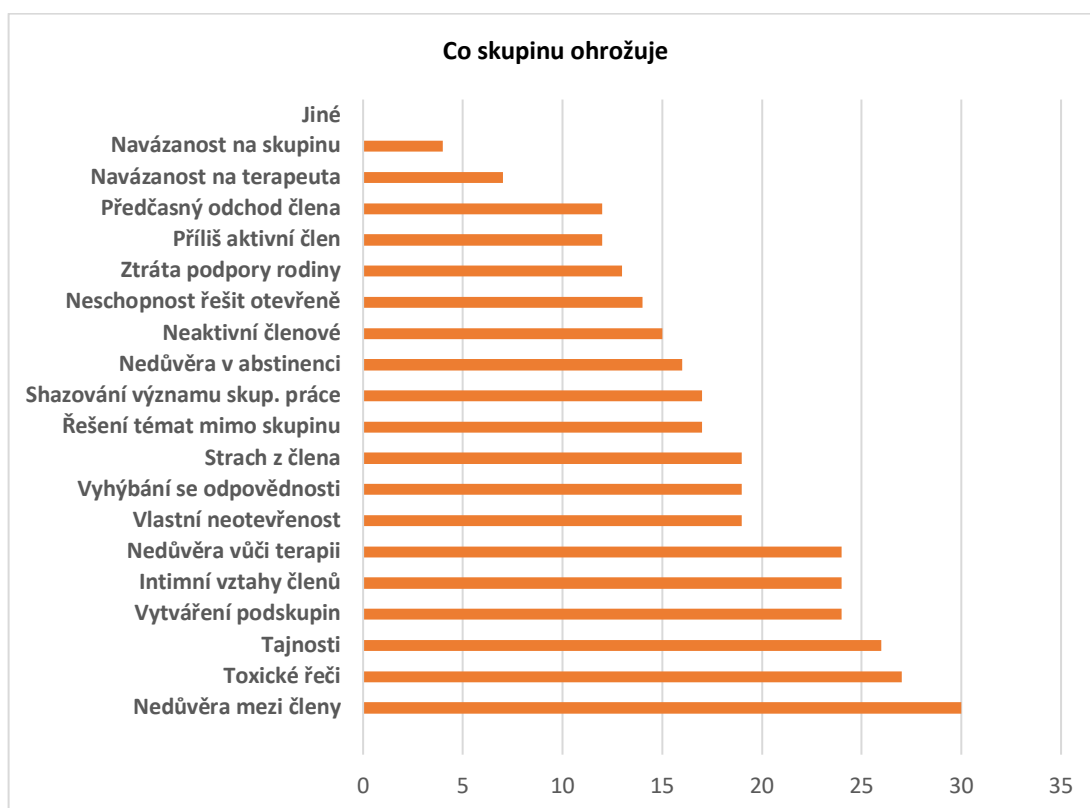
⁹⁹ Tamtéž, s. 96.

13. Co si myslíte, že je pro skupinu ohrožující?

Výzkumná otázka byla položena tak, aby bylo zjištěno, co vnímají jednotliví členové jako ohrožující a zda to odpovídá předpokladům a zkušenostem odborníků. Respondenti mohli zaškrtnout více možností. Podle Kratochvíla je ohrožují především tvorba podskupin¹⁰⁰ a dále neotevřenost, kritika pouze špatného, skrývání emocí, pomlouvání v nepřítomnosti (antiterapeutické normy), společná linie proti terapeutovi, (skupina skrývá tajemství),¹⁰¹ zatímco podle Yaloma výrazně naruší chod komunity předčasný odchod některého z členů.¹⁰²

30x byla označena možnost nedůvěra mezi členy, 27x respondenti vybrali toxické řeči, 26x byly vybrány tajnosti. Vytváření podskupin vybralo 24 klientů, stejně jako možnost vytváření intimních vztahů a nedůvěru vůči terapii. 19 respondentů vnímá jako ohrožující vlastní neotevřenost, vyhýbání se odpovědnosti a také strach z některého člena skupiny. Řešení témat mimo skupinu a shazování významu skupinové práce považuje za ohrožující 17 členů, nedůvěru v abstinenci 16. Neaktivní člen je pro skupinu ohrožující podle 15 respondentů, neschopnost řešit otevřeně vše ve skupině označilo 14 členů, ztrátu podpory rodiny 13. Příliš aktivní člen a předčasný odchod člena vybralo 12 respondentů a přílišnou navázanost na terapeuta 7, zatímco těsnou navázanost na skupinu 4 klienti. Žádný jiný důvod respondenti dle vlastního uvážení nevedli.

Graf 14: Co skupinu ohrožuje



Zdroj: Vlastní šetření

¹⁰⁰ Srov. KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*, s. 25.

¹⁰¹ Srov. KUZNÍKOVÁ, I. *Pokročilé metody sociální práce se skupinami*, s. 79.

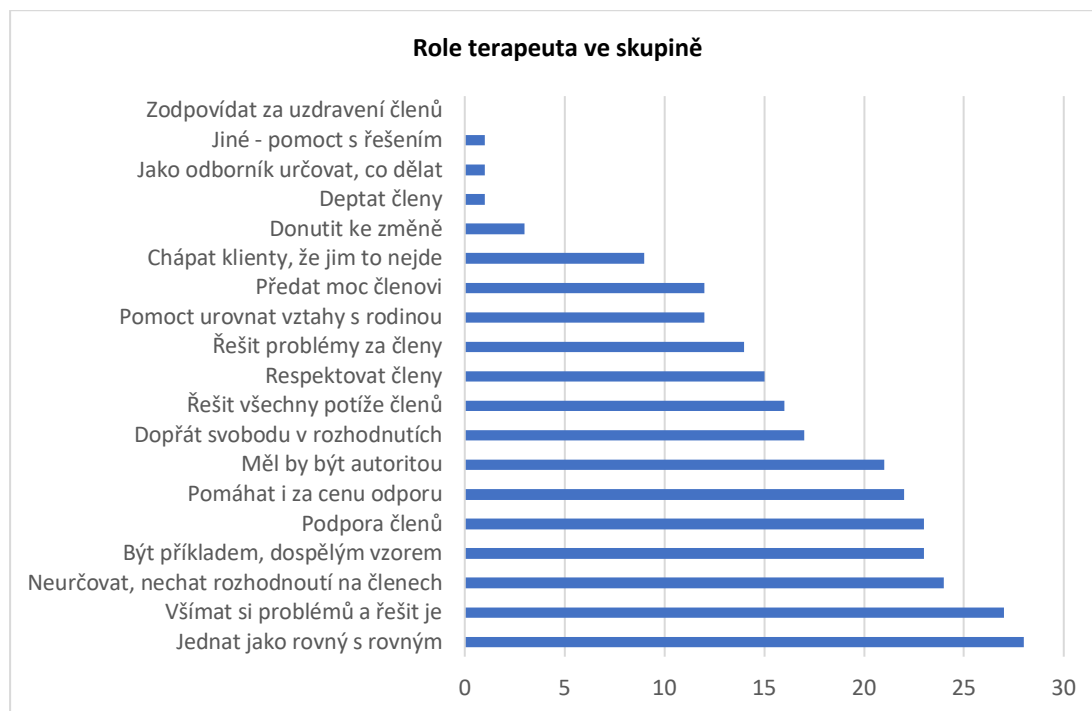
¹⁰² Srov. YALOM, I. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*, s. 230.

14. Jakou roli má podle vás terapeut ve skupině?

Role terapeuta způsobí, že se ve skupině objeví přenos, který je potřeba zpracovat. Klient zažívá vztah s člověkem, který jej motivuje k převzetí zodpovědnosti, hledá svůj dospělý vzor, se kterým by se mohl identifikovat. Podle Yaloma klienti doslova „žízňají po poslušnosti“, aby mohli být terapeutovi podřízeni.¹⁰³

28 respondentů si přeje, aby s nimi terapeut jednal jako rovný s rovným. Podle 27 by si měl všimnout problémů a řešit je, ale zároveň podle 24 respondentů neurčovat, co má člen dělat, ale nechat rozhodnutí na něm a pouze mu naznačit cestu. 23 klientů si představuje, že terapeut by měl být příkladem a dospělým vzorem a také že by měl podporovat členy. Podle 22 respondentů by měl pomáhat klientovi v odporu a ve 21 případech si klienti přejí, aby terapeut zaujímal roli autority. V 17 případech klienti vyžadují svobodu v rozhodování, ale zároveň 16 klientů očekává, že by měl řešit problémy za členy, když si sami nevědí rady. 15x bylo označeno respekt členů a 14x řešení problémů za členy, pokud problém neřeší oni sami. 12x byla zvolena možnost, že by měl terapeut pomoci klientovi urovnat vztahy s rodinou a 12x respondenti očekávali, že by jim měla být ze strany terapeuta předána moc do jejich rukou. 9 respondentů požaduje, aby terapeut chápal, že to měli těžké a měl by mít pro ně porozumění, proč v léčbě selhávají. 3 klienti vyžadují, aby byli přinuceni ke změně jejich životů, 1 člen se domnívá, že úkolem terapeuta je deprimovat členy skupiny, aby si uvědomili, že závislost je špatná, 1 respondent si přeje, aby mu terapeut jakožto odborník se zkušenostmi určoval, co má dělat a 1 respondent doplnil v možnosti „jiné“, že by mu terapeut měl pomoci s řešením. Žádný z klientů neoznačil možnost zodpovídat za uzdravení členů. 1 klient nevybral ani jednu z nabízených možností.

Graf 15: Role terapeuta ve skupině



Zdroj: Vlastní šetření

¹⁰³ Srov. YALOM, I. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*, s. 205.

15. Zvládl/a byste léčbu sám/a i bez skupinové práce/terapie?

Respondentům byla položena otázka s cílem zjistit, zda jsou přesvědčeni, že by se dokázali zbavit závislosti i bez skupinové práce. Klienti mají obvykle za sebou vícero pokusů o abstinenci a dokáží tedy zohlednit i vlastní předchozí zkušenost.

Pouze 4 klienti se domnívají, že by zvládli léčbu bez skupinové práce, z toho 2 respondenti označili „spíše ano“ a 2 „rozhodně ano“. 35 respondentů uvedlo, že by bez skupinové práce léčbu nezvládlo, z toho „rozhodně ne“ uvedlo 9 klientů, „spíše ne“ 14 a 12 respondentů zaškrtnulo „ne“. Výsledek výzkumu ukazuje, že 90 % respondentů je přesvědčeno, že bez skupinové terapie by abstinovat nedokázali a pouhých 10 % se domnívá, že by léčbu zvládli sami bez skupinové léčby.

Graf 16: Zvládnutí léčby bez skupinové terapie



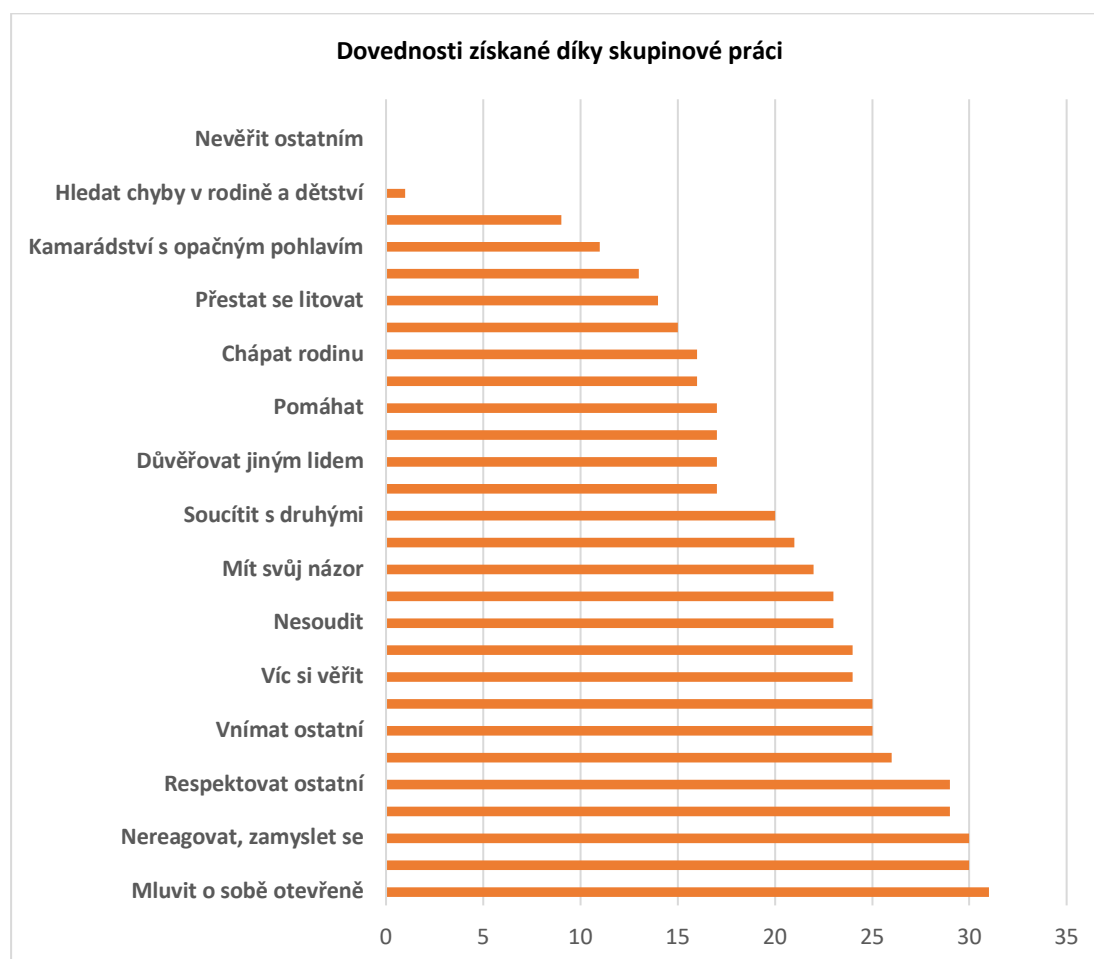
Zdroj: Vlastní šetření

16. Co si myslíte, že jste se díky skupinové práci naučil/a?

Respondenti mohli zaškrtnout více možností. Cílem této otázky bylo zjistit, jaké dovednosti si již během léčby osvojili a které by bez skupinové léčby bylo obtížné získat.

31 respondentů uvedlo, že se naučilo mluvit o sobě otevřeně, 30 jich dokáže převzít zodpovědnost a stejný počet se naučil nereagovat hned, ale zamyslet se nad tématem. 29 členů umí naslouchat druhým a respektovat ostatní, 26 dokáže sdílet emoce, 25 respondentů získalo dovednost vnímat ostatní a pochopit souvislosti. Víc si věřit a sdílet trápení uvedlo 24 členů, nesoudit a komunikovat 23. Mít svůj vlastní názor nyní zvládne 22 respondentů, 21 klientů pochopilo, že to mají podobně jako druzí, 20 jich umí soucítit s druhými lidmi. 17 respondentů vybralo hledání v příkladu druhých, důvěřovat jiným lidem, pracovat a pomáhat. 16 členů se naučilo mít kamarádské vztahy. 15 dokáže poznávat své hranice. 14 členů se přestalo litovat. 13 respondentů umí sdílet s rodinou, co je trápí. 11 zvládá kamarádské vztahy s opačným pohlavím. 9 klientů zůstává ostražitými a 1 hledá chyby v rodině a v dětství. Ani jeden z respondentů nevybralo možnost nesnášet ty, co mi ublížili a nevěřit ostatním.

Graf 17: Dovednosti získané díky skupinové práci



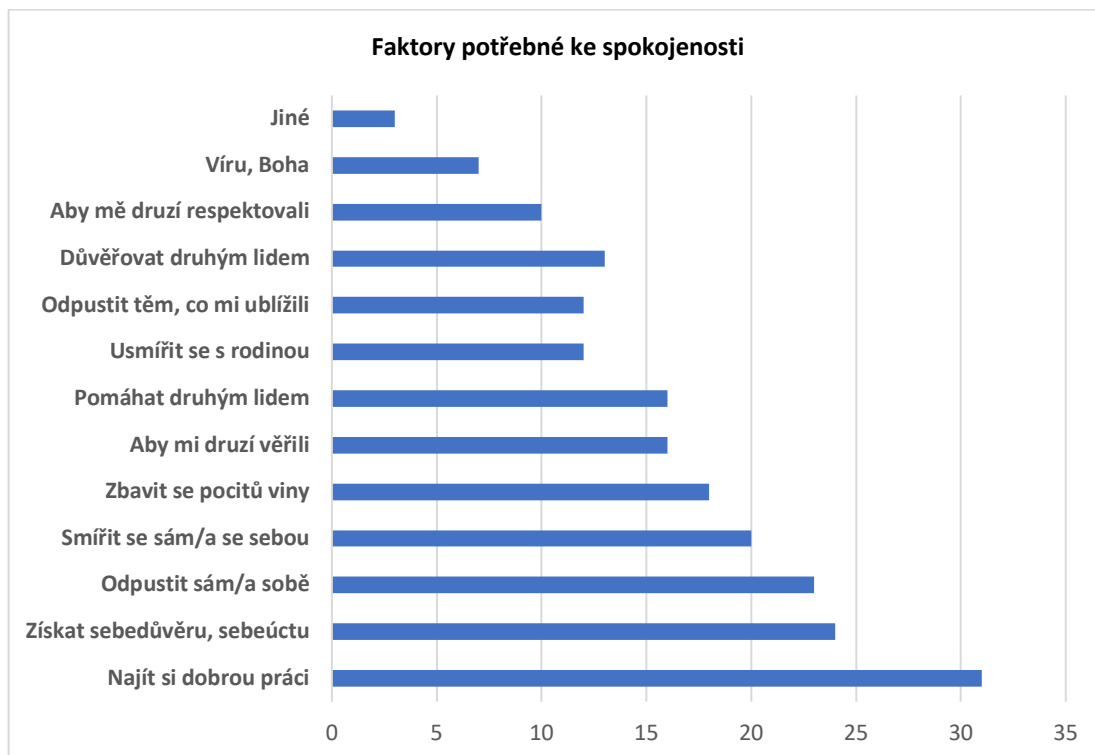
Zdroj: Vlastní šetření

17. Co ještě potřebujete k tomu, abyste byl/a spokojený/á?

Respondenti mohli zaškrtnout více možností. Záměrem bylo zjistit, jaké oblasti života klientů ještě nebyly naplněny, v čem vnímají rezervy, co by chtěli změnit, udělat nebo najít, na čem by chtěli ještě zapracovat, aby byli se sebou spokojeni.

Pro 31 z nich je důležité najít si dobrou práci, 24 označilo potřebným faktorem ke spokojenosti získání sebedůvěry a sebeúcty, 23 považuje za důležité odpustit sám/a sobě, 20 respondentů se chce smířit sám/a se sebou, 18 z nich tíží pocity viny, 16 členů si přeje, aby jim druzí věřili a zároveň stejný počet si přeje pomáhat druhým lidem. 12 klientů se chce usmířit s rodinou a odpustit těm, co jim ublížili, 13 se chce naučit důvěřovat druhým lidem a 10 respondentů vyžaduje, aby je druzí respektovali. Pouze pro 7 z nich je důležité, aby našli víru či navázali vztah s Bohem, 18 respondentů zaškrtnulo, že se chtějí zbavit pocitů viny. Ani jeden z členů, kteří trpí pocity viny či hledají usmíření s rodinou a touží odpustit těm, co jim ublížili, neoznačili možnost „víra, Bůh“. „Jiné“ označili 3 respondenti, z toho jeden upřesnil, že chce „začít žít a najít si vhodnou partnerku“ a další uvedl „učit se zvládat stres a žít s mojí poruchou osobnosti“.

Graf 18: Faktory potřebné ke spokojenosti



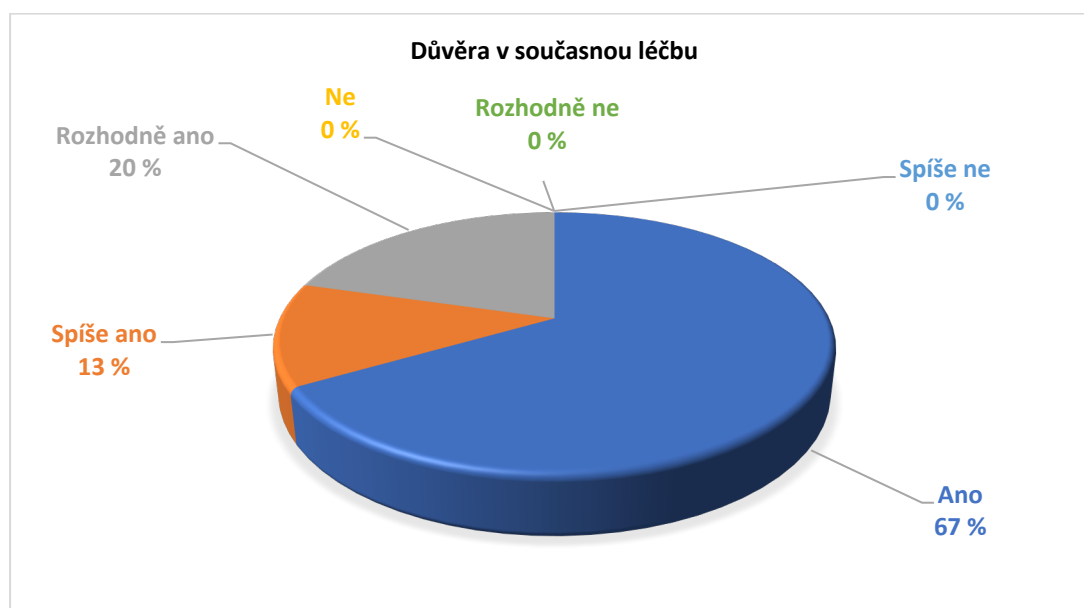
Zdroj: Vlastní šetření

18. Důvěřujete současné léčbě?

Důvěřovat tomu, co děláme, je pro nás obecně v životě velmi důležité. Během pobytové léčby závislostí je důvěra v léčbu nutností, bez motivace a důvěry se klient neuzdravuje, nedělá pokroky, „neroste“. Důvěra, motivace a ochota na sobě pracovat je předpokladem k úspěšnému zakončení programu.

Všech 39 klientů výzkumu uvedlo, že současné léčbě důvěřují, z toho 26 uvedlo „ano“ (67 %), 5 „spíše ano“ (13 %) a 8 respondentů uvedlo „rozhodně ano“ (20 %). Žádný z klientů nevedl, že současné léčbě nevěří. 1 klient nakreslil ke své odpovědi srdíčko.

Graf 19: Důvěra v současnou léčbu



Zdroj: Vlastní šetření

2.7 Ověřování platnosti hypotéz

H1 – Více než 50 % klientů si přeje respektující, nedirektivní přístup ze strany terapeuta.

K vyhodnocení této hypotézy využiji odpovědi na otázku č. 14. „*Jakou roli má podle vás terapeut ve skupině?*“ Výrok „*Terapeut by měl být autoritou*“ zvolilo 21 z celkového počtu 39 respondentů, tedy 54 % dotazovaných, zatímco 18 klientů vybralo jiné možnosti, které činily 46 %. V tomto bodě však nemusí být výzkum přesný, neboť by bylo potřeba vyhodnotit jednotlivé otázky, zda respondent zároveň nevybral další možnosti, které by se daly označit jako „*direktivní*“. Rozhodla jsem se však rozdělit nabízené výroky na direktivní a nedirektivní, abych získala přehled, zda byly celkově vybírány direktivnější přístupy nebo naopak nedirektivní.

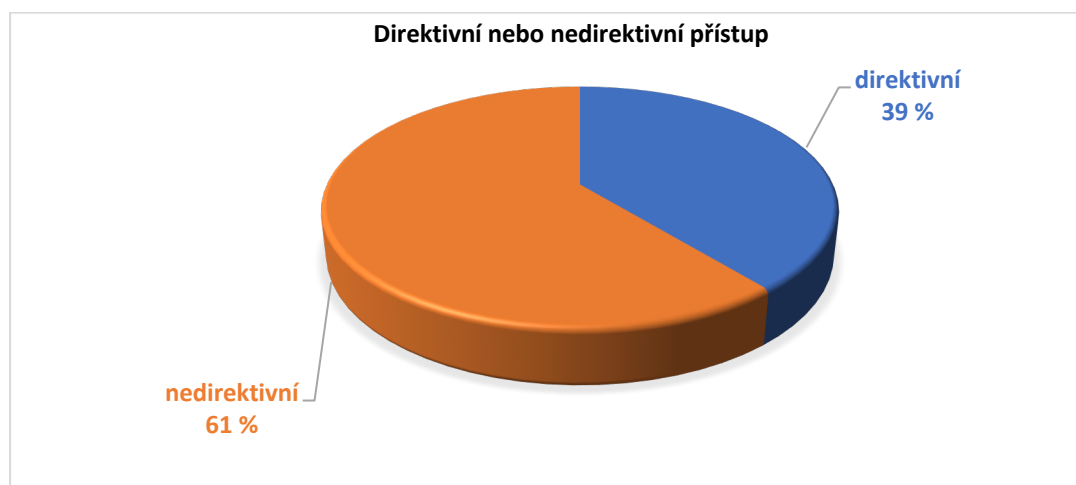
K vyhodnocení mi posloužila následující tabulka a graf, ze kterých vyplynulo, že nedirektivní přístup ze strany klientů byl vybrán celkem 164x. Jednalo se o přístup, který vyžaduje ze strany terapeuta být dospělým vzorem; respektovat klienta; podporu a vedení, ale v rozhodnutí ponechat svobodu dle úsudku klienta; jednání jako rovný s rovným; pomáhat členovi s řešením potíží a předat mu moc nad životem do jeho rukou, aby si ho mohl řídit sám. Celkově tyto odpovědi představují 61 %, zatímco direktivní přístup byl označen 105x a představuje pouze 39 % z celkového počtu odpovědí (Graf 20, Tabulka 2). Mezi direktivní přístupy jsem vybrala možnosti pomoc za cenu odporu; všimnout si problémů a řešit je, řešit všechny potíže za klienta; deptat členy; určovat členům, co mají dělat; donutit je ke změně a být autoritou. Výzkum ukázal, že přestože někteří klienti touží po direktivním vedení, celkový počet odpovědí vyžadujících direktivní přístup se rovná pouze 39 % (105 x zvoleno). S ohledem na fakt, že klienti mohli zaškrtnout více možností, mohu konstatovat, že žádný z nich netoužil jen po direktivním vedení, ale častokrát označil i některou z voleb nedirektivního přístupu. Bylo by zajímavé zkoumat, nakolik touha po direktivnosti souvisí s osobností klienta, a nakolik na ni má vliv délka probíhající léčby.

Tabulka 2: Direktivní nebo nedirektivní přístup

Nedirektivní		Direktivní	
Předat moc	12	Pomoc za cenu odporu	22
Respektovat členy	15	Všimnout si a řešit	27
Svoboda v rozhodnutí	17	Řešit všechny potíže	16
Být vzorem	23	Řešit problémy za členy	14
Neurčovat, co dělat	24	Deptat členy	1
Jednat rovný s rovným	28	Určovat, co dělat	1
Podpora členů	23	Donutit ke změně	3
Chápat klienty	9	Být autoritou	21
Pomoc urovnat	12		
Pomoc s řešením	1		
Celkem	164		105

Zdroj: Vlastní šetření

Graf 20: Direktivní nebo nedirektivní přístup



Zdroj: Vlastní šetření

Po direktivním přístupu touží 39 %, zatímco 61 % respondentů touží po přístupu nedirektivním.

Hypotéza, že si více než 50 % respondentů přeje autoritativní přístup se nepotvrdila.

H2 – Více než 75 % klientů si uvědomuje, že svým aktivním přístupem k léčbě pomáhají uzdravovat nejen sami sebe, ale také ostatní členy komunity, a z tohoto důvodu se do léčby vědomě zapojuje.

K vyhodnocení této hypotézy využiji odpovědi na otázku č. 12 „Zapojujete se aktivně do skupin/terapií, protože věříte, že tak uzdravíte nejen sebe, ale i ostatní členy?“ Všech 38 respondentů odpovědělo kladně, 20 z nich označilo možnost „ano“, 17 respondentů „spíše ano“ a 1 respondent „rozhodně ano“. 1 klient odpověď na otázku nevedl. 100 % respondentů, kteří zodpověděli otázku, se aktivně zapojuje do terapie i kvůli ostatním.

Hypotéza se potvrdila na 100 %. 100 % klientů se aktivně zapojuje, aby uzdravili sebe i druhé.

H3 – 90 % klientů by bez skupinové léčby nezvládlo abstinovat.

K vyhodnocení této hypotézy využiji odpovědi na otázku č. 15 „Zvládl/a byste léčbu sám/a i bez skupinové práce/terapie?“

Pouze 4 klienti (10 %) uvedli, že by dokázali zvládnout léčbu závislosti bez skupinové práce. 12 klientů vybralo „ne“, 14 klientů „spíše ne“ a 9 klientů „rozhodně ne“. Celkový počet klientů, kteří by léčbu nezvládli bez skupinové práce bylo 35, tedy 90 %.

Hypotéza se potvrdila na 100 %. 90 % klientů by bez skupinové práce nezvládlo abstinovat.

2.8 Diskuse

K dosažení vytyčených cílů bakalářské práce jsem použila kvantitativní výzkum, při kterém jsem za pomoci dotazníkového šetření oslovila 39 respondentů z terapeutických komunit a doléčovacího zařízení, kteří se vyjadřovali k přínosům či zbytečnosti skupinových prací. Získala jsem také odpovědi, co je pro klienty v léčbě nejtěžší, zda se dokáží otevřít ostatním, jakou roli hrají ve skupině, zda něco před skupinou tají, nakolik si uvědomují, že jsou součástí léčebného procesu i ostatních klientů; co jim skupinová terapie přinesla, zda se aktivně zapojují do terapie, aby uzdravili nejen sebe, ale i ostatní; co je podle nich pro skupinu ohrožující, jakou roli hraje terapeut, zda by zvládli léčbu bez skupinové terapie, co se díky skupinové práci naučili, co potřebují ke spokojenosti a zda důvěřují současné léčbě.

Z výzkumu vyplynulo, že všichni klienti jsou dostatečně motivováni a současné léčbě důvěřují. Nejpřínosnější skupinovou prací byla označena dynamická skupina, ranní komunita, hodnotící skupina a pracovní terapie. Dynamická skupina patří mezi náročnější terapeutické nástroje, protože klient během ní zpracovává bolestivá témata a získává na sebe zpětnou vazbu. Také během hodnotících skupin získává klient od ostatních náhled na sebe a své jednání. Pracovní terapie může pro klienta znamenat stres, pokud například získává zkušenosti v kuchyni a musí vařit poprvé pro celou komunitu, ale také relax, pokud pracuje na farmě se zvířaty, zároveň práce na farmě může být pro některé klienty stresující, nesouhlasí-li s jejich následnou konzumací. Úzkosti a napětí se vážou také s plněním šéfovských funkcí, ve výzkumu tuto možnost vybralo jen zanedbatelné množství, přestože z vlastní zkušenosti vím, co první šéfovské funkce obnáší. Pro přesnější data by musela být výzkumná otázka formulována jinak s širším časovým rozsahem zohledňujícím délku léčby. Při hodnocení důvodu přínosu dané skupinové práce bylo několikrát uvedeno opětovné získání pracovních návyků či dovedností. Interakční skupina, která patří mezi důležité části programu, ale je zároveň vyčerpávající a obtížná pro klienty tím, že se otevřeně řeší problémy ve skupině, zůstala poněkud v pozadí. Na rozdíl od dynamické skupiny, kdy určitý problém zpracovává jenom jeden klient, jsou v interakční skupině nuceni otevírat témata všichni najednou a reagovat na ně.

Výzkum prokázal, že terapeuticky významné skupiny jsou považovány za důležité i ze strany klientů a že skupina interakční je oprávněným „*strašákem*“, nikdo se v ní totiž neschová. To jak, se člen skupiny choval „*venku*“, se odráží na jeho chování v průběhu skupinové terapie ve skupině a roli, jakou zaujímá, zároveň je zřejmé, že vše, co se klient naučí ve skupině, může pak využít „*venku*“. Všichni respondenti označili alespoň některou skupinu jako přínosnou, přičemž někteří označili jako přínosné všechny skupiny. Je zajímavé, že právě tyto klienti zároveň odpověděli, že před skupinou nic netají. Zdá se, jakoby entuziasmus k léčbě působil na osobnost klienta tak, že v něm probouzí nejen odvahu, ale také úprimnost.

Arterapie a dramaterapie se obecně netěší oblibě v terapeutické komunitě, což se potvrdilo i výzkumem, ale dalo by se říci, že snad i v běžném životě mnoho z nás nemá výtvarné citění či netouží hrát v divadle a vystupovat před ostatními.

Závislost provází mnoho sociálních problémů, které se s mírou závislosti prohlubují, a komunita či doléčovací centrum je to správné místo, kde si klient může začít dávat vše do pořádku. Klienty v terapii uklidňuje fakt, že jejich chaotický vnitřní svět, utrpení a propletené vztahy jsou vysvětlitelné a lze je měnit. Maslow byl přesvědčen, že „*kdybychom věděli, co je dobré, jednali bychom vždy správně.*“

*Předpokládejme však, že kdybychom věděli, co je dobré pro nás, jednali bychom potom ve svém nejlepším zájmu.*¹⁰⁴ Přesvědčení, že nyní klienti jednají správně a něco pro sebe konečně dělají, mají ze sebe radost a jsou na sebe hrdí, cítí respekt a úctu vzhledem k tomu, co v léčbě dokázali, se objevilo ve výsledcích výzkumu ve vysoké míře v otázce č. 11. „*Doplňte větu...*“

Podle Yaloma klienti ze skupinových terapií uváděli napodobující chování jako jeden z nejméně pomáhajících faktorů, došlo k tomu však nejspíše z toho důvodu, že klienti nebyli schopni správně rozlišit mezi „*napodobováním*“, kterému přisoudili chybnou interpretaci a význam svědčící spíše o omezování individuality, a osvojením si obecných způsobů chování. Terapeut v mém výzkumu představoval mimo jiné „*příklad a dospělý vzor*“, od kterého klienti očekávají, že s nimi bude jednat jako rovný s rovným, ale zároveň si bude všimát problémů a řešit je, přesto nebude klientům určovat, co mají dělat, bude je podporovat a respektovat. 21 klientů si přálo autoritativní přístup, ale 17 jich vyžadovalo svobodu v rozhodování. Klienti občas řeší své potíže zjišťováním, co by člen nebo terapeut na jejich místě dělal. Pokud je terapeut pružný a tolerantní, může si klient tyto rysy osvojit.¹⁰⁵ Osobnost terapeuta je velmi důležitá, měl by posilovat důvěru ve skupině a spontánnost, zároveň se měl umět ztížit a nechat skupinu pracovat. Výzkum by stál za podrobnější zkoumání reflexí, neboť si klienti často ve svých odpovědích protirečili a otázkou zůstává, zda tomu bylo tak z důvodu rozdílného vnímání dle délky léčby nebo dle osobnostního nastavení respondenta.

V posledních dvaceti letech se objevilo mnoho studií zabývajících se pohledy klientů na terapeutické faktory. Současný výzkum poukazuje na výhody těchto studií především v tom, že terapeuti mohou upravovat své nástroje tak, aby měli co největší přínos pro klienty. Yalomova studie „*Srovnávací hodnota terapeutických faktorů z hlediska klientů*“ z r. 1970 dospěla k podobným výsledkům jako čtyři studie, které opakovaly stejnou verzi dotazníků v pozdějších letech. Nejvyšší místo ve významnosti zaujalo interpersonální učení – vstup, katarze, soudržnost, sebepoznání, interpersonální učení – výstup, existencionální faktory, univerzalita, dodávání naděje, altruismus, znovuodehrání rodinných témat, vedení a identifikace. Nejméně ceněné faktory vyšly ve studiích opakovaně vždy stejně, jednalo se o znovuodehrávání rodinné situace, vedení a identifikaci.¹⁰⁶

Pokud se pokusím srovnat výsledky mého výzkumu s těmito studii, a zařadím mezi faktor interpersonálního učení, kdy se klient dozvídá názory na svou osobu ze strany druhých, ranní komunitu, dynamickou skupinu a hodnotící skupinu, dosáhnou podobných výsledků jako ostatní výzkumy. Právě tyto skupiny respondenti řadili na přední místa. U všech těchto terapeutických skupin získává klient ze strany ostatních členů reflexe na své postoje a jednání. Faktor soudržnost ve skupině bych přiřadila k výsledkům otázky „*Dokážete se otevřít ostatním?*“, kdy celkem 95 % respondentů uvedlo, že se dokáží otevřít skupině a řešit v ní svá témata. Z uvedeného vyplývá, že prostředí komunity vnímají jako bezpečné a důvěrné a s ostatními členy jsou „*na jedné lodi*“. Rovněž otázka „*Zvládli byste léčbu bez skupinové terapie?*“ ukazuje na přítomnost soudržnosti ve skupině, klienti mají podobné zkušenosti, podobné prožívání a stejný cíl, kterým je trvalá abstinence. Jistě by se takto daly posoudit i další otázky. V otázce č. 11 „*Doplňte větu...*“ respondenti zaškrtili, co jim

¹⁰⁴ YALOM, I. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*, s. 104.

¹⁰⁵ Srov. YALOM, I. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*, s. 105.

¹⁰⁶ Srov. YALOM, I. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*, s. 94–99.

skupinová terapie přinesla, nejvíce možností získal dobrý pocit, že konečně se závislostí něco dělám; schopnost komunikovat, dobré vztahy, porozumění, seběvědomí, hrdost, sebeúcta, respekt, pochopení. Zároveň v otázce „*Co je pro vás při skupinové práci nejtěžší?*“ uvedli respondenti formulace sdělení, nereagovat na reflexe, udržet emoce, věřit ostatním přijmout a dát kritiku. Vše uvedené vychází dle mého názoru z faktoru sebepoznání, neboť bez přijetí dosud neznámých částí osobnosti sebe sama není možné dosáhnout uvedených pokroků. Dynamická skupina představuje také znovuodehrávání rodinných situací, přesto patřila v mém výzkumu k ceněným terapeutickým metodám z výše uvedených důvodů. Jsem si vědoma, že můj výzkum nelze srovnávat s Yalomovým výzkumem, neboť moje výzkumné otázky nebyly formulovány k těmto cílům.

Osobně mě překvapilo, kolik klientů uvedlo, že se dokáží otevřít skupině, ale přesto jich téměř polovina něco tajila. Také jsem předpokládala vyšší počet respondentů, kteří by toužili srovnat se s minulostí hledáním cesty k Bohu. Tyto mé předpoklady však byly výzkumem vyvráceny.

Závěr

Skupinová práce a skupinová terapie má při léčbě závislostí své nezastupitelné místo. Dlouhodobá léčba s pevně stanoveným programem a režimem umožní klientům terapeutických komunit a doléčovacích center celkovou proměnu jejich osobnosti a zlepšení sociálního fungování. Klient si osvojí nové vzorce chování, upevní nové postoje, zvýší se mu sebevědomí a sebeúcta, pozná lépe sám sebe a svoje možnosti a hranice, dojde k obnovení pracovních návyků a ke zlepšení vztahů. Přestože je léčba dlouhá (cca 8 – 15 měsíců), je potřeba na ni pohlížet jako na akt znovuzrození a oproti době strávené pod vlivem návykové látky se jedná o zlomek času v životě závislého, který představuje nejlepší životní investici do budoucnosti. Svou roli v léčbě závislostí hrají i svépomocné skupiny, jako jsou AA a NA, které však fungují formou pravidelného scházení se a nejedná se o léčebný, ale pouze podpůrný program.

Na vzniku syndromu závislosti se podílí více faktorů, od genetické dispozice přes vliv rizikových faktorů během výchovy dítěte, významný je vliv celého rodinného systému a jeho nastavení, které jsem podrobněji v práci popsala. V rodinách závislé osoby je často typická spoluzávislost, kdy členové rodiny závislému užívání návykové látky svým chováním umožňují a před ostatními jej skrývají, a pokud se dotyčný rozhodne abstinovat, celý rodinný systém se touto změnou naruší. V takových rodinách mívá užití návykové látky pozitivní dopady, umožní komunikaci o tabuizovaných tématech, uvolní potlačené emoce, dochází k otevřené výměně názorů i sdílení. Pro úspěšnou abstinenci člena je vhodné pracovat s celým rodinným systémem, aby došlo ke změně starých vzorců. Také rodinní příslušníci závislého pocítují bezmoc, podléhají úzkosti a jsou sami náchylní k užití některé návykové látky. V terapeutických komunitách se vliv rodiny zohledňuje a rodiče a blízcí závislého jsou nabádáni ke spolupráci a účasti na rodinných skupinách.

Každý člen hraje ve skupině určitou roli a ta odráží jeho roli, jakou představoval ve společnosti mimo léčbu. Veškeré nové dovednosti, které člen během pobytu nabyde, však dokáže po odchodu přenést do života „venku“.

Při skupinové léčbě závislostí se využívají metody, techniky a přístupy, kterým jsem se podrobněji věnovala v teoretické části práce. Důležité při práci se závislým klientem je nenálepkování, vnímání klienta tady a teď, nehodnocení, podpora i nabídka možností řešení situace. Je samozřejmé, že míra dovedností a nových návyků klienta stoupá s počtem dnů strávených v komunitě, vliv na získané dovednosti má také osobnostní nastavení, doba užívání návykových látek i zda se jedná o prvoléčbu či víceléčbu. Lze se setkat s klienty, kteří jsou v komunitě opakovaně po předčasném ukončení pobytu v předchozí léčbě, mají již naučený systém, jak ve skupině fungovat, a projdou pak často celým procesem léčby. Pokud však léčbu nebrali vážně a nedůvěřovali jí, vrací se za čas znovu do léčby. Setkala jsem se klientkou, která teprve ve třetí komunitní léčbě prohlásila, že je „opravdová“, předtím se v ní uměla pouze „pohybovat“.

V praktické části jsem ověřila platnost hypotéz a dospěla k závěru, že mnou vyhodnocený výzkum v některých svých výsledcích koresponduje s podobnými výzkumy zaměřenými na srovnávací hodnoty terapeutických faktorů z hlediska klientů, v nichž kladli na první místo sebezpoznání, soudržnost a interpersonální učení.

Respondenti si také dobře uvědomovali ohrožující faktory, což dle mého názoru svědčí o tom, že v léčbě fungují. Nejvícekrát byla označena nedůvěra, dále toxické řeči, kterými se klienti dostávají do „chuti“ (bažení), potom vytváření

podskupin a intimních vztahů, nedůvěra vůči terapii, neotevřenost a řešení témat mimo skupinu.¹⁰⁷ Více než polovina respondentů uvedla strach z jiného člena skupiny, proto je velmi důležité při vstupních pohovorech vybírat klienta tak, aby dokázal fungovat ve skupině, k čemuž nám slouží varovné signály (kapitola 7.2.2 Nevhodní klienti pro skupinovou práci). Jako ohrožující byl uveden také předčasný odchod některého člena ze skupiny, který podle Kratochvíla naruší chod skupiny až na několik měsíců (8.1.1 Rizika terapeutické komunity).

Skupina je živoucí organismus, který má samouzdravující schopnost, potřebuje však dobrého dirigenta. Jazzový pianista, který byl klientem jedné z terapeutických skupin, pohlíží na roli vedoucího skupiny jako na virtuózního hráče, kterého v mládí obdivoval: „*Skuteční velcí muzikanti byli ti, kteří dokázali obohatit zvuk ostatních, ale také uměli být potichu a přispěli k rozvinutí spolupráce celého souboru.*“¹⁰⁸

¹⁰⁷ Srov. KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*, s. 15–26.

¹⁰⁸ Srov. YALOM, I. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*, s. 129.

Seznam použitých zdrojů

- BÚTORA, M. *Překročit svůj stín*. Praha: Avicentrum, zdravotnické nakladatelství, 1990. ISBN 80-201-0086-5.
- FIŠEROVÁ, M. *Odvykací syndrom a craving – Neurobiologické aspekty*
In: KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 114-116. ISBN 80-86734-05-6.
- FROUZOVÁ, M. *Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti*
In: KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 124-129. ISBN 80-86734-05-6.
- HAJNÝ, M. *O rodičích, dětech a drogách*. Praha: Grada Publishing, 2001. 133 s. ISBN 80-247-0135-9
- HAJNÝ, M.; STUHLÍK, R.; KLOUČEK, E. *Akta Y: drogový problém versus rodina: [praktická příručka pro rodiče]*. Praha: Votobia, 1999. ISBN 80-7220-022-4.
- HAJNÝ, M. *Vývojové aspekty a rozvoje závislosti* In: KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 136 s. ISBN 80-86734-05-6.
- HEJZLAROVÁ, E. *Svépomocné skupiny v Česku: mapa terénu, rizika dalšího vývoje a možnosti veřejné politiky*. Brno. Sociální práce. 1/2011. ISSN 1213 6204.
- KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6.
- KALINA, K. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.
- KALINA, K. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia nova, 2001, 118 s. ISBN 80-238-8014-4.
- KALINA, K. *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2449-2.
- KRÁLOVÁ, J. *Speciální techniky sociální práce*. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2002. ISBN 80-86568-16-4.
- KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*. 2. dopl. vyd. Praha: Galén, c2001. ISBN 80-7262-096-7.
- KUDRLE, S. *Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti* In: KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 124-129. ISBN 80-86734-05-6.
- KUZNÍKOVÁ, I. *Pokročilé metody sociální práce se skupinami*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2013. ISBN 978-80-7464-471-9.

- MAŠÁT, V. *Vybrané postupy sociální práce se skupinou*. Středokluky: Z. Susa, 2012. ISBN 978-80-86057-80-4.
- MATĚ, G. *V říši hladových duchů: blízká setkání se závislostí*. Přeložil V. Jurek. Praha: PeopleComm, 2020. ISBN 978-80-87917-62-6.
- MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0213-4.
- MATOUŠEK, O. a kol., 2007. *Základy sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007. 309 s. ISBN 978-807-3673-314.
- MATOUŠEK, O.; PAZLAROVÁ, H. *Podpora rodiny: manuál pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0697-2.
- NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 3. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-267-6.
- NEŠPOR, K.; CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí: příručka pro praxi*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. ISBN 80-85121-52-2.
- PRAŠKO, J. *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál, 2003. 360 s. ISBN 80-7178-737-X.
- RÖHR, H. P. *Závislost: jak jí porozumět a jak ji překonat*. Přeložil P. Babka. Praha: Portál, 2015. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-0927-0.
- RÖHR, H. P. *Závislé vztahy: léčba a uzdravení závislé poruchy osobnosti*. Vydání druhé. Praha: Portál, 2016. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-1159-4.
- ROTGERS, F. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). ISBN 8071698369.
- RŮŽIČKA, J. *Komunitní a skupinová psychoterapie v české perspektivě*. V Praze: Triton, 2011. Psyché (Triton). ISBN 978-80-7387-467-4.
- YALOM, I. D. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Hradec Králové: Konfrontace, 1999. ISBN 8086088057.
- VELEMÍNSKÝ, M. a kol. *Studie negativních zážitků z dětství (ACE) v České republice*. Česko-slovenská pediatrie: časopis České a Slovenské pediatrické společnosti. Praha: Práce, 2017, 72 (7), 409-420. ISSN 0069-2328.
- WEST, R. *Modely závislosti*. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2016. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 978-80-7440-157-2.

Internetové zdroje

Česká odborná společnost pro inkluzivní vzdělávání: ACE studie: Jak negativní zkušenosti v dětství ovlivňují náš další život? Posl. aktualizace 14. 10. 2020 [cit. 2022-04-07]. Dostupné na WWW: <<https://cosiv.cz/cs/2021/10/14/ace-study-jak-negativni-zkusenosti-v-detstvi-ovlivnuji-nas-dalsi-zivot/>>.

GABOR, M. The Power of Addiction and The Addiction of Power [online]. 9. 10. 2012 TEDxRio+20. [cit. 2021-07-20]. Dostupné na WWW: <<https://www.youtube.com/watch?v=66cYcSak6nE>>.

KRTIČKOVÁ, K. Výchovné problémy v dysfunkčních rodinách [online]. Šance dětem. 2015. Posl. aktualizace 17. 3. 2022 [cit. 2022-04-07]. Dostupné na WWW: <<https://sancedetem.cz/vychovne-problemy-v-dysfunkcnich-rodinach>>.

Lékařská fakulta Univerzita Karlova: Klinika adiktologie. Výukové a studijní texty pro studenty magisterského oboru adiktologie. [online]. 21. 01. 2019. [cit. 2022-04-07]. Dostupné na WWW: <<https://www.adiktologie.cz/vyukove-a-studijni-texty-pro-studenty-magisterskeho-studia-oboru-adiktologie>>.

MINAŘÍK, J. O drogách. Závislost. [online]. 21. 2. 2018. Sananim. [cit. 2022-04-07]. Dostupné na WWW: <<http://www.odrogach.cz/skola/uzivani-navykovych-latek/zavislost/>>.

MINAŘÍK, J. O drogách: Závislost na tvrdých drogách. [online]. 3. 6. 2013. Sananim. [cit. 2022-04-07]. Dostupné na WWW: <<http://odrogach.cz/skola/rizikove-jevy/uzivani-navykovych-latek/zavislost/zavislost-na-tvrдых-drogach.html>>.

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. Drogová úmrť a úmrť pod vlivem drog v roce 2018. [online]. Praha. 7. 5. 2019. [cit. 2022-04-07]. Dostupné na WWW: <<https://www.uzis.cz/res/f/008268/ai-2019-01-nrpatv-drd-2018.pdf>>.

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. Mezinárodní klasifikace nemocí. [online]. Platnost od 1. 1. 2022 [cit. 2022-04-07]. Dostupné na WWW: <<https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F13>>.

Vláda české republiky. Evropská zpráva o drogách 2019: EU čelí rekordní dostupnosti kokainu, inovativní výrobě a zneužívání syntetických drog či virtuální realitě. 6. 6. 2019. [online]. Dostupné na WWW: <<https://icv.vlada.cz/assets/ppov/protidrogovapolitika/media/EDR2019CS.pdf/>>.

World Health Organization: Global status report on alcohol and health 2018. [online]. 27. 9. 2018. [cit. 2022-04-07]. Dostupné na WWW: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>>.

Seznam zkratek

AA	Anonymní alkoholici
ACE	Studie negativních zážitků z dětství (Adverse Childhood Experiences Study)
CNS	Centrální nervová soustava -
ČR	Česká republika
FAS	Fetální alkoholový syndrom
MKN-10	10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí
NA	Anonymní narkomané
SPS	Svépomocná skupina
SZO (WHO)	Světová zdravotnická organizace
TK	Terapeutická komunita
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
WHO	Světová zdravotnická organizace

Seznam příloh

Příloha I.	Informovaný souhlas
Příloha II.	Prohlášení
Příloha III.	Formulář dotazníku „ <i>Význam skupinové práce v léčbě závislosti a její rizika</i> “
Příloha IV.	Program terapeutické komunity Magdalena
Graf 1	Koloběh závislosti
Graf 2	Pohlaví respondentů
Graf 3	Nejpřínosnější skupinová práce
Graf 4	Konkrétní změny díky skupinové práci
Graf 5	Nejzbytečnější skupinová práce
Graf 6	Důvod k označení nejzbytečnější skupinové práce
Graf 7	Co je při skupinové práci nejtěžší
Graf 8	Schopnost otevřít se skupině
Graf 9	Role ve skupině
Graf 10	Tajnosti před skupinou
Graf 11	Vliv členů na růst a uzdravování jednotlivce
Graf 12	Přínos skupinové práce
Graf 13	Aktivní zapojení do terapie kvůli ostatním
Graf 14	Co skupinu ohrožuje
Graf 15	Role terapeuta ve skupině
Graf 16	Zvládnutí léčby bez skupinové terapie
Graf 17	Dovednosti získané díky skupinové práci
Graf 18	Faktory potřebné ke spokojenosti
Graf 19	Důvěra v současnou léčbu
Graf 20	Direktivní nebo nedirektivní přístup
Tabulka 1	Tajnosti před skupinou podle zařízení
Tabulka 2	Direktivní nebo nedirektivní přístup

Příloha I.

Informovaný souhlas

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás s prosbou o spolupráci. Jsem studentkou Teologické fakulty Jihočeské univerzity a v současné době vyhotovuji závěrečnou práci, v rámci které provádím kvantitativní výzkum dotazníkovým šetřením zaměřený na „*Význam skupinové práce při léčbě závislosti a její rizika*“.

Cílem mého výzkumu bude zjistit, které skupinové práce/terapie jsou pro vás při léčbě závislosti v procesu uzdravování a sociálního fungování nejpřínosnější a které jsou z vašeho pohledu méně přínosné. Dále výzkum zaměřuji na konkrétní dovednosti, poznatky a zkušenosti které jste během práce ve skupině získal/a a jaká rizika podle vás skupinová práce přináší. Data v dotazníku budou zpracována a následně statisticky vyhodnocena pomocí grafů a tabulek.

Dotazník by vám měl zabrat maximálně 20 minut. Z účasti na výzkumu pro Vás vyplývají tyto skutečnosti: dozvím se konkrétní informace z průběhu vaší léčby, budou však zpracovány anonymně, takže nehrozí riziko, že by jakékoliv údaje byly z mé strany zneužity. Naopak se domnívám, že dotazník Vám může poskytnout cenné informace, které si v průběhu vyplňování můžete díky otázkám uvědomit či ujasnit a dále s nimi v průběhu léčby pracovat. Neváhejte se na mě proto obrátit s případnými dotazy.

Děkuji za Váš čas a přeji mnoho úspěchů v léčbě!

Andrea Jonášová

Příloha II.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Studentka Andrea Jonášová mne informovala o podstatě výzkumu a seznámila mne s postupy, které budou při výzkumu používány, stejně jako se skutečnostmi, které pro mne z účasti na výzkumu vyplývají, včetně případných výhod a rizik.

Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány a použity pro účely vypracování závěrečné práce studentky. Měl/a jsem možnost vše řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit. Měl/a jsem možnost se zeptat na vše pro mne podstatné a potřebné. Na tyto dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním svých údajů v rozsahu, způsobem a za účelem uvedeným v tomto informovaném souhlasu.

Jméno a příjmení
účastníka výzkumu:

.....

Datum:

.....
Podpis účastníka výzkumu:

Příloha III.

DOTAZNÍK

Význam skupinové práce v léčbě závislosti a její rizika

Osobní údaje

Odpověď označte křížkem nebo doplňte.

Žena Muž

Věk

1. Která skupinová práce je pro vás nejpřínosnější?

Můžete zaškrtnout více možností

- √ Ranní komunita
- √ Dynamická skupina
- √ Interakční skupina
- √ Tématická skupina
- √ Životopisná skupina
- √ Prevence relapsu
- √ Pracovní terapie
- √ Sportovní terapie
- √ Program šéfa domu
- √ Hodnotící skupina
- √ Arterapie/keramika
- √ Dramaterapie

2. Z jakého důvodu?

.....
.....
.....
.....
.....

3. Co konkrétně se vám podařilo výše uvedenou skupinovou prací na sobě změnit?

.....
.....
.....
.....
.....

4. Která skupinová práce je podle vás nejzbytečnější?

Můžete zaškrtnout více možností

- Ranní komunita
- Dynamická skupina
- Interakční skupina
- Tematická skupina
- Prevence relapsu
- Pracovní terapie
- Sportovní terapie
- Program šéfa domu
- Hodnotící skupina
- Arterapie/keramika
- Dramaterapie

5. Z jakého důvodu?

.....

.....

.....

.....

.....

6. Co je pro vás při skupinové práci nejtěžší?

Můžete zaškrtnout více možností

- Přijmout kritiku.
- Dávat kritiku.
- Dobře zformulovat, co chci sdělit.
- Nereagovat během reflexí.
- Dávat reflexe.
- Udělovat body ostatním členům za chybně vykonané úkoly.
- Pracovat v šéfovské funkci a rozdělovat úkoly.
- Pracovat pod šéfem (členem komunity), který mi rozdává úkoly.
- Otevřít se ostatním.
- Nedostatek pozornosti vůči mé osobě.
- Naslouchat ostatním, co říkají, vypínám.
- Udržet své emoce.
- Přiznat svou chybu.
- Přijmout rozhodnutí skupiny.
- Věřit ostatním.

7. Dokážete se otevřít ostatním ve skupině a sdílet upřímně svá témata?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Rozhodně ano
- d) Ne
- e) Spíše ne
- f) Rozhodně ne

8. Jakou si myslíte, že máte roli ve skupině?

Můžete zaškrtnout více možností

- Vůdce (mám schopnost vést skupinu)
- Hvězda (nejoblíbenější člen)
- Černá ovce (nesympatický, odmítaný člen)
- Obětní beránek (vždy se vše obrátí proti mně)
- Šašek (zlehčuji napětí ve skupině legráckami)
- Moralista (mám vždy pravdu)
- Oponent (vždy mám jiný názor)
- Trpitel (žádám o pomoc, ale zároveň ji odmítám)
- Monopolista (strhávám pozornost na sebe)
- Kvaziterapeut (přebírám iniciativu)
- Miláček (vzbuzuji ochranné postoje)
- Provokatér (provokuji ostatní)
- Ochránce (chráním slabší)
- Strážce řádu (záleží mi na dodržování řádu)
- Samotář (s nikým se nepotřebuji bavit)
- Pedant (dbám na pečlivost, řád a pořádnost)
- Malé dítě (potřebuji péči a ochranu)
- Svůdce (jsem sexy a ostatní to vědí)
- Rozvraceč (řeším věci radši mimo skupinu)
- Šedá eminence (umím si zařídit, aby za mě pracovali jiní)
- Outsider (nikdo mi nerozumí)
- Jiné:.....
-

9. Je něco, co před skupinou stále tajíte, bojíte se nebo o tom nechcete mluvit?

- Ano
- Ne

10. Myslíte si, že na vaše uzdravování a osobnostní růst mají vliv ostatní členové skupiny?

- g) Ano
- h) Spíše ano
- i) Rozhodně ano
- j) Ne
- k) Spíše ne
- l) Rozhodně ne

11. Doplňte větu. Skupinová práce/terapie mi přinesla:

Můžete zaškrtnout více možností.

- Dobré vztahy se členy skupiny.
- Dobré vztahy s rodinou.
- Schopnost komunikovat.
- Vlastní důležitost.
- Zvýšené sebevědomí.
- Sebeúctu a respekt.
- Nespokojenost a obavy z budoucnosti.
- Zbavení se vlastní důležitosti a schopnost zajímat se o druhé.
- Radost a hrdost na sebe, čeho jsem dosáhl/a.
- Dobrý pocit, že konečně se závislostí něco dělám.
- Pochopení, proč jsem se stal/a závislým/závislou.
- Nepochopení a nedůvěru ve vlastní schopnosti.
- Porozumění druhým.
- Schopnost slušně vyjádřit svůj názor.
- Soucit s blízkými, kterým jsem ublížil/a.
- Sounáležitost se skupinou, až se ji bojím opustit.
- Otrávenost, že musím terapii absolvovat tak dlouho.
- Schopnost vyjádřit nesouhlas.

12. Zapojujete se aktivně do skupin/terapií, protože věříte, že tak uzdravíte nejen sebe, ale i ostatní členy?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Rozhodně ano
- d) Ne
- e) Spíše ne
- f) Rozhodně ne

13. Co si myslíte, že je pro skupinu ohrožující?

Můžete zaškrtnout více možností.

- √ Nedůvěra člena skupiny ve svou schopnost abstinovat.
- √ Předčasný odchod jiného člena
- √ Přílišná navázanost na skupinu.
- √ Přílišná navázanost na terapeuta/garanta.
- √ Ztráta podpory rodiny.
- √ Řešení témat mimo skupinu.
- √ Vlastní neotevřenost.
- √ Vytváření podskupin s jinými členy.
- √ Intimní vztahy členů.
- √ Vyhýbání se odpovědnosti.
- √ Tajnosti.
- √ Neschopnost řešit vše otevřeně před ostatními.
- √ Strach z některého člena skupiny.
- √ Toxické řeči.
- √ Shazování významu a principů terapie mimo skupinu.
- √ Nedůvěra mezi členy.
- √ Nedůvěra vůči terapii.
- √ Příliš aktivní člen, který nedá prostor ostatním.
- √ Neaktivní členové.
- √ Jiné:.....
.....
.....

14. Jakou roli má podle vás terapeut ve skupině?

Můžete zaškrtnout více možností.

- √ Měl by podporovat členy.
- √ Jeho úkolem je donutit závislé ke změně jejich životů.
- √ Musí respektovat členy skupiny.
- √ Musí chápat, že to neměli lehké, a proto jim léčba nejde.
- √ Terapeut by měl být příkladem, dospělým vzorem.
- √ Měl by s námi jednat jako rovný s rovným.
- √ Měl by být autoritou.
- √ Měl by členovi dopřát svobodu v rozhodnutích.
- √ Pomáhat členovi, i když je v odporu.
- √ Řešit všechny potíže jednotlivých členů, když si nevědí sami rady.
- √ Zodpovídat za to, zda se člen uzdraví či nikoliv.

- √ Zkusit urovnat vztahy člena skupiny s jejich rodinou.
- √ Všítat si problémů ve skupině a řešit je.
- √ Pokud problém neřeší členové, měl by ho řešit terapeut.
- √ Předat moc nad životem člena do jeho rukou.
- √ Debatat členy, aby si uvědomili, že závislost je špatná.
- √ Určovat členovi, co má dělat, ví to lépe, je odborník a má zkušenosti.
- √ Neurčovat, co má člen dělat, ale nechat ho rozhodnout, jen naznačit cestu a možnosti.
- √ Jiné:.....
-

15. Zvládl/a byste léčbu sám/a i bez skupinové práce/terapie?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Rozhodně ano
- d) Ne
- e) Spíše ne
- f) Rozhodně ne

16. Co si myslíte, že jste se díky skupinové práci naučil/a?

Můžete zaškrtnout více možností.

- √ Mluvit o sobě otevřeně.
- √ Důvěřovat jiným lidem.
- √ Být stále ostražitý.
- √ Nevěřit ostatním.
- √ Respektovat ostatní a jejich názory.
- √ Nereagovat hned, ale zamyslet se nad tématem.
- √ Soucítit s druhými.
- √ Vnímat ostatní.
- √ Pochopit, že druzí to mají podobně.
- √ Hledat řešení v příkladu druhých.
- √ Nesoudit.
- √ Přestat se litovat.
- √ Víc si věřit.
- √ Pracovat.
- √ Pomáhat.
- √ Sdílet se skupinou, co mě trápí.
- √ Poznat své hranice.

- √ Sdílet emoce.
- √ Chápat rodinu.
- √ Komunikovat.
- √ Sdílet s rodinou.
- √ Naslouchat druhým.
- √ Nesnášet ty, co mi ublížili a způsobili, že jsem se stal/a závislým.
- √ Převzít zodpovědnost za svůj život.
- √ Hledat chyby v rodině a dětství.
- √ Pochopit souvislosti.
- √ Mít kamarádské vztahy.
- √ Dokázat se s opačným pohlavím „jen“ kamarádit.
- √ Mít svůj názor.

17. Co ještě potřebujete k tomu, abyste byl/a spokojený/á?

Můžete zaškrtnout více možností.

- √ Smířit se sám/a se sebou.
- √ Odpustit sám/a sobě.
- √ Odpustit těm, co mi ublížili.
- √ Důvěřovat druhým lidem.
- √ Zbavit se pocitů viny.
- √ Získat sebedůvěru, sebeúctu.
- √ Aby mě druzí respektovali.
- √ Aby mi druzí věřili.
- √ Pomáhat druhým lidem.
- √ Usmířit se s rodinou.
- √ Najít si dobrou práci.
- √ Víru, Boha
- √ Jiné:.....
-

18. Důvěřujete současné léčbě?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Rozhodně ano
- d) Ne
- e) Spíše ne
- f) Rozhodně ne

Příloha IV.

Program terapeutické komunity Magdalena

	pondělí	úterý	středa	čtvrtek	pátek	sobota	neděle
6.30	budíček	budíček	budíček	budíček	budíček	7.30 budíček	-
6.40	rozcvička	rozcvička	rozcvička	rozcvička	rozcvička	7.40 rozcvička	-
7.00	snídaně	snídaně	snídaně	snídaně	snídaně	8.00 snídaně	9.00 snídaně
7.30 – 8.30	pracovní blok	pracovní blok	pracovní blok	pracovní blok	pracovní blok	-	-
8.45 – 9.45	ranní komunita	ranní komunita	ranní komunita	ranní komunita	ranní komunita	ranní komunita	-
10.00 – 11.00	pracovní blok	pracovní blok	pracovní blok	pracovní blok	pracovní blok	10.00- 18.00 výlet	-
11.00 – 12.30	pracovní blok	pracovní blok	pracovní blok	pracovní blok	pracovní blok	-	-
12.45	oběd	oběd	oběd	oběd	oběd	oběd	oběd
13.00	-	-	-	-	-	-	kontrola úklidu
14.00 – 15.30	program šéfa domu	skupina	sport/ keramika	arteterapie	páteční hodnotící skupina	-	13.30 – dávková- ní léků
16.00 – 17.30	skupina	drama- terapie	keramika/ sport	skupina	16.00-17.00 samořídící skupina	-	14.00 - 17.00 návštěvy
18.00	večeře	večeře	večeře	večeře	večeře	večeře	večeře
18.30 – 20.00	telefony	telefony	telefony	telefony	telefony	telefony	9.00– 19.00 telefony
19.30	-	kontrola úklidu	-	kontrola úklidu	-	-	-
20.00 – 21.00	předávání funkcí	prevence relapsu	vzdělávací / klub / pastorace	tematická skupina	-	-	19.00- 20.30 nedělní skupina
22.00	psaní deníků / hygiena	psaní deníků / hygiena	psaní deníků / hygiena	psaní deníků / hygiena	psaní deníků / hygiena	psaní deníků / hygiena	psaní deníků / hygiena
22.30	večerka	večerka	večerka	večerka	24.00 večerka	24.00 večerka	večerka

Abstrakt

JONÁŠOVÁ, A. Význam skupinové práce při léčbě závislostí a její rizika. České Budějovice 2022. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra sociální a charitativní práce. Vedoucí práce K. Šimr.

Klíčová slova: drogová závislost, léčba, skupinová práce, terapeutická komunita, spoluzávislost, abstinence

Cílem bakalářské práce je popsat a vyhodnotit význam skupinové práce při léčbě závislostí v procesu uzdravování a sociálního fungování jedince a identifikovat její rizika. Teoretická část popisuje možné příčiny a osobnostní předpoklady pro vznik závislostí, zaměřuje se na důležitost vlivu rodiny a výchovy, spoluzávislost, psychoterapeutické přístupy a modely rodinných systémů. Charakterizuje skupinovou práci, její techniky a metody a vymezuje problematiku, která může účastníky provázet.

V praktické části jsou zpracované údaje získané z dotazníků respondentů terapeutických komunit a doléčovacího centra, kteří označovali jednotlivé skupinové práce dle jejich přínosu a oblíbenosti v právě probíhající léčbě. Cílem výzkumu je vyhodnotit význam skupinové léčby u závislých osob, zmapovat důležitost jednotlivých skupinových prací při řešení konkrétních sociálních problémů a osvojování dovedností a shrnout, jaké terapeutické přístupy klienti během léčby očekávají, zda sami vědomě aktivně přistupují k léčbě, které faktory působí jako uzdravující a jaká rizika mohou léčbu provázet.

Abstract

The importance of group therapy during addiction treatment and risks thereof

Key words: drug addiction, addiction treatment, group therapy, therapeutic community, codependence, abstinence

The aim of this thesis is to describe and to evaluate the importance of group therapy during the treatment of addictions in the process of healing and social functioning of an individual and to identify the risks of group therapy. The theoretical part describes possible causes and personal presuppositions concerning the origin of addictions. It focuses on the importance of influence from one's family and raising, and how they affect addictions, codependency, psychotherapeutic approaches and models of family systems. The theoretical part furthermore characterizes group therapy, its techniques and methods, and specifies the matters, which can accompany the participants.

In the practical part are processed data gained from questionnaires of respondents from therapeutical communities and after-treatment centers, who designated each group therapy, according to the perceived benefits and popularity in an ongoing treatment. The point of the research is to evaluate the relevancy of group therapy by addicted persons, to map the relevancy of each group therapy during the resolution of social issues and the acquirance of skills, and to summarize which therapeutical approaches are expected by the clients during their treatment, if they consciously approach the treatment, which factors act as healing, and which risks can accompany the treatment.