

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Martina Sedláčková

Rodina uživatele drog – formy podpory a poradenství

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Rodina uživatele drog – formy podpory a poradenství vypracovala samostatně pod vedením Mgr. Michala Růžičky, Ph.D. a uvedla v ní všechny použité literární a jiné odborné zdroje.

Ve Štěpánově 15. 4. 2013

.....

Martina Sedláčková

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych na tomto místě poděkovat především vedoucímu mé bakalářské práce Mgr. Michalu Růžičkovi za ochotu, trpělivost a cenné rady při psaní této práce. Také bych chtěla poděkovat své rodině a přátelům za podporu během studia.

OBSAH

Úvod.....	6
1. DROGOVÁ ZÁVISLOST	7
1.1 Definice pojmu drogová závislost.....	7
1.2 Typy drogové závislosti	8
1.3 Znaky drogové závislosti	10
1.4 Příčiny vzniku drogové závislosti	12
1.5 Stádia vzniku drogové závislosti	13
2. DROGOVÁ ZÁVISLOST A RODINA	15
2.1 Rodina	15
2.2 Rizikové faktory vzniku a rozvoje závislosti v rodině.....	16
2.3 Reakce rodiny na drogový problém	18
2.4 Doporučení pro rodinu a osoby blízké	18
3. RODINNÁ TERAPIE	20
3.1 Charakteristika a základní modely rodinné terapie.....	20
3.1.1 Charakteristika rodinné terapie	20
3.1.2 Základní modely rodinné terapie.....	21
3.2 Východiska a vývoj rodinné terapie	22
3.3 Postup práce s rodinou	22
3.4 Techniky rodinné terapie	23
3.5 Pravidla pro práci s rodinou	24
4. INDIVIDUÁLNÍ A SKUPINOVÁ TERAPIE	25
4.1 Individuální psychoterapie	25
4.2 Skupinová psychoterapie	27
5. JINÉ FORMY PODPORY A PORADENSTVÍ	31
5.1 Manželské a rodinné poradenství	31
5.2 Kontaktní centra	32
5.2.1 Charakteristika kontaktních center	32
5.2.2 Služby kontaktních center	33
5.3 Skupiny s blízkými závislého	34
5.3.1 Charakteristika skupin s blízkými závislých.....	34
5.3.2 Druhy skupin s blízkými závislých.....	34
5.4 Svépomocné skupiny	36

ZÁVĚR	37
Seznam použité literatury	39
Seznam internetových zdrojů	41
Anotace	

ÚVOD

Závislost na návykových látkách je problém, který ovlivňuje nejen osobu, jež návykové látky užívá, ale i rodinné příslušníky a ostatní blízké osoby. Pokud se zaměříme na drogovou politiku, její výzkum a na poskytované sociální služby většinou se jejich zájem orientuje na řešení problémů a potřeb osob užívajících návykové látky. Být rodičem, dcerou, synem či sourozencem blízké osoby, která návykové látky užívá je nelehký úkol. Rodina se ocitá v neznámé situaci. Tyto situace mohou být doprovázeny pocity zlosti, smutku, selhání, strachu či zmatenosti, které v důsledku nedostatku informací rodina nedokáže zvládnout.

Z tohoto důvodu jsem si jako téma své bakalářské práce zvolila problematiku zabývající se rodinou uživatelů drog, podporou a poradenstvím.

Práce je rozdělena do pěti kapitol. Úkolem první kapitoly je poskytnout definici a objasnění pojmu drogová závislost, včetně typologie drogové závislosti. Dále první kapitola charakterizuje znaky, příčiny a stádia vzniku drogové závislosti.

Druhá kapitola stručně vysvětluje význam termínu rodina a popisuje rizikové faktory, jež mohou přispívat ke vzniku drogové závislosti v rodině. Také poskytuje doporučení pro rodiny a ostatní blízké osoby, pro případ, kdy některý člen má problém s drogami.

Poslední tři kapitoly se snaží vymezit a popsat formy podpory a poradenství, které rodina či ostatní blízké osoby mohou využít při řešení nepříznivé životní situace. Jedním z hlavních témat je charakteristika rodinná terapie, včetně jejího vývoje. V rámci rodinné terapie uvádíme i pravidla pro práci s rodinou, techniky rodinné terapie a v neposlední řadě postup práce s rodinou. Poskytujeme popis individuální a skupinové psychoterapie s teoretického hlediska. V poslední kapitole se zaměřujeme na další formy podpory a poradenství, mezi které lze zařadit poradenství poskytované v kontaktních centrech, svépomocné programy, skupiny s blízkými závislého či rodinné a manželské poradenství.

Cílem práce je poskytnout rodině a ostatním blízkým, ale i laické veřejnosti informace pro pochopení problematiky týkající se drogové závislosti, jejího vzniku a průběhu jednotlivých stádií drogové závislosti. Hlavním cílem je podání informací o jednotlivých možnostech terapie, sociálních službách a ostatních svépomocných programech, jež jsou určeny právě pro rodinu a ostatní blízké.

1 DROGOVÁ ZÁVISLOST

Úkolem první kapitoly je seznámit nás s pojmem drogová závislost včetně jevů, které musí být přítomny pro její diagnostikování. Kapitola nám objasní příčiny vzniku a rozvoje závislosti a vymezí znaky a druhy drogové závislosti.

1.1 Definice pojmu drogová závislost

Drogová závislost je soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, které se vyvíjí po opakovaném užití drogy či jiné návykové látky. Soubor je typický svou silnou touhou užít drogu, porušeným ovládním při jejím užívání, přetrvávajícím užíváním i přes škodlivé následky, užíváním drogy, která je přednější než jiné aktivity a závazky, zvyšováním tolerance, popřípadě somatickým odvykacím stavem. Definitivní diagnóza závislosti dle MKN-10 se stanoví, jestliže se během jednoho roku objevily tři nebo více z následujících jevů:

- **silná touha** nebo **pocit nutkání** užít návykovou látku;
- **potíže v sebeovládání** při konzumaci návykové látky, jedná-li se o začátek a ukončení, či množství látky;
- **tělesný odvykací stav**. Návyková látka je užívána k dosažení výsledku zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním dané látky, případně může dojít k odvykacímu stavu.;
- **průkaz tolerance k účinku návykové látky**, je charakteristický zvyšováním dávek látky k dosažení účinku, který byl vyvolán dřívějšími nižšími dávkami;
- **postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů**, všechny aktivity jsou vykonávány ve prospěch návykové látky. Jedná se o množství času, které je nezbytné pro získání nebo užívání látky, případně pro léčení se z jejího účinku.;
- **pokračování v užívání i přes škodlivé následky** (MKN-10, 2006).

Další definici pojmu drogové závislosti včetně jevů, které musí být přítomny pro diagnostikování závislosti, nám předkládá Americká psychiatrická asociace. Pro diagnostikování závislosti dle DSM-IV platí stejně jako u MKN-10 prokázání výskytu tří nebo více z následujících jevů přítomných během jednoho roku:

- **nárůst tolerance**, jedná se o zvyšování dávek, aby bylo dosaženo stejného účinku drogy, jako při nižších dávkách;
- **odvykací příznaky po vysazení drogy**;

- užívání návykové látky ve větším množství nebo delší dobu než byl původní záměr člověka;
- dlouhodobá snaha nebo pokusy omezit a ovládat užívání látky;
- trávení spousty času při aktivitách nezbytných k získání, užívání nebo zotavování se z účinků návykové látky;
- sociální, společenské, profesní a rekreační aktivity nejsou přítomny nebo omezeny důvodů užívání návykové látky;
- užívání návykové látky neustále pokračuje i přes dlouhodobé a opakující se fyzické, psychologické a sociální problémy způsobené užíváním návykové látky (Nešpor, 2007).

Závislost dle Kaliny (2003) můžeme definovat jako chronickou a postupující poruchu, která se rozvíjí na podkladě přirozené touhy člověka po změně prožívání. Změnou prožívání rozumíme hledání intenzivních prožitků radosti, euforie a slasti, únik před bolestí, pocity samoty a izolace. Mezi podněty, které mohou mít vliv na změnu prožívání, řadíme alkohol, drogy, jídlo, sex, hazardní hry, práci apod.

Závislost je vyústěním nadměrného užívání návykové látky, které se stalo mimořádnou a dominantní činností, jež má zajistit pocit uspokojení. Jde o dlouhodobý a postupný proces, který je daným člověkem zpravidla nepřijímaný nebo přijímaný jen částečně.

Drogovou závislostí tedy rozumíme onemocnění charakteristické neutěšitelnou a naléhavou touhou po užití a účincích drogy, kterou nemocný užívá i přes hrozící nepříjemné problémy. Závislost je spojena s užíváním psychoaktivních látek, alkoholu a tabáku. Dále uvádí, že závislost je doprovázena i sociální „závislostí“, kterou rozumíme vazbu na skupinu lidí, ve které se droga distribuuje a užívá. Je také doprovázena širokým spektrem chování, které obvykle přináší problémy v běžném fungování, čímž máme na mysli rodinu, školu či zaměstnání (Hajný, 2001).

1.2 Typy drogové závislosti

Psychická závislost znamená „*syndromový komplex s jádrovým psychickým cravingem, k němuž se přiřazuje narušená kontrola užívání, zaujetí užíváním a jeho pokračování navzdory následkům (poruchy motivačního a behaviorálního charakteru)*“

(Kalina, 2008, s. 55). Mezi látky vyvolávající psychickou závislost patří především amfetaminy, tetrahydrokanabinol a nikotin (Kalina, 2008).

Psychická závislost se projevuje nepřemožitelnou touhou užít drogu, potřebou užívat ji opakovaně a přesvědčením, že pokud nedojde k aplikaci dané dávky, dostaví se nepříjemné pocity v psychickém prožívání (Vágnerová, 2004).

Somatická závislost se definuje „*růstem tolerance a průkazem odvykacího stavu, jehož součástí je i fyzický carving*“ (Kalina, 2008, s. 55). Pro vznik somatické závislosti jsou typickými látkami opioidy a benzodiazepiny (Kalina, 2008).

Vágnerová (2004) za somatickou závislost považuje stav přizpůsobení biologických funkcí organismu na náležitou návykovou látku, někdy doprovázený zvyšující se tolerancí k účinku dané látky. Při vysazení drogy se projevují abstinční příznaky, které mohou mít v závislosti na druhu látky různý průběh.

Psychická i somatická závislost se rozvíjí většinou současně, přestože se jednotlivé látky navzájem odlišují (Kalina, 2008).

Jiné rozdělení typu závislostí ve své publikaci uvádí Ondruš (1990):

1. **Morfinový typ závislosti**

Je odvozený od morfia nebo morfinu, hlavní účinné látky opia. Osobám, které spadají do morfinového typu závislosti, se po aplikování příslušné dávky mění vědomí a současně ztrácí pocit duševní a fyzické bolesti.

2. **Kokainový typ závislosti**

Jeho zdrojem je koka pravá, která roste ve vlhkém tropickém prostředí. Osoby užívající kokain mají pocit blaženosti a spokojenosti spojený s pocitem zvýšené tělesné a duševní aktivity.

3. **Kanabisový typ závislosti**

Drogová závislost kanabisového typu je ve světě rozšířená už asi 5 tisíc let. Jedná se o užívání omamné drogy z indického konopí, která pochází ze západních Himalájí a Kašmíru. Užitím marihuany či hašiše, patřící mezi zástupce kanabisových drog, bývá navozen pocit štěstí a euforie, případně mohou vzniknout zrakové a sluchové halucinace. Při dlouhodobém užívání kanabisových drog může dojít k poruchám paměti a intelektu.

4. **Amfetaminový typ závislosti**

Drogy ze skupiny amfetaminů jsou užívány osobami usilujícími o regulaci potřeby spánku, odpočinku či bdělosti pomocí tzv. psychostimulancií. Užití amfetaminů přináší zvýšenou psychickou aktivitu, výkonnost, pozornost a soustředěnost. Osoba po požití ztrácí pocit strachu, stoupá u něj odvaha a útočnost.

5. **Halucinogenní typ závislosti**

Drogová závislost daného typu je spojena s užíváním látek vyvolávajících halucinace, fantazie a iluze. Pro aplikaci jsou typické změny vnímání barev, tvarů a předmětů.

6. **Katový typ závislosti**

Tenhle typ drogové závislosti je pojmenován podle keříku nebo malého stromečku katy jedlé, která se pěstuje ve východní Africe a Arábii. Mezi hlavní projevy patří veselost, zapomnění na starosti, odstranění pocitu únavy a hladu.

7. **Závislost na analgetikách**

Zde řadíme léky proti bolesti a horečce, které se stávají velmi zneužívanými látkami a stávají se předmětem toxikomanie.

1.3 **Znaky drogové závislosti**

Prim. MUDr. Karel Nešpor ve své publikaci *Návykové chování a závislost (2007)* uvádí šest znaků závislosti.

1. **znak: Silná touha nebo pocit puzení užívat látku (craving, bažení)**

Bažení je definováno jako touha pociťovat účinky psychoaktivní látky, s níž měla osoba již dříve zkušenost. Jedná se o definici, na níž se shodla v roce 1955 komise odborníků Světové zdravotnické organizace. Rozlišujeme dva typy bažení, a to bažení somatické a psychické. Bažení somatické vzniká při odeznívání nebo po odeznění intoxikace návykovou látkou, kdy dochází k útlumu aktivity řady mozkových center po jejich předešlé nadměrné aktivitě. Bažení psychické, objevující se po delší abstinenci, ovlivňuje aktivitu v poměrně specifických centrech souvisejících s emocemi a pamětí. Mezi projevy při psychickém bažení patří:

- nálezy týkající se aktivace určitých částí mozku;
- oslabení paměti;
- zhoršení postřehu;
- abnormální nález na elektroretinogramu;
- zvýšení tepové frekvence;

- zvýšená aktivita potních žláz a snížení kožní teploty;
- u závislých na alkoholu vyšší slinění (Nešpor, 2007).

2. znak: Potíže v sebeovládání

Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize uvádí potíže v sebeovládání při užívání látky a to pokud jde o začátek, ukončení nebo množství látky. Potíže v sebeovládání úzce souvisí s predešlým znakem s bažením. Na jedné straně bažení zřejmě zhoršuje sebeovládání. Na straně druhé mohou mít lidé trpící silným bažením sebeovládání zachované. Potíže v sebeovládání se jednoznačně týkají chování, kdežto bažení je spíše subjektivní.

3. znak: Somatický odvykací stav

„Pro tuto diagnózu odvykacího stavu musí být splněny následující kritéria:

- *nedávné vysazení či redukce látky po opakovaném nebo dlouhodobém užívání;*
- *příznaky jsou v souladu se známými známkami odvykacího syndromu;*
- *příznaky nejsou vysvětlitelné tělesným onemocněním nezávislým na užívání látky a nejsou lépe vysvětlitelné jinou psychickou či behaviorální poruchou“* (Nešpor, 2007, s. 20).

Pro představu uvádíme diagnostická kritéria pro některé odvykací syndromy.

U alkoholu platí, že musí být přítomny alespoň tři z příznaků, mezi něž například patří bolesti hlavy, pocení, nevolnost či zvracení, halucinace, nespavost a psychomotorický neklid.

Pro Kanabis nejsou definitivní kritéria stanoveny, avšak mezi projevy patří například úzkost, třesy rukou, podrážděnost, pocení a svalová slabost.

U opioidů je opět nutná přítomnost alespoň tři příznaků, jako je slzení, bolesti svalů a křeče, nevolnost či zvracení, neklidný spánek, rozšíření zornic a silná touha po opiátu.

Při zaměření na kokain a jiná stimulantia musí být přítomny alespoň dva z následujících příznaků - únava, bizarní nebo nepříjemné sny, zvýšená chuť k jídlu, silná touha po droze, nespavost nebo nadměrná spavost (Nešpor, 2007).

4. znak: Růst tolerance

Tento znak je charakteristický tím, že k dosažení stejného účinku je třeba zvyšovat dávku návykové látky, protože dávka stejná má nižší účinek.

V současnosti není zcela jasné, jak tolerance vzniká. Růst tolerance patrně vzniká v důsledku nižší reaktivity centrální nervové soustavy na návykovou látku nebo rychlejším odbouráváním látky (Nešpor, 2007).

5. znak: Zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů

Zanedbávání je důležitá a nejednou se vyskytující známka závislosti. Jedná se o stav, kdy ze strany uživatele drog dochází k zanedbávání jeho potěšení, zájmů, rodiny, přátel apod. Důsledkem je zvýšené množství času, který je věnován získávání nebo užívání návykové látky. Všechny volný čas a aktivity s ním spojené se odehrávají ve prospěch užívané látky (Nešpor, 2007).

6. znak: Pokračování v užívání i přes jasný důkaz škodlivých následků

„Aby byl tento příznak diagnosticky validní, musí být pacient o škodlivých následcích informován. Tak např. u člověka, který si návykovou látkou poškozuje játra, se až do okamžiku, kdy ho na to lékař upozorní, nebude jednat o znak závislosti“ (Nešpor, 2007, s. 25). Pokud však bude v návykovém chování pokračovat i po informování o svém zdravotním stavu, o znak závislosti se jedná (Nešpor, 2007).

1.4 Příčiny vzniku drogové závislosti

„Drogovou závislost je nutno pojímat i studovat komplexně, jako bio-psycho-sociální onemocnění, kde se jednotlivé faktory vzájemně doplňují a integrují“ (Kalina, 2003, s. 96).

V tomto případě se jedná o vztah mezi drogou, uživatelem a prostředím. Další možností jak tento model znázornit je model člověk – droga – prostředí. Dle daného modelu dělíme rizikové faktory vzniku závislosti v oblasti osobnosti člověka na vnitřní a vnější. Vnitřními faktory máme na mysli především biologické dispozice a poruchy osobnosti. Vnějšími faktory rozumíme společenské postoje, společenský stres, prostředí jedince, dostupnost drog, společenské postavení, vnímání škodlivosti drog či nepřiměřené sociální vztahy. V rámci prostředí se jedná o stavy, jako jsou historie užívání drog v rodině nebo vrstevníky, nedostatečná vazba dítěte s rodiči, vliv sociální interakce aj.

V posledních letech se bio-psycho-sociální model rozšířil o další dimenzi, a to o dimenzi spirituální. Dimenze spirituální se zabývá duchovní stránkou člověka, kdy hlavní motivací k užití návykové látky je pocit vlastní odcizenosti, nenaplnění smyslu života či touha po vlastní transcenci (Velemínský, Studenovský, 2008).

Vágnerová (2004) pojímá příčiny vzniku drogové závislosti jako multifaktoriálně podmíněnou poruchu, na jejímž vzniku se podílejí somatické a psychické vlastnosti jedince i působení vnějšího prostředí, především prostředí sociálního.

Mezi příčiny vzniku drogové závislosti řadíme genetické dispozice, které jsou považovány za etiologicky významný faktor, jenž může zvyšovat náchylnost k užívání návykových látek. Doposud však není jednoznačně určeno, zdali existují genetické dispozice, které vedou ke vzniku závislostního chování.

Biologickým základem vzniku závislosti na návykové látce rozumíme její specifické zpracování v organismu. Na zpracování návykové látky se v mozku podílí mezolimbokortikální systém. Užívání návykových látek způsobuje změny fungování některých oblastí mozku. Na těchto změnách se spolupodílejí rozličné neurotransmiterové systémy, především dopaminový, serotoninergní, GABA systém a mnohé další.

Psychické faktory mohou vycházet z individuálních potřeb člověka nebo mohou být důsledkem sociálního tlaku. Zpravidla se jedná především o potřebu uniknout něčemu negativnímu, získat něco pozitivního a o potřebu sociální konformity.

K neodmyslitelným příčinám vzniku drogové závislosti řadíme i sociální faktory, které mohou zvyšovat tendenci k užívání návykových látek. Mezi sociální faktory, které vznik drogové závislosti usnadňují, patří společnost, městské prostředí, vliv dysfunkční rodiny, vlivy sociálních skupin, party či subkultury, nižší úroveň vzdělání a v neposlední řadě sociální deprivace.

1.5 Stádia vzniku drogové závislosti

Závislost na návykových látkách nevzniká náhle. Jedná se o proces probíhající v několika po sobě jdoucích stádiích. Vznik drogové závislosti lze rozdělit do čtyř stádií:

1. stadium: Experimentování

Stadium experimentování je spojeno s občasným užíváním návykové látky, která jedinci přináší euforický prožitek. Vyvolává u jedince žádoucí pocity jako uvolnění, štěstí, sebejistotu a zároveň zbavuje člověka pocitů nejistoty, strachu a úzkosti. V tomto stadiu návyková látka napomáhá jedinci uniknout z reality a z osobně nepříjemných situací. Experimentování lze před rodiči a jinými blízkými osobami poměrně dobře utajit.

2. stadium: Příležitostné užívání

V daném stadiu jedinec přichází na fakt, že užívání návykové látky mu napomáhá v situacích osobní a sociální nouze případně nudy a při této příležitosti látku užívá. Jedinec si je vědom svého nesprávného chování, které se snaží i nadále tajit. Záleží mu na společenském okolí, na rodině a blízkých i na profesní roli.

3. stadium: Pravidelné užívání

Spotřeba návykové látky se zvyšuje a její užívání probíhá ve stále častějších intervalech. Jedinci přestává záležet na jeho okolí, ztrácí zaměstnání, dochází k rozpadu rodiny a k narušení vztahu s blízkými. Okolí jedince je tvořeno individuálními užívajícími návykové látky.

4. stadium: Návyk a závislost

Veškeré aktivity v životě jedince směřují k návykové látce. Jiné sociální vazby, nežli ke skupině narkomanů neexistují. Dochází ke změnám v oblasti somatické, psychické a sociální, které jsou zřejmé na první pohled (Fischer, Škoda, 2009).

2. DROGOVÁ ZÁVISLOST A RODINA

Rodina se může přímo, ale i nepřímo podílet na vzniku a rozvoji závislosti některého člena v rodině. Druhá kapitola charakterizuje rodinu a předkládá možné rizikové faktory vzniku drogové závislosti v rodině, včetně reakce rodiny na drogový problém.

2.1 Rodina

Rodinu definujeme jako intimní společenství vyznačující se časoprostorovým ohraničením, jehož členové utvářejí společný život především v soukromém prostoru. Jedná se o neobyčejný typ sociální skupiny poskytující nenahraditelné klima a prostředí pro osobní rozvoj jedince. Rodina je vytvářena na základě vzájemných závazků a jednotných cílů.

Z psychologického hlediska lze za rodinu považovat skupinu, která svým členům poskytuje ochraňující hmotné i sociální prostředí, zajištění základních životních potřeb, akceptaci jeho lidské existence, podporu samostatnosti a svébytnosti a v neposlední řadě východiska pro proniknutí do společnosti (Řezáč, 1998).

Rodina představuje první a velmi významný model společnosti, s nímž se člověk setkává a který předurčuje jeho osobní vývoj a vztahy k jiným skupinám lidí. Rodina jednotlivým členům předává sociální dovednosti, čímž rozumíme určité hodnoty, vystavování určitým konfliktům, poskytování podpory a další. Rodina jednotlivci umožňuje nalézt oporu, ztotožnění se s ní, ale zároveň mu poskytuje svobodu k budování a zachování osobní odlišnosti (Matoušek, 2003).

Fischer a Škoda (2009) považují rodinu za nejdůležitější sociální skupinu, v níž člověk žije. V rodině člověk uspokojuje především své fyzické, psychické sociální potřeby. Rodina představuje prostředí, ve kterém jedinec nachází zázemí ke společenské seberealizaci, zkušenosti a vzorce chování. Rodina jedince ovlivňuje v průběhu jeho vývoje, představuje významného nositele jeho budoucích společenských rolí a identity.

Rodina plní důležité funkce nejen v životě jednotlivého člověka, ale i v životě společnosti. Rodina zajišťuje biologickou a sociální reprodukci člověka, kterou lze chápat jako narození dítěte, péči o dítě, socializaci, předávání tradic a hodnot. Dále rodina plní funkci ekonomickou, poskytuje svým členům ochranu a pomoc v každodenním životě, kontroluje chování a jednání jednotlivých členů. V neposlední řadě rodina svým členům poskytuje

významné osobní vztahy a umožňuje společnou radost, smutek, úzkost a mnoho dalšího (Čáp, Mareš, 2001).

Rodina je sociální skupina, jež svým členům poskytuje modely k napodobování a identifikaci. Jednotlivým členům předává základní modely týkající se sociální interakce a komunikace. Rodina plní především funkci biologickou, pedagogickou, psychologickou taktéž ekonomickou.

Rozlišujeme čtyři typy rodin:

- úplná rodina - tento typ je charakteristický přítomností obou vlastních rodičů a vlastních dětí;
- neúplná rodina - jeden z rodičů schází například z důvodu úmrtí, rozvodu nebo se jedná o svobodné matky;
- zastoupená rodina – rodiče či pouze jeden z rodičů jsou nahrazeni jinou osobou případně institucí;
- narušená rodina – daný typ rodiny vystupuje jako úplná rodina, avšak vztahy mezi rodiči jsou značným způsobem narušeny (Linhartová, 2008).

2. 2 Rizikové faktory vzniku a rozvoje závislosti v rodině

V současnosti většina odborníků dochází k závěrům, které říkají, že rodinné prostředí závislých nelze jednoznačně vystihnout a spíše než typickou rodinu závislého můžeme zobecnit některé opakující se znaky související s rozvojem závislosti.

Za rizikové faktory v rodině považujeme jak nadměrnou angažovanost, přehnané ochraňující tendence, tak i chladné a nevšímavé postoje. Velmi podstatnou roli zde hraje užívání alkoholu a návykových látek u rodičů, opuštění nebo nečekaná smrt rodiče, případně traumatizující prvky jako sebevraždy, násilí, rozvody rodičů, partnerské konflikty aj. (Kalina, 2003).

Rodina představuje instituci, která má vliv na vývoj člověka a pro jeho život ve společnosti má nenahraditelný význam. Pokud se zaměříme na orientační rodinu, rizikovým faktorem může být problém spojený s dysfunkční rodinou, zejména v případě pokud je spojen s psychickou deprivací. Další problémy bývají spojeny s odchylkami v osobnosti rodičů, kdy rodiče nemohou, nechtějí nebo neumějí správně pečovat o děti. Rodiče se sami mohou dopouštět asociálního a antisociálního chování. Neúplná rodina a náhradní rodinná péče

představují další rizikový faktor, který může ovlivnit rozvoj drogové závislosti. Negativním jevem, který se v rodinách vyskytuje, je týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte.

Na vznik a rozvoj drogové závislosti má vliv i nefunkčnost či ztráta rodiny prokreační. Zde je jedincovým úkolem plnit dané role a uspokojovat své potřeby, zejména potřebu sounáležitosti, lásky a seberealizace. Pokud tyto potřeby nejsou u jedince uspokojeny, může toto uspokojení hledat jinde například ve formě užívání návykových látek. (Fischer, Škoda, 2009).

Hajný (2001) uvádí zvyky, které zvyšují užívání návykových látek v rodině. Většina zvyků patří k typickým charakteristikám rodin, se kterými se lze setkat při léčbě závislosti.

Ke vzniku nebo přetrvávání problému s návykovými látkami v rodině mohou přispívat extrémní poměry jako je nadměrná svoboda nebo naopak silné vazby. Negativním vlivem u předčasně zralých dětí je nadměrná odpovědnost, kterou do nich rodiče vkládají. Dítě je také často využíváno jako zpovědník rodičů. V takových případech se jedná o dítě nezralé, zranitelné a emočně nepřipravené na mnohé problémy. Mezi další zvyky řadíme nedostatek kontaktu dítěte s rodičem, nedůslednou výchovu, nadměrnou kontrolu, nadměrně manipulativní chování, rozvody a mnohé další.

Nešpor (2007), mezi rizikové faktory na úrovni rodiny řadí:

- neléčené a nezvladatelné návykové chování u rodičů, zvyšující riziko návykového chování u dětí;
- nevyhrazená pravidla, která se týkají chování dítěte;
- nedostatečný čas věnovaný dítěti, nedostatečný dohled a neuspokojení citových potřeb dítěte;
- přísná výchova, nepřiměřené fyzické tresty, týrání a sexuální zneužívání dítěte;
- schvalování užívání drog;
- podceňování dítěte;
- špatné společenské vazby rodičů vůči širšímu okolí;
- duševní choroba rodičů nebo blízkých členů rodiny;
- nepříznivá ekonomická situace;
- nezájem o výchovu ze strany jednoho z rodičů;
- dítě nemá rodinné zázemí.

2.3 Reakce rodiny na drogový problém

Zjištění, že některý člen rodiny má problém s drogami, přivádí rodinu do hlubokého šoku, zděšení, zmatku, hněvu a smutku, z něhož je obtížné se dostat. Reakce rodiny na drogový problém lze rozčlenit do tří částí, kterými jsou zjištění, přizpůsobení se a zavržení.

Zjištění

V případě, kdy se rodina dozví o problému s drogami, její nejpravděpodobnější reakcí je naprostá panika, která vyplývá z nedostatečné informovanosti a zkušenosti. V této fázi se rodina snaží řešit problém vlastními silami v rámci rodiny. Rodinní příslušníci reagují na změny závislých jedinců bezmocným vztekem a pocitem vlastní bezmocnosti. Tyto změny se projevují v oblasti fyzické, sociální a emocionální. Rodina většinou nemá žádnou reálnou představu, o tom, jak by mohli závislému jedinci pomoci při řešení jeho problému.

Přizpůsobení se

Ve druhé fázi rodina alespoň minimálně akceptuje skutečnost, že některý z jejích členů má problém s drogami. I když se rodina i nadále snaží poskytovat rodinnému příslušníkovi pomoc a podporu, snaží se i čelit náporu, který z něj vyplývá. Snahou rodiny je eliminace škod, čímž především rozumíme omezení styku s osobami užívající návykové látky, zamezení trestné činnosti, násilí a jiné. Přestože většina rodin je v této fázi do určité míry s drogovým problémem smířena, stále se snaží, aby se o drogovém návyku nedozvěděli lidé mimo rodinu.

Zavržení

Zavržení je mimořádně těžkým krokem, jímž rodina nechává závislého napospas svému osudu. Tato rozhodnutí jsou učiněna především v zájmu přežití rodiny, která je drogovým problémem traumatizovaná a negativně zasažena. Rodina si nastavuje určitá pravidla a opatření, která znamenají významný zlomový bod (Barnardová, 2009).

2.4 Doporučení pro rodinu a osoby blízké

Podkapitola s názvem doporučení pro rodinu představuje postupy, které se z dlouhodobého hlediska osvědčily a jež se snaží poskytnout rodině a ostatním blízkým doporučení co dělat v případě, pokud některý člen rodiny má problém s návykovými látkami.

V případě kdy se osoba, která má problém s návykovými látkami ocitne pod vlivem drogy a hrozí mu otrava, je nutné zavolat lékaře. Zaměříme-li se na užívání drog dítěte, jejich užívání není trestné a proto dítěti žádný právní postih nehrozí.

Lékaře nebo záchrannou službu je nutné zavolat i tehdy, pokud účinek drogy odezněl, ale neustále přetrvávají duševní problémy, jako jsou halucinace či pocity pronásledování.

Rodina nebo ostatní blízké osoby by neměly spoléhat na zázračné okamžité řešení, ale spíše dlouhodobý výchovný a léčebný proces. Základem je nepodporovat a neusnadňovat užívání drog a především se snažit odměnit každou změnu k lepšímu.

Důležité je získat důvěru osoby užívající návykové látky a v neposlední řadě jí naslouchat.

Dalším doporučením pro rodinu je naučit se o drogách a o věcech s nimi spojenými mluvit. Vždy je důležité opatřit si protiargumenty, pro případ že závislá osoba či dítě bude nějakou drogu obhajovat.

Pokud se zaměříme na dítě, je podstatné, aby si rodiče uvědomili své možnosti. Dítě, jež užívá návykové látky je většinou nezralé a neschopné postarat se samo o sebe, především z důvodu neschopnosti opatřit si základní prostředky k životu. V tomto lze spatřit šanci a sílu rodičů.

Rodina by si měla vytvořit základní a zdravá pravidla, ze kterých budou patrné a předvídatelné důsledky v případě nevhodného jednání.

Pomoc odpoutat se od nevhodné společnosti má pro překonání problému mnohdy podstatný význam.

Nedílnou součástí doporučení pro rodinu tvoří spolupráce, čímž rozumíme spolupráci s dalšími dospělými, rodinou, širší rodinou, léčebnými zařízeními, školou a dalšími institucemi.

Rodina či blízké osoby by neměly váhat s vyhledáním profesionální pomoci, kterou poskytují poradny pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy, linky důvěry, centra krizové intervence a další zařízení.

Přístup k osobě, která má problém s návykovými látkami shrnuje anglické sousloví „tough love“, v překladu „tvrdá láska“. Rozumíme tím, dobrý vztah k osobě užívající návykové látky, snahu jí pomoci, ale zároveň cílevědomost a pevnost (Nešpor, Csémy, 1996).

3 RODINNÁ TERAPIE

Hlavním cílem třetí kapitoly je charakterizovat pojem rodinná terapie a vymezit její východiska a vývoj. Dále se tato kapitola zabývá popisem postupu práce, jenž je využíván při práci s rodinou a zavedením základních pravidel, která jsou pro rodinnou terapii nezbytná.

3.1 Charakteristika a základní modely rodinné terapie

3.1.1 Charakteristika rodinné terapie

Rodinnou terapii lze charakterizovat jako standardní psychoterapeutickou metodu vycházející z myšlenky, že většina psychických, vztahových a psychosomatických potíží mají své souvislosti ve vztazích uvnitř rodiny.

Při rodinné terapii se obvykle jedná o řadu setkání celé rodiny nebo důležitých členů rodiny s rodinným terapeutem. Podle konkrétních problémů, ale také podle zaměření terapeuta terapie probíhá pomocí společného hovoru.

Pokud se zaměříme na léčbu drogových závislostí je rodinná terapie obvykle využívána v rámci hospitalizace, pobytové či komunitní léčby (Hajný, 2001).

Rodinná terapie dle Gjuričové a Kubičku (2009) znamená způsob řešení zdravotních či jiných problému a spočívá ve spolupráci terapeuta s více členy rodiny. Jedná se o setkávání terapeuta se všemi členy rodiny současně, nikoliv individuálně, při kterém se účastníci za pomoci rozhovoru snaží vyřešit problém, jenž se týká celé rodiny.

Dále může být rodinná terapie definována jako samostatná forma psychoterapeutické pomoci, zaměřující se na proces navození prospěšných změn v narušeném či patologicky změněném prostředí prostřednictvím terapeutického vztahu mezi terapeutem a členy rodiny (Prevendárová, 1998).

Rotgers (1999) uvádí, že hlavní myšlenkou, na níž jsou metody rodinné terapie založeny, je fakt, že zapojení blízkých osob závislého do léčebného procesu se jeví jako prospěšné. Rodinná terapie se doporučuje především v případech, kdy interpersonální konflikty či problémy komunikace přispívají ke škodlivému užívání návykových látek. Její využití může být důležité i v případě, kdy členové rodiny neúmyslně podporují závislou osobu v užívání návykových látek. V neposlední řadě lze rodinou terapii využít při práci s ostatními členy rodiny, kteří jsou chováním drogově závislé osoby negativně ovlivňováni.

Rodinná terapie se při léčbě drogové závislosti zpravidla používá jako součást komplexnějšího léčebného programu. Využití rodinné terapie zlepšuje schopnosti závislé osoby dokončit léčbu a zlepšuje léčebné výsledky. Pozitivní efekt lze spatřit v zaměření, které se týká rodinných systémů a v zaměření, jenž se návykovým chováním zabývá v užším kontextu (Nešpor, 2008).

Kalina (2008) dále uvádí, že rodinná terapie má pro rodinu významný přínos. Tento přínos spočívá ve spokojenosti z údravy rodinného člena, jenž byl závislý na návykových látkách. Největším přínosem pro rodinu je překonání pocitů selhání, studu, viny, hněvu, obviňování a sebeobviňování včetně zvýšení kompetencí pro zvládnání problémů a posílení sounáležitosti.

3.1.2 Základní modely rodinné terapie

Transgenerační rodinná terapie se zabývá vzorci rodinného chování, které se předávají z jedné generace na druhou. Jako příklad uvádíme situaci, při níž rodiče na své dítě projektují nepřiměřené potřeby, které v rodičích zanechala předchozí generace. Dále se může jednat o situaci, kdy si rodiče na dětech odreagovávají frustrace způsobené prarodiči.

Snahou terapeuta v rámci sezení rodinné terapie je vyjasnit komplex těchto situací a najít původního adresáta (Matoušek, 2003).

Strukturální rodinná terapie nahlíží na rodinu jako na systém vykonávající své funkce pomocí specializovaných podsystémů, čímž máme na mysli například manželský, rodičovská či sourozenecký podsystém.

V rámci strukturální rodinné terapie je hlavním úkolem terapeuta zmapování vnitřní struktury rodiny. Následně se terapeut na rodinu napojí, sdílí jejich příběhy a pak začne na rodinu aktivně působit. V některých případech je nutností předepisovat rodině jiné vzorce chování, případně zadat domácí úkoly, jež navozují vhodné vzorce chování (Matoušek, 2003).

Systemická rodinná terapie se zaměřuje na procesy probíhající v rodině „zde a nyní“. Hlavním cílem systemické rodinné terapie je vyjasnění komunikace a definování rolí členů rodiny. Úkol terapeuta především spočívá v blokování rodiny při pokusech definovat některého člena rodiny jako stabilního původce rodinných problémů. Pozornost členů rodiny se zaměřuje na rodinu jako komplexní systém interakcí (Matoušek, 2003).

3.2 Východiska a vývoj rodinné terapie

Po druhé světové válce donutily ohromné společensko-politické síly psychoterapii zabývajících se doposud pouze jedincem, aby na svou práci nahlédla v širším kontextu. Od této doby se oblasti zaměřující se na užívání drog a závislosti začaly ubírat dvěma směry, přičemž první směr se zabývá vytvářením atmosféry ve společnosti prostřednictvím zákonů a mediálně vzdělávacího působení. Druhý směr se zaměřuje na práci s jednotlivcem v souvislosti malých skupin.

Rodinná terapie se začala utvářet v 50. letech minulého století. Od této doby až do současnosti prošla třemi vývojovými obdobími.

1. Patologické chování rodinných členů

V tomto vývojovém období bylo na rodinu nahlíženo jako na zdroj symptomu a hledaly se rizikové faktory, které souvisely se vznikem závislosti v rodině.

2. Patologický rodinný závislostní systém

Nejvýznamnější rozvoj rodinné terapie probíhal v 70. a 80. letech minulého století, kdy byla rodina pojímána jako systém.

3. Využití síly rodinného systému k uzdravě

V posledním vývojovém období je na rodinnou terapii nazíráno jako na kontext, v němž se závislost děje a který může zásadním způsobem ovlivnit terapeutické snahy (Kalina, 2008).

3.3 Postup práce s rodinou

Jednou z prvních částí postupu při práci s rodinou je tzv. připojení neboli navázání kontaktu s každým členem rodiny. Hlavním cílem připojení je, aby terapeut i člen rodiny pocítili vhodnou atmosféru vedoucí ke spolupráci na problému.

Další část, která by neměla zůstat opomíjena je zavedení základních pravidel, kdy terapeut společně s rodinou stanovují pravidla pro čas, frekvenci, účast členů rodiny na setkáních včetně podmínek týkající se problémového člena.

Následuje část, v níž je důležité zaměřit se na zapojení a na základní komunikační struktury. Terapeut projevuje zájem o všechny členy rodiny, snaží se jim poskytnout prostor a naslouchat jim. Výsledkem je, že terapeut členům rodiny dává pocit zapojení a vzor, jak mezi sebou komunikovat, vzájemně si naslouchat a vhodně reagovat.

Jednou ze základních částí v rodinné terapii je identifikovat ústřední oblasti interpersonální dysfunkce. V rodině, kde se problém s drogami objevil, často existují potíže

s důvěrou, komunikací, fungováním rolí, konfliktech, ale i ve stanovení náležitých hranic týkající se chování.

Při práci s rodinou, ve které se objevil problém spojený s užíváním návykových látek, nesmíme zapomenout na část, v níž je nezbytně nutné se zaměřit na zlepšení komunikaci o myšlenkách a pocitech.

Poslední část postupu práce s rodinou je zaměřena na umožňování. V rodinách ovlivněných závislostí mají členové tendence ulehčit drogově závislému jeho situaci. Proto je hlavním cílem této části, aby v rámci terapeutického procesu docházelo ke snižování míry umožňování (Rotgers, 1999).

3.4 Techniky rodinné terapie

V dané podkapitole uvádíme některé základní techniky, které jsou uplatnitelné při rodinné terapii.

1. Spojení

Terapeut navazuje kontakty s jednotlivými členy rodiny a snaží se pochopit jejich hledisko. Pomocí této techniky se terapeut nesnaží měnit strukturu rodiny, nýbrž pracovat v jejím rámci a za pomoci jejích silných stránek.

2. Stabilizace

Pomoc se strany terapeuta spočívá v pomoci závislé osobě abstinovat, nebo alespoň snížit míru užívání návykových látek v zájmu posílení jeho fungování. Jednotlivý členové zapojení do terapie společně stanoví pro závislou osobu behaviorální cíle a zároveň je stanoven průběh terapie.

3. Edukace

Rodině jsou poskytnuty informace jak o procesu vzniku a rozvoje závislosti, tak o procesu uzdravování. Důležité je s rodinou otevřeně probrat problematiku týkající se carvingu, doporučení spolupráce se svépomocnými skupinami, budování důvěry, plány pro případ relapsu a další otázky.

4. Rodinné systémy a strukturální analýza

Úkolem terapeuta je rodině pomáhat zjistit, co v rodině nefunguje a co k danému problému přispívá. Rodina za pomoci a přispění terapeuta hledá způsoby, jak fungovat jiným způsobem.

5. Alternativní strategie zvládání zátěžových situací

Hlavní strategií lze shledat v učení rodiny hovořit o emocích upřímně a ohleduplně.

6. Prevence relapsu

Terapeut jednotlivým členům rodiny pomáhá zformulovat a plnit plán řešení relapsu ze strany závislého a jeho možné prevence (Millerová, 2011).

3.5 Pravidla pro práci s rodinou

Důležitou skutečností při práci s rodinou je zavedení základních pravidel, na kterých by se měli domluvit rodinní příslušníci s terapeutem. Pravidla by se měla vždy stanovovat s ohledem na již existující pravidla v rodině. Pravidla pro práci s rodinou lze rozdělit do několika kategorií:

- Kategorie **lidský – nelidský**

V této kategorii se setkáváme s pravidlem, kterými po sobě žádáme, abychom se chovali a žili podle pravidla, jímž je téměř nemožné se řídit.

- Kategorie **zjevný – skrytý**

Jedná se o pravidla, která jsou skrytá, ale respektovaná.

- Kategorie **konstruktivní – destruktivní**

Jako příklad konstruktivního řešení situace lze uvést tvrzení, že tento měsíc je naše finanční situace špatná, pojďme si o tom promluvit. Destruktivním řešením dané situace je reakce, odmítnutí řešit problém někoho jiného (Kalina, 2008).

Při práci s rodinou je také velmi podstatným faktem dodržování pravidel ze strany celého terapeutického týmu. Mezi základní pravidla řadíme:

- naslouchání verzím všech účastníků a snahu provádět intervence s ohledem na konkrétní změny v dohodnutém kontextu;
- s významnými informacemi rodiny zacházet tak, aby podporovaly terapeutický proces;
- pomoc při komunikaci mezi jednotlivými členy rodiny použitím vhodných terapeutických a mediačních intervencí;
- uzavírání koalic, které jsou součástí práce s rodinou a slouží k dosažení terapeutického cíle, na němž se všichni zúčastnění dohodli;
- doporučení či zprostředkování příslušné péče v jiném zařízení nebo odborníka, v případě zjištění problému, který vyžaduje odbornou intervenci, a který přesahuje kompetence daného zařízení (Kalina, 2008).

4 INDIVIDUÁLNÍ A SKUPINOVÁ TERAPIE

4.1 Individuální psychoterapie

„Individuální psychoterapie je zaměřená na práci s jednotlivcem, probíhá tedy ve dvou a jejím hlavním prostředkem je rozhovor“ (Kalina, 2003, s. 36).

V rámci individuální psychoterapie rozeznáváme dvě odlišná zaměření terapeutické práce. Prvním zaměřením je psychoterapie orientovaná na symptom, kdy hlavním cílem je právě ovlivnění daného symptomu. V druhém případě se psychoterapie zaměřuje na osobní růst, což vychází z předpokladu, že symptom je pouze projevem jisté nerovnováhy a proto je vhodné se zaměřit na osobnost a pracovat na jejím růstu (Kalina, 2003).

Individuální psychoterapii lze charakterizovat jako proces setkávání dvou lidí, klienta a terapeuta, jehož profesionální asistence napomáhá klientovi při řešení a zvládnání jeho problémů, náročných životních situací, psychických a somatických obtíží.

Individuální psychoterapie představuje bezpečný a důvěrný prostor ke zkoumání myšlenek, pocitů, vztahů, osobních a rodinných vzorců chování.

Prostřednictvím individuální psychoterapie klient může dosáhnout hlubšího sebeuvědomění a pochopení svých pocitů, čímž postupně dochází k odstranění osobních potíží a potíží, které způsobil svým blízkým.

Individuální psychoterapie klientům pomáhá porozumět své situaci, pocitům a chování. Pomáhá určit problémové oblasti, kde konstruktivní změna může vést ke zmírnění či odstranění aktuálních obtíží a napomáhá hledat způsoby k dosažení žádoucí změny (Centrum Psychoterapie, [online], 2013).

Potřeba individuální psychoterapie vyplývá z kontextu problému i terapeutické situace. Nejčastěji je využívána u klientů, kteří žijí sami a u klientů, jejichž rodinné vztahy jsou natolik narušeny, že nikoho jiného pozvat nemohou či nechtějí. Dále je individuální psychoterapie využívána u klientů, kteří dávají individuálnímu kontaktu přednost, ale i u adolescentů, pro něž nepřítomnost rodičů znamená jejich osamostatnění (Gjuričová, Kubička, 2003).

Obsah individuální psychoterapie

- potřeba osobního rozvoje včetně hledání vhodných způsobů fungování;
- prohloubení náhledu na vlastní osobu;

- podpora v nepříznivé sociální situaci či v tíživé životní situaci;
- problémy týkající se mezilidských vztahů;
- partnerské problémy, nevěra, ztráta důvěry;
- problémy při navazování přátelských a partnerských vztahů;
- úzkost a strach;
- ztráta životní motivace, hledání smyslu života;
- závislost na návykových látkách, závislost na alkoholu a závislost na hracích automatech;
- podpora osob ve specifickém životním období, jako například adolescence, rodičovství, seniorský věk;
- podpora psychiatrických pacientů, atd. (Atelier Luhy, [online], 2013).

Individuální psychoterapii lze rozlišit podle počtu setkání:

1. Krátkodobá individuální psychoterapie – jedná se přibližně o patnáct sezení v rozmezí tří měsíců.
2. Střednědobá individuální psychoterapie – terapie trvající po dobu tří až šesti měsíců s jedním až dvěma setkáními v týdnu.
3. Dlouhodobá individuální psychoterapie – trvající déle než šest měsíců s různorodou frekvencí setkání (Kalina, 2003).

Průběh individuální psychoterapie

Úvodní setkání klienta s terapeutem představuje konzultaci, jejímž cílem je zjistit, zda je individuální psychoterapie pro klienta vhodná a zda konkrétní terapeut a způsob jeho práce klientovi vyhovuje. Podstatou úvodního setkání je zjistit, zda se klient cítí motivovaně a příjemně a zda terapeut představuje osobu, které může důvěřovat a respektovat ho.

Terapeut obvykle zjišťuje příčiny a okolnosti, jež klienta přivádí, zajímá se o anamnestické údaje a o situace, které mohly mít na vzniku situace podstatný vliv.

Na základě shromážděných informací je klientova situace zhodnocena a klientovi je nabídnut nejvhodnější terapeutický postup, včetně potřebných informací a doporučení.

V případě dohodnuté spolupráce jsou klientovi poskytnuty základní informace o podmínkách terapeutické práce a naplánovány termíny pravidelného setkávání (Centrum Psychoterapie, [online], 2013).

4.2 Skupinová psychoterapie

Skupinová psychoterapie je v České republice metodou již spolehlivě rozvinutou, jenž se provádí u pacientů s neurotickými poruchami, u psychotiků, u osob závislých na alkoholu a návykových látkách a mnoha dalších. Skupinová psychoterapie je využívána v ambulantních a poradenských podmínkách, ale i v lůžkových zařízeních (Yalom, 1995).

Kalina (2003) skupinovou psychoterapii popisuje jako léčebné působení za pomoci psychologických prostředků ve skupině osob, jenž využívá skupinovou dynamiku.

Skupinovou dynamikou rozumíme souhrn skupinového dění a skupinových interakcí vytvářených mezilidskými vztahy a interakcemi členů skupiny, včetně silami z vnějšího prostředí.

Skupinová psychoterapie je postup, jenž k léčebným účelům využívá skupinovou dynamiku, čímž rozumíme vztahy a interakce odehrávající se mezi členy a terapeutem, tak i mezi členy skupiny navzájem.

Skupinovou dynamiku lze charakterizovat jako souhrn skupinových interakcí a skupinového dění. Neodmyslitelnou součástí skupinové dynamiky tvoří zejména cíle a normy skupiny, koheze a tenze, ale i projekce minulých zkušeností a vztahů, vytváření podskupin, vztahů a vývoj skupiny v čase (Kratochvíl, 2005).

Cíle a struktura skupiny

Cíle terapeutických skupin mohou být formulovány tímto způsobem:

1. dosáhnout vzhledu do problematiky, jež se týká jedinců a poskytnout jim pomoc při pochopení a změně nesprávných postojů;
2. změnit nepřizpůsobivé vzorce chování směrem k přiměřené sociální adaptaci;
3. zprostředkovat poznatky o interpersonálních a skupinových procesech;
4. podporovat zrání osobnosti a rozvíjet individuální potenciál členů skupiny;
5. odstranit patologické příznaky (Kratochvíl, 2005).

Struktura skupiny je formální charakteru, čímž rozumíme strukturu danou organizací, v jejímž rámci skupina vzniká a plní své úkoly. Dále je skupina charakteru neformálního, jenž je daný interpersonálními preferencemi.

Normy skupiny

Normy v rámci skupinové dynamiky představují soubor nepsaných pravidel, která udávají co je žádoucí a nežádoucí. Mezi terapeutické normy řadíme projev emocí, svěřování se s problémy, poskytování zpětné vazby, zaměřenost na dosažení prospěšných změn u sebe i druhých (Kratochvíl, 2005).

Koheze

Kohezi lze charakterizovat jako soudržnost a v rámci skupinové psychoterapie je nutnou podmínkou pro její účinnost. Ke kohezi přispívá především uspokojování osobních potřeb jedinců ve skupině, motivace jedinců ke členství, přátelská akceptující atmosféra či vliv skupinových aktivit. Vytvoření skupinové koheze má pro terapeutický proces podstatný význam. Členové kohezních skupin se vzájemně respektují, akceptují a vytvářejí si hlubší vztahy (Kratochvíl, 2005).

Tenze

Tenze neboli napětí vzniká při vzájemné interakci mezi členy skupinové psychoterapie. Napětí ve skupině je dáno především tím, že při uspokojování osobních potřeb je nutné brát ohled na potřeby jiných. Členové skupiny jsou během soužití s ostatními konfrontováni s jejich odlišnými názory, chováním a požadavky. Objevují se antipatie, pocit zlosti, agresivita či nepřátelství a vznikají konflikty. Konflikty mohou vzniknout mezi jednotlivci, mezi jednotlivcem a skupinou, ale i mezi podskupinami a mezi skupinou a terapeutem (Kratochvíl, 2005).

Projekce

Jednotliví členové skupiny přicházejí se svými minulými zkušenostmi, jež ovlivňuje proces vnímání druhých, ale i emocionální reakce a způsob chování druhých (Kratochvíl, 2005).

Tvorba podskupin

„Ve skupinách často vzniká tendence k vytváření podskupin. Je tím častější, čím je skupina větší. Může se jednat o jednotlivce, trojice i větší počet členů. Spojují se ti, kteří jsou si bližší, sympatičtější a mají společné zájmy“ (Kratochvíl, 2005, s. 24). Ve skupině se dochází k vzájemné podpoře při diskuzi, k zaujímání shodných a souhlasných stanovisek a k vyhýbání se konfrontacím.

Podskupiny mohou být tvořeny na více principech, především na principu generačním, na základě pohlaví či podskupinu vytvoří intelektuálové (Kratochvíl, 2005).

Při skupinové psychoterapii lze využívat techniky kognitivně-behaviorální terapie, gestalt terapie, psychodramatu, strategické terapie ale i techniky terapie dynamické. I když skupinová psychoterapie využívá různé techniky, můžeme popsat některé společné rysy, jimž jsou:

- vhodnost minimální přípravy před vstupem do terapeutické skupiny, tzv. preterapie;
- větší strukturovanost skupiny;
- terapeutické skupiny by měly představovat bezpečné prostředí s možností svěřit se;
- konfrontace by měla být vyvážena emoční podporou a empatií;
- podporovat kohezi a vzájemnou emoční podporu ve skupině;
- užitečnost využívání humoru, pozitivní zpětné vazby a posilování sebevědomí (Nešpor, Csémy, 1996).

Zásady práce se skupinou

Jedná se o obecné zásady, se kterými je nutné členy skupiny, ale i každého nového člena seznámit.

První zásada otevřenosti a upřímnosti znamená, že v rámci skupiny můžeme hovořit o různých tématech. Důležité a žádoucí je vyjadřování pocitů a mluvit pravdu. Pokud člen skupiny informaci nechce či nedokáže sdělit, je vhodné odmítnout vyjádřit se, nežli uvádět nepravdivé informace.

Zásada zodpovědnosti v jednání představuje udržování základních pravidel společenského soužití při jednání ve skupině i mimo skupinu. Především se jedná o předcházení jednání, jež by mohlo mít za následek tělesné, psychické či společenské poškození jiného člena. K této zásadě řadíme i pravidla umožňující účinnou činnost skupiny, čímž například rozumíme pravidelnou a včasnou docházku na skupinovou psychoterapii.

V neposlední řadě uvádíme zásadu dodržování důvěrnosti, kterou lze chápat jako požadavek nevynášet se skupiny sdělení důvěrného charakteru. Daná zásada představuje nezbytný předpoklad pocitu bezpečí a jistoty.

Při práci se skupinou někdy zavádíme i zásadu tzv. právo říci stop, kdy každý člen skupiny má právo hovor vztahující se na jeho osobu kdykoliv a bez vysvětlení zastavit pomocí dohodnutého stop- signálu (Kratochvíl, 2003).

Vytváření skupiny

Před začátkem skupinové psychoterapie je nutné učinit jistá rozhodnutí týkající se její podoby a okolností. Úkolem terapeuta je zajistit vhodné místo, pro konání skupiny, vytvořit plán délky trvání skupiny, podmínky pro přijímání nových členů, délku sezení i velikost skupiny.

Skupinová psychoterapie se koná v prostředí poskytujícím soukromí a v němž je možné sedět v kruhu. Avšak někteří terapeuti preferují sezení kolem velkého kruhového stolu. Většinou se terapeuti snaží o odstranění veškerých překážek uprostřed, za účelem sledování neverbálních reakcí a reakcí vyjadřující poloha těla.

Před začátkem je skupina terapeutem naplánovaná jako uzavřená nebo otevřená. Uzavřená skupina je charakteristická především tím, že nepřijímá nové členy a obvykle se setkává na předem určený počet setkání. Otevřená skupina si udržuje stálost členů tím, že odcházející členy skupiny nahrazuje (Yalom, 1995).

„Většina skupinových terapeutů se shodne na tom, že na období rozehrání a na rozvinutí a zpracování hlavních témat sezení je potřeba alespoň šedesáti minut“ (Yalom, 1995, s. 319). Další shoda mezi terapeuty panuje i v tvrzení, že po dvou hodinách je dosaženo bodu, kdy dochází ke snížení odezvy, u skupiny se objevuje únava a neúčinnost. V případě samotných terapeutů se doba nejúčinnější práce pohybuje v rozmezí od osmdesáti do devadesáti minut.

I když se četnost setkání pohybuje od jednoho do pěti setkání týdně, většina skupiny se setkávají jednou týdně (Yalom, 1995).

Ideální velikost terapeutické skupiny je přibližně sedm či osm členů, s přijatelným rozpětím od pěti do deseti členů. Dolní hranice počtů členů skupiny je určena z důvodu, aby seskupení jednotlivců vytvořilo interakční skupinu. Horní hranice se určuje za účelem přinášení zisku pro skupinu (Yalom, 1995).

5 JINÉ FORMY PODPORY A PORADENSTVÍ

Kapitola poskytuje informace o dalších možnostech podpory a poradenství určených pro rodinu a ostatní blízké osoby.

5.1 Manželské a rodinné poradenství

„Poradenství je forma pomoci člověku, který zažívá stres po traumatické životní události nebo jiné nepříznivé okolnosti. Je definováno jako proces, ve kterém kvalifikovaný odborník poskytuje druhému člověku podporu a vedení individuálně nebo ve skupině“ (Novák, 2006 s. 22).

Manželské a rodinné poradenství v České republice řadíme do sociální oblasti týkající se intervenčních služeb. Zpravidla je poskytováno ve speciálních pracovištích, především v poradnách pro rodinu, manželství a sociální vztahy (Novák, 2006).

Poradny pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy zahrnují i pomoc rodinám zasaženým některou z forem závislostí. V našem případě se jedná především o rodiny zasažené drogovou závislostí. Poradny jsou instituce, které působí téměř ve všech okresních městech. Poradenské služby jsou zde poskytovány bezplatně a klienti využívající daný druh pomoci mohou vystupovat i anonymně (Mach, Šmolka, 1999).

Manželské a rodinné poradenství lze charakterizovat jako specializovaný obor psychologie, který aplikuje psychologické postupy na práci s problémy, jež se týkají mezilidských vztahů, především s rodinnými a manželskými problémy. V rámci manželského a rodinného poradenství je klientovi či klientům poskytováno psychologické, psychosociální a sociálně právní poradenství. Poradenství se například zaměřuje na zvládnutí problémů v mezilidských vztazích, rodinných a osobních problémů, s rozvody, žárlivostí, nevěrou a závislostí v rodině (Asociace manželských a rodinných poradců ČR, o. s., [online], 2013).

Mezi základní typy problému manželských a rodinných poraden řadíme:

- poradenskou a psychoterapeutickou pomoc v rodině a manželství;
- rozvodové poradenství;
- psychologická pomoc osamělým osobám;
- předmanželské poradenství;
- psychologická pomoc osobám prožívající životní krizi;
- osvětová, výchovná a vzdělávací činnost;
- pomoc rodinám ohroženým nezaměstnaností;

- pomoc rodinám se členem, jež je fyzicky, sociálně či jinak handicapovaný (Novák, 2006).

Rodinné poradenství

Rodinné poradenství lze charakterizovat jako proces profesionální pomoci rodině, jež je založený na specifické interakci mezi poradcem a členy rodiny. Rodinné poradenství umožňuje zlepšení orientace v rodinných situacích, optimální fungování rodinného systému a optimálně ovlivňuje život každého člena rodiny. V rámci rodinného poradenství jsou poskytovány i informace jako elementární forma podpory či tréninky některých dovedností a způsobilostí (Prevendárová, 1998).

5.2 Kontaktní centra

5.2.1 Charakteristika kontaktních center

Kontaktní centra jsou nízkoprahová zařízení, jež se v současnosti nacházejí ve většině větších měst. Filozofie práce v kontaktních centrech vychází z přístupu „public health“, který lze charakterizovat jako přístup zaměřený na ochranu a podporu zdraví se společností. Dále filozofie práce vychází z přístupu „harm reduction“, což znamená minimalizaci škod (Kalina, 2008).

„Cílovou populaci kontaktních center tvoří uživatelé návykových látek s různou motivací ke změně, v různém stádiu užívání a v různé fázi rozvoje závislosti. Další cílovou skupinou jsou blízcí uživatelů, kteří potřebují podporu, provázení a pomoc“ (Kalina, 2008, s. 373).

Mezi formy a obsah práce kontaktních center řadíme všechny prvky včasné intervence, lékařské poradenství, kontakt na svépomocné aktivity a skupiny, práci s motivací, vedení klienta včetně průběžného sledování postupu v léčbě a prvky terapie (Kalina, 2003).

Mezi obecné cíle kontaktních center lze zařadit minimalizaci zdravotních a sociálních rizik a motivaci klientů vedoucí ke změně životního stylu. Do specifických cílů řadíme namazání kontaktu se skrytou populací uživatelů návykových látek, minimalizaci rizikového chování a podporu klienta při změně životního stylu. Dále specifické cíle zahrnují sociální stabilizaci klientů, pomoc v krizi a v neposlední řadě pomoc rodinám nebo jiným blízkým osobám uživatelů (Kalina, 2008).

5.2.2 Služby kontaktních center

Kontaktní práce je jedna ze základních služeb poskytovaných v kontaktních centrech. Jedná se především o navázání kontaktu s uživateli návykových látek včetně vytvoření důvěrného vztahu klienta k odborné instituci. Mezi hlavní aktivity kontaktní práce řadíme zjištění základních problémů a potřeb klienta. Kontaktní práce je zpravidla prováděna v kontaktní místnosti, která charakteristikou svého interiéru neodpovídá zdravotnickým institucím (Kalina, 2003).

Výměnný program vychází z principu „harm reduction“. Hlavní aktivity spočívají ve výměně injekčního materiálu, v distribuci desinfekčního a zdravotního materiálu a v poskytování informací o bezpečném užívání. Cílem výměnného programu je prevence zaměřující se na snížení výskytu infekčních chorob a infekce HIV (Kalina, 2008).

Základní poradenství se zaměřuje na prohloubení vztahu klienta s odbornou institucí a na změny rizikových vzorců chování. Základní poradenství klientovi poskytuje informace o zdravotním a sociálním stavu, včetně o rizicích spojených s užíváním návykových látek. Dále informuje klienta o možnostech léčby a léčebných zařízeních a o zprostředkování léčby (Kalina, 2003).

Základní zdravotní péče je služba zahrnující základní zdravotní ošetření a testování na HIV/AIDS, hepatitidy či graviditu (Kalina, 2003).

Strukturované poradenství a motivační trénink podporuje klienta při získávání, udržení a posilování motivace směřující k abstinenci.

Vzdělávání a předávání informací představuje poskytování informací o účincích drogy, závislosti, rizicích vyplývajících s užívání návykových látek, infekčních chorobách a mnohé další informace ústní i písemnou formou (Kalina, 2008).

„Sociální práce – pomoc při hledání zaměstnání, ubytování a vyřizování dokladů, sociální asistence při kontaktu s rodinou, úřady, soudy, policií, probační službou, právní poradnou apod.“ (Kalina, 2003, s. 167).

Doplňkové služby kontaktních center spočívají v poskytování hygienického, potravinového a vitaminového servisu (Kalina, 2003).

Poradenství pro rodinné příslušníky a ostatní blízké osoby může mít charakter jednorázového kontaktu, jehož účelem je především předložení základních informací. V jiném případě se může jednat o dlouhodobější provázení rodičů či jiné blízké osoby při řešení problému závislého jedince. Poradenství je poskytováno individuální i skupinovou formou (Kalina, 2008).

Krizová intervence a jednorázové nebo krátkodobé práce s rodinou, partnery a ostatními blízkými osobami (Kalina, 2003).

5.3 Skupiny s blízkými závislých

5.3.1 Charakteristika skupin s blízkými závislých

Nejčastější formou poskytování rodinného poradenství jsou tzv. skupiny s blízkými závislých, které jsou informačního či motivačního charakteru. Předmětem zájmu skupin s blízkými závislých je sledování úpravy vztahů a komunikace v rodině, podpora klienta v léčbě, zavedení nových pravidel apod. V této souvislosti se osvědčují polootevřené skupiny, v nichž je možné poradensky až psychoterapeuticky pracovat na tom, jak drogová závislost jedince a průběh jeho léčby ovlivnil rodinu v minulosti, současnosti a budoucnosti. Při skupinách s blízkými závislých je možné využívat i prvky skupinové dynamiky, čímž máme na mysli poskytování si vzájemné podpory, emoční uvolnění, sdílení či zpětné vazby. Cílem skupiny je především podporovat otevření nových možností růstu a nové vývojové fáze pro rodinu (Kalina, 2008).

Pozornost při skupinách s blízkými závislých by měla být především zaměřena na témata, jimiž jsou:

- problém s drogou, drogová závislost, abstinence, relaps, doléčování;
- režim, vztah k autoritám a pravidlům;
- podchycení vývoje sebepojetí;
- orientace v současné životní situaci, včetně uvědomění si svých životních cílů;
- agresivita, frustrace;
- vývoj a druh vztahů a jejich vývojová adekvátnost (Kalina, 2003).

5.3.2 Druhy skupin s blízkými závislých

Informační skupiny

Informační skupiny jsou určeny pro příbuzné a ostatní blízké závislých, kteří se neustále setkávají s nedostatkem informací. Nedostatek informací plyne především s neinformovaností týkající se procesu závislosti včetně jeho úzdravy a vhodného chování k uživatelům návykových látek. Informační skupiny probíhají formou přednášek či informativních besed (Kalina, 2003).

Motivační skupiny

„Motivační skupiny jsou vedeny v poradenské úrovni a jsou určeny těm, kteří uvažují o své intervenci u problémového uživatele či závislého, který je ale nemotivovaný ke změně a je obtížné jej dostat do programu odborné péče“ (Kalina, 2003, s. 78). Programy motivačních skupin poskytují příbuzným a blízkým závislých informace, jenž je učí, nebo potvrzují jejich přiměřené chování a také poskytují nácvik „nového“ chování. V neposlední řadě poskytují emocionální i racionální podporu, pomoc při konfrontačních a krizových situacích a podporují jedince v osobnostním růstu (Kalina, 2003).

Skupiny s blízkými závislých, kteří v současnosti podstupují léčbu

Skupiny jsou určeny všem, jež se blíže vztahují k závislému, ale také širší rodině, přátelům, bližším kolegům či nadřízeným z pracoviště. Setkání na těchto skupinách mají podobu pouze informačních skupin, kdy poskytované informace jsou obecného případně konkrétního rázu. Informacemi obecného rázu myslíme diagnózu závislosti, léčebný program, intervence apod. Pokud se soustředíme na informace konkrétnějšího rázu, jedná se o vzájemnou výměnu zkušeností či informací.

Tyto skupiny může ještě dále specifikovat dle typu vztahu ke klientovi v léčbě. Nejčastěji mluvíme o skupinách partnerů, rodičů, o skupinovém programu pro děti a skupiny pro dospívající a dospělé s rysy spoluzávislé osobnosti (Kalina, 2003).

Skupiny pro kodependentní osoby

Členy těchto skupin jsou jedinci, kteří vyrůstali ve špatném rodinném prostředí z pravidla se závislým rodičem, jež v dospělosti zjišťují, že nedostatečně rozvinutá osobnostní struktura jim zabraňuje ve spokojeném životě. Dále se jedná o jedince, kteří vytvořili partnerský vztah se závislým a jsou si vědomi, že svými vzorci chování závislost podporují, i když zároveň chtějí žít jiným způsobem života.

Nejčastěji jsou to právě terapeuti, kteří tento problém u členů rodiny závislých identifikují a doporučí náležitou terapii. V rámci terapie je vhodné se soustředit na osobnostní rozvoj, ošetření pocitů méněcennosti, sebezpoznání, zvyšování sebedůvěry atd. (Kalina, 2003).

Skupiny osobnostního růstu

Skupiny jsou určeny členům rodiny závislých, kteří velice často pociťují, že ve svém osobnostním růstu zaostávají a zároveň pociťují potřebu zkvalitnění osobnosti. Účastníci

na těchto skupinách se především učí více poznávat sami sebe, uvědomit si některé méně funkční vzorce související s jejich percepcí, prožíváním nebo chováním (Kalina, 2003).

5.4 Svépomocné programy

Svépomocné programy jsou ve vyspělých zemích jedním z nejvyužívanějších způsobů intervence pro osoby, které se ocitnou v nejrůznějších psychologicky těžkých životních situacích. Pokud se zaměříme na drogovou problematiku, daný způsob intervence je považován za jeden z neúčinnějších nástrojů (Kalina, 2003).

Svépomocné programy označují celou řadu aktivit, jež jsou určeny nejen pro osoby závislé na návykových látkách, ale i pro rodinné příslušníky. Největší výhodou svépomocných programů lze shledat ve vybízení jednotlivce, aby převzal odpovědnost za své chování a nesnažil se změnit chování druhých.

Někteří rodinní příslušníci se stávají aktivními členy svépomocných programů, zatímco jiní se účastní jen zřídka nebo vůbec (Rotgers, 1999).

Příkladem svépomocného programu je organizace Secular Organization for Sobriety, jejímž zakladatelem je James Christopher. Tento program je určen pro osoby potýkající se s jakýmkoliv typem závislosti, včetně jejich rodinných příslušníků a přátel. Prostřednictvím účastí na setkáních svépomocného programu mají rodinní příslušníci, přátelé, ale i závislá osoba možnost dozvědět se více informací o závislostech. Svépomocný program Secular Organization for Sobriety poskytuje podporu během úzdravy, snižuje sociální izolaci, posiluje autoregulaci a zvyšuje sebevědomí (Millerová, 2011).

Závěr

Rodina pro každého člověka představuje intimní společenství, které poskytuje nenahraditelné klima. Tato sociální skupina jednotlivým členům poskytuje prostředí, jež uspokojuje jejich základní fyzické a psychické potřeby. Rodina je prostředím, které každého člena podněcuje k rozvoji osobnosti a k přebírání vhodných vzorců chování.

Na druhé straně rodina představuje prostředí, které může z různých negativních důvodů přispívat ke vzniku drogové závislosti. Negativními důvody můžeme rozumět například dysfunkčnost rodin, psychickou deprivaci, ztrátu rodiny a mnohé další.

Pokud se drogová závislost objeví, je jí rodina ovlivněna jako celek nikoliv pouze osoba závislá na návykových látkách. Drogová závislost představuje velký zásah do rodiny, který má za následek rozpad rodiny a zničení intimních vztahů v rámci rodinného společenství. Rodina se ocitá v začarovaném kruhu, ze kterého bez odborné pomoci často není cesta ven. Většina rodin se stydí požádat o pomoc odborníky, aby na ně nebylo nahlíženo skrz prsty, že jich výchova a snaha selhala. Z důvodu nízké informovanosti ve většině případů pouze rodina na řešení problému nestačí.

Pro rodinu je ale důležité, aby pochopila co to vlastně závislost je, jak na jedince a na celou rodinu působí. Ve většině případů se rodina snaží závislému jedinci pomáhat všemi silami a přitom zapomíná sama na sebe. Důležité je uvědomění si, že léčba drogové závislosti je dlouhodobá záležitost, při níž se objevují chvíle zlepšení, ale i chvíle pádu. Rodina by se měla snažit nadále plnit své funkce a nezapomínat na fakt, že závislost neohrožuje pouze uživatele drog, ale celé rodinné společenství.

V dnešní společnosti je drogová závislost více a více diskutabilním tématem. Věnuje se mu mnoho mediálních a knižních publikací, které se zabývají drogovou závislostí týkající se jedince, ale bohužel rodina závislého podle mého názoru zůstává opomíjena. Při psaní této práce, jsem došla k závěru, že nejen rodina, ale i laická veřejnost trpí nedostatkem informací ohledně tohoto tématu. Pokud se zaměřím na odbornou literaturu týkající se drogové problematiky, podpory a poradenství pro rodinu, lze informace dohledat. Avšak si myslím, že by bylo vhodné rozšířit osvětovou činnost, jež by se zaměřovala právě na rodinu a ostatní blízké osoby. Dle mého názoru by bylo vhodné rozšíření informačních brožur či letáků, jež by se nacházely i v jiných zařízeních, které se zabývají drogovou závislostí. Některá centra zabývající se drogovou problematikou vydávají brožury pro rodinu závislého, což je z mého hlediska velmi přínosné.

Hlavní důvod, který mě vedl ke zpracování daného tématu, bylo poskytnutí informací pro rodinu a ostatní blízké osoby, jejichž člen se potýká s drogovou závislostí. Můj záměr při psaní této práce spočíval v popsání drogové závislosti, příčin vzniku a jednotlivých stádií závislosti. Dále ve zpracování a popsání možností pomoci, jež jsou určeny pro rodiny, partnery, sourozence a ostatní blízké osoby závislého jedince.

Myslím si, že vypracování bakalářské práce na dané téma bylo i pro mě velký m přínosem. Při studování odborné literatury, jsem si doplnila svůj rozhled o formách podpory a poradenství, jež není určeno pouze pro osoby závislé na návykových látkách, ale i pro rodinu.

Doufám, že má práce bude přínosem pro širší veřejnost. Bakalářská práce není myšlena jako příručka, ale jako návod pro rodinu a širší veřejnost, jaké formy pomoci, podpory a poradenství jsou určeny právě pro tuto skupinu.

Seznam použité literatury

- BARNARDOVÁ, M. *Drogová závislost a rodina*. Stanislav Juhaňák – Triton, 2009, ISBN 978-80-7387-386-8.
- ČÁP, J., MAREŠ, J. *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál, 2001, ISBN 80-7178-463-X.
- FISCHER, S., ŠKODA, J. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada Publishing, a.s, 2009, ISBN 978-80-247-2781-3.
- GJURIČOVÁ, Š., KUBIČKA, J. *Rodinná terapie: systemické a narativní přístupy*. Praha: Grada Publishing a.s., 2003, ISBN 80-247-0415-3.
- KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1, mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003, ISBN 80-86734-05-6.
- KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2, mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003, ISBN 80-86734-05-6.
- KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008, ISBN 978-80-247-1411-0.
- KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*. Galén, 2005, ISBN 80-7262-347-8.
- LINHARTOVÁ, D. *Psychologie pro učitele*. Mendelova zemědělská a lesnická univerzita v Brně, 2008, ISBN 978-80-7375-222-4.
- MACH, J., ŠMOLKA, P. *Když vás trápí někdo blízký: partnerské a rodinné vztahy a jejich krize*. Praha:Portál, 1999, ISBN 80-7178-337-4.
- MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2003, ISBN 80-86429-19-9.
- MILLEROVÁ, G. *Adiktologické poradenství*. Galén, 2011, ISBN 978-80-7262-765-3.
- NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, 2007, ISBN 978-80-7367-267-6.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislosti: Příručka pro praxi*. Psychiatrické centrum Praha, 1996, ISBN 80-85121-52-2.
- NOVÁK, T. *Manželské a rodinné poradenství*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006, ISBN 80-247-1316-0.
- ONDRUŠ, D. *Toxikománia strašiak či hrozba?*. Martin: Osvěta, 1990, ISBN 80-217-0141-2.
- PREVENDÁROVÁ, J. *Rodinná terapia a poradenstvo: Základné pojmy a teoretické východiská*. Pedagogická fakulta UK v Bratislave, 1998, ISBN 80-88868-07-6.
- ROTGERS, F. a kol. *Léčba drogových závislostí*. Grada Publishing, spol. s. r. o., 1999, ISBN 80-7169-836-9.
- ŘEZÁČ, J. *Sociální psychologie*. Brno: Paido, 1998, ISBN 80-85931-48-6.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál 2004, ISBN 80-7178-802-3.

VELEMÍNSKÝ, M., STUDENOVSKÝ, P. *Rukověť pro poskytovatele a zadavatele sociálních služeb v oblasti problematiky dětí a mládeže*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2008, ISBN 978-80-7394-0.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Duševní poruchy a poruchy chování: Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. 3. vydání. Praha, 2006. ISBN 80-85121-11-5.

YALOM, I. D. *Skupinové psychoterapie*. Hradec Králové: Konfrontace, 1999, ISBN 80-860-88-05-7.

Seznam internetových zdrojů

Kolektiv autorů. *Atelier Luhy*. [cit. 2013-04-12] Dostupné na World Wide Web:

<www.atelierluhy.cz/individualni-psychotherapie/>

Kolektiv autorů. *Centrum Psychotherapie*. [cit. 2013-04-12] Dostupné na World Wide

Web: <<http://www.centrumpsychotherapie.cz/pouzivane-metody/individualni-psychotherapie/>>

Kolektiv autorů. *Asociace manželských a rodinných poradců ČR o. s.* [cit. 2013-04-13]

Dostupné na World Wide Web:

<http://www.amrp.cz/joomla/index.php?option=com_content&view=article&id=47&Itemid=

54>

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Martina Sedláčková
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Michal Růžička, Ph.D
Rok obhajoby:	2013

Název práce:	Rodina uživatele drog – formy podpory a poradenství
Název v angličtině:	Family drug users – forms of support and advice
Anotace práce:	Bakalářská práce se zabývá drogovou problematikou. Přibližuje různé formy podpory a poradenství pro závislé a jejich rodinu a blízké.
Klíčová slova:	Drogová závislost, návyková látka, rodina, rodinná terapie, individuální terapie, skupinová terapie, skupina.
Anotace v angličtině:	Bachelor thesis deals with drug problems. Presents the different forms of support and counseling for the addicted and their family and loved ones.
Klíčová slova v angličtině:	Drug addiction, addictive substance, family, family therapy, individual therapy, group therapy, group.
Přílohy vázané v práci:	Žádné
Rozsah práce:	41 s.
Jazyk práce:	Čeština