

Univerzita Karlova V Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace v lékařství

Studijní obor: Adiktologie



Bc. Gaziza Lutseva

**Aplikace rodinné terapie při práci se závislými klienty – kvalitativní
sonda, zkušenosti terapeutů.**

Application of family therapy at work with addicted clients - qualitative
probe, experience of therapists.

Diplomová práce

Vedoucí práce: doc. PhDr. MUDr. Kamil Kalina, CSc.

Praha, 2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval/a samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze 28. dubna 2015

.....

Gaziza Lutseva

Identifikační záznam

LUTSEVA, Gaziza. *Aplikace rodinné terapie při práci se závislými klienty - kvalitativní sonda, zkušenosti terapeutů. [Application of family therapy at work with addicted clients - qualitative probe, experience of therapists]*. Praha, 2015. 76 stran, 1 příloha. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce doc. PhDr. MUDr. Kamil Kalina, CSc.

Poděkování

Děkuji za podnětné připomínky, cenné rady a podporu při vedení práce doc. PhDr. MUDr. Kamilu Kalinovi, CSc. Děkuji všem respondentům, kteří se zúčastnili výzkumných rozhovorů a podělili se o cenné zkušenosti. Za odbornou konzultaci děkuji Mgr. Štěpánce Čtrnácté.

Chtěla bych také moc poděkovat své rodině za podporu a trpělivost při psání této diplomové práce.

Věnování: Věnuji tuto práci mé mamě.

Abstrakt diplomové práce

Východiska: Zapojení blízkých osob uživatelů drog může mít významný vliv na úspěšnost všech typů léčebných programů. Tudíž rodinná terapie anebo práce s rodinou je efektivní formou léčby jak pro dospělé, tak pro dospívající, kteří mají problémy s užíváním alkoholu a nelegálních drog. Zapojení blízkých osob uživatelů návykových látek do procesu léčby je spojováno s vyhledáním odborné pomoci v raném stádiu užívání drog, s vyšší mírou angažovanosti uživatelů drog v procesu léčby a s vyšší retencí, s výrazným snížením užívání drog po léčbě a také se zlepšením sociálního chování uživatelů drog. Nabízí se proto otázka, jak rodinná terapie se indikuje při práci se závislými klienty a kdy je tento způsob práce kontraindikován. **Cílem** této práce je právě zjistit, jak se indikuje rodinná terapie či terapeutická práce s rodinou při práci se závislým, z pohledu klinických pracovníků, a kdy podle jejich zkušeností rodinná terapie není doporučována či je kontraindikována.

Metodologie: Data byla získána pomocí polostrukturovaných interview, jejichž respondenty byli pracovníci ambulantních zařízení poskytujících psychoterapeutické služby osobám závislým na návykových látkách a jejich rodinám. Pro analýzu dat byly využity prvky zakotvené teorie.

Závěr: Mezi základními indikacemi rodinné terapie při práci se závislými klienty se objevily dostupnost rodiny a její ochota spolupracovat a pracovat na změně, nízký věk jedince užívajícího drogy a s tím spojená fáze užívání drog, respektive experimentální stupeň a škodlivé užívání; u rozvinutých závislostí a starších klientů schopnost abstinovat v ambulantních podmínkách. K základním kontraindikacím podle výsledků studie patří absence motivace rodiny spolupracovat a její nedostupnost; týraní, zneužívání a násilí v rodině; negativní vliv rodiny a následné zhoršování symptomu nebo problému a neschopnost abstinovat v ambulantních podmínkách. Základním východiskem při práci se závislými klienty metodou rodinné terapie je systémový přístup.

Klíčová slova:

Rodinná terapie - Práce s rodinou - Uživatelé návykových látek - Drogově závislí

Abstract of the thesis

Background: Involvement of close persons of drug users may have a significant impact on the success of all types of treatment programs. Thus, family therapy or work with families is an effective form of treatment for both adults and teens who have problems with alcohol and illegal drugs. Involvement of persons close to drug users into treatment process is associated with finding professional help at an early stage of drug use, with a higher degree of involvement of drug users in treatment process as higher retention, with significant reductions in drug use after treatment and also improving the social behavior of drug users. Therefore is offered the question: how family therapy is indicated at work with addicted clients, and when this method is contraindicated. **The aim** of this work is to find out how is indicated the family therapy or therapeutic work with the family at work with addicts, from the perspective of clinicians, and when, according to their experience, family therapy is not recommended or contraindicated.

Methodology: Data were obtained through semi-structured interview, the respondents were employees of ambulatory institutions providing psychotherapy services to drug addictions and their families. For data analysis was used elements of grounded theory.

Conclusion: The basic indications of family therapy at work with addicted clients appeared availability of families and their willingness to cooperate and work to change, employing a low age of the individual drugs and the associated stage of drug use, or experimental stage and harmful use; for developed addictions and older clients the ability to abstain in an outpatient setting. The basic contraindications according to the results of the study include the lack of motivation to cooperate and family unavailability; elder abuse and violence in family; negative influence of family and consequential worsening symptoms or problems and inability to abstain from alcohol in an outpatient setting. The basic starting point at work with addicted clients while using family therapy is a systematic approach.

Keywords:

Family therapy - Work with family - Substance abusers - Drug addicts

Obsah

Úvod.....	8
Teoretická východiska	10
1. Drogová závislost	10
1.1. Teorie vzniku a rozvoje závislosti.....	10
2. Rodina a drogy	11
2.1. Rodinné faktory vzniku, rozvoje a udržování závislosti.....	12
2.2. Důsledky závislosti pro rodinu.....	15
3. Terapeutická práce s rodinou uživatele návykových látek.....	17
3.1. Rodinné poradenství.....	19
3.2. Skupiny s blízkými závislého.....	20
4. Rodinná terapie.....	22
4.1. Vývoj rodinné terapie.....	23
4.2. Vývoj rodinné psychoterapie v České republice.....	25
4.3. Přístupy v rodinné terapii	26
5. Indikace a kontraindikace terapeutické práce s rodinou uživatele drog.....	30
Dílčí závěr.....	33
Výzkumná část.....	34
6. Realizace výzkumu.....	34
6.1. Metodologie	34
6.2. Výzkumné cíle	35
6.4. Výzkumný soubor	36
6.5. Popis místa výzkumu	37
6.6. Průběh výzkumu a zpracování získaných dat	39
6.7. Etika výzkumu	41
7. Výsledky výzkumu.....	42
7.1. Význam zapojení rodiny při práci se závislými klienty.....	42
7.2. Rodina je systém	44
7.3. Užívání drog, respektive závislost jako symptom.....	45
7.4. Rodinnou terapii děláme, i když ji neděláme.....	48
7.5. Věk jako faktor indikace pro zapojení rodiny do procesu léčby závislého.....	50
7.6. Fáze užívání drog jako faktor indikace zapojení rodiny do léčby závislosti	52
7.7. Kdo je klient?	54
7.8. Mapování problému při terapeutické práci s rodinou se závislým členem.....	56

8. Shrnutí výsledků podle výzkumných otázek.....	58
8.1. Otázka č. 1.....	58
8.2. Otázka č. 2.....	60
9. Diskuze.....	62
10. Závěr.....	68
Použitá literatura.....	69
Příloha.....	74

Úvod

Drogová závislost jako problém nejen polapí do svých sítí závislého samotného, ale nejvíc postihuje i prostředí, které ho obklopuje. Díky silným citovým vazbám je zvláště ohroženou skupinou bezprostřední rodina závislého – její členové se mohou stát obětí drogy stejně jako závislý samotný. Při léčbě závislosti je proto třeba se zaměřovat nejen na toho, kdo má problém s drogami, ale i na jeho blízké okolí. Jelikož rodina je systém, ve kterém se všichni vzájemně ovlivňují, intervence směrem ke každému členu rodiny a k rodině vcelku mohou pomoc závislému jedinci nejen zvládnout léčbu a vrátit se do světa bez drog, ale i napravit vztahy v tom nejbližším okolí. Neméně důležité je také uzdravení rodiny, která má velký potenciál pro řešení vznikajících problémů, včetně kterých je užívání drog či závislost.

Hlavním cílem mé diplomové práce bude zjistit, jak se indikuje rodinná terapie či terapeutická práce s rodinou při práci se závislým, z pohledu klinických pracovníků (psychoterapeutů, adiktologů). Pokusím se odhalit, jak odborníci z různých zařízení, poskytujících terapeutické služby závislým a jejich rodinám rozhodují o vhodnosti či kontraindikaci terapeutické práce s rodinou, kde je drogová problematika. Dalším cílem bude zmapování, jaké terapeutické postupy jsou využívány v rodinné terapii závislých a jestli tyto postupy mají svá specifika.

V teoretické části se budu zabývat vymezením drogové problematiky a způsobem léčby drogové závislosti ve formě terapeutické práce s rodinou a rodinné terapie. Popíši teorie vzniku a rozvoje závislosti na návykových látkách a rodinné faktory, které se na tom podílejí. Pozornost bude také věnována i důsledkům závislosti na rodinu a to hlavně pro účely větší přehlednosti o tom, o jakou problematiku se bude jednat a jak to může souviset s institutem rodiny.

V dalším úseku teoretické části se zaměřím na charakteristiku terapeutické práce s rodinou, popíši možnosti práce s rodinou, kam spadají rodinné poradenství, skupiny s blízkými závislého a rodinná terapie. Pozornost budu věnovat také vývoji rodinné terapie ve světě a v České republice, a jednotlivým přístupům v rodinné terapii, které se uplatňují v léčbě závislosti. Samostatná kapitola bude pojednávat o základních indikacích a kontraindikacích rodinné terapie při práci se závislými klienty.

Ve výzkumné části diplomové práce budu věnovat pozornost realizaci výzkumu kvalitativní metodou. Pomocí polostrukturovaného rozhovoru s pracovníky ambulantních

zařízení, poskytujících psychoterapeutické služby závislým a jejich rodinám se budu snažit dojit k naplnění stanovených cílů a zodpovědět na výzkumné otázky.

Teoretická východiska

1. Drogová závislost

1.1. Teorie vzniku a rozvoje závislosti

V současné době, nehledě na to, že problematice závislostí věnuje mnoho odborníků, není přesně objasněno, proč závislost vzniká. Je zřejmé, že se jedná o souhrn několika faktorů, které podněcují start drogové kariéry, ale bohužel, nelze je shrnout a označit tento jeden jev za viníka.

V biomedicinském modelu na drogovou závislost se nahlíží jako na nemoc v čistě lékařském slova smyslu. Existuje však model bio-psycho-sociální, který se rozšiřuje model biomedicinský o rozměr psychických funkcí, mezilidských vztahů a vzájemného podmiňování. Tudíž drogová závislost vzniká v průběhu vývoje osobnosti ve vzájemné interakci biologických, psychologických a vztahových faktorů. Důležitými pojmy jsou zde *dispozice* (např. genetické či biologické, případně dispozice psychologické získané v raném dětství), *zranitelnost* (která se vyvíjí na podkladě dispozic v dalším průběhu života) a *spouštěče* (sem můžou patřit například životní události nebo nároky vývojového období), které vedou k *manifestaci* poruchy (Kalina, 2003).

Když se podíváme jednotlivé faktory, tak k sociálním faktorům patří například vliv rodiny, přátel, vrstevníků, společenského statutu a norem zejména v období dospívání a tyto faktory mohou přispět k užívání drog či propuknutí závislosti u geneticky predisponovaných jedinců. Jedná se hlavně o případy, kdy převažuje negativní konotace prožívání určitého vývojového období. Psychické faktory vycházejí z předpokladu specifické osobnostní struktury osob, které se stávají závislými na drogách. U těchto osob lze sledovat silnou potřebu péče, nízkou toleranci vůči frustraci a bolesti, labilitu, komplexy méněcennosti atd. Biologické faktory dělíme na vnější a vnitřní. Vnější vlivy zahrnují vliv nejrůznějších faktorů v období vývoje mozku a formování osobnosti. Zde se uplatňují faktory jako stres matky v době těhotenství, složení potravy matky v době těhotenství, vliv návykových látek na plod, vliv rodiny v období dětství, negativní vliv má zneužívání a týrání dětí. Vnitřní vlivy zahrnují interakci velkého množství genů (Šerý, 2007).

V poslední době se také jako faktor, který ovlivňuje závislost, považuje spirituální úroveň jedince. Podle Kudrle (2003) jde o intimní oblast přímého prožitku toho, co je za každodenním úsilím, co dává smysl tomuto úsilí, co dává smysl životu vůbec.

2. Rodina a drogy

Jak je známo prostředí rodiny je velice důležité pro člověka. Osobnost jedince se utváří od raného dětství a rodina je přirozeným prostředím, ve kterém se zakládají hodnoty, čerpají se zkušenosti, tradice a vzorce chování. Rodina je také zázemí pro seberealizace a sebeotevření. Sama o sebe rodina je nenahraditelná a nepostradatelná sociální instituce. Ona hraje nejdůležitější roli ve výchově a pomáhá dítěte se najít své místo v tomto světě a neztratit se. Poskytnout dítěti pocit bezpečnosti, sounáležitosti, dát jemu nezbytné teplo, lásku a péče, naučit co je a co není správné je odpovědnosti rodičů a blízkých příbuzných. Rodina má vliv na utváření názoru na okolní svět a má prioritní místo při přijetí toho či onoho řešení důležitých otázek.

Z hlediska společnosti rodina plní řadu funkcí: biologické, sociální, psychologické a ekonomické a do jaké míry se daří rodině zvládat všechny pro dítě důležité funkce, které jí náleží, má zásadní význam. Helus (2007) uvádí následující typologii rodin z hlediska jejich funkčnosti:

- Stabilizovaně funkční rodiny – jsou to rodiny, které všechny funkce plní, čím zajišťují svým dětem kvalitní socializační podmínky.
- Rodiny funkční s přechodnými, více či méně vážnými problémy, které však po nějaké době vyřeší. Těchto rodin je většina. Problémy v takových rodinách jsou způsobeny různými vlastnostmi členů rodiny, vnějšími okolnostmi, osobními selháními i náročnými životními situacemi. Tyto rodiny dokážou své problémy řešit sami. Řešení různých náročných situací členy rodiny posiluje, a svým řešením problémů zocelují jejich účastníky pro život v budoucnu.
- Problémové rodiny – v daném případě se jedná o problémy s plněním funkcí, které rodině náleží. Jde o rodiny v krizi, pomoc je účinná většinou jen dočasně, často dochází k rozchodu nebo odkládání primárního problémů, aby jím druzí (například děti) trpěly minimálně.
- Rodiny dysfunkční - některé z funkcí rodiny jsou vážně a dlouhodobě narušeny, rodina situaci nezvládá, děti jsou vážně ohroženy, je potřeba zásahů vnějších institucí, protože rodina často nechápe učiněná opatření. Například rodiny zatížené alkoholizmem; vleklými krizemi, nedostačujícími příjmy, žijící v nevyhovujících bytových podmínkách apod. Rodiny nemají schopnost situaci řešit, rozchod rodičů zanechává v těchto případech traumatické a dlouhodobě působící následky.

- Afunkční rodiny – rodiny, které vůči dítěti neplní svůj účel a dítě vysloveně ohrožuje. V rodinách se vyskytují různé patologické jevy, dítě překáží, postoje vůči němu jsou nevráživé až nenávistné. Náprava v rodině není možná, situace je řešena zbavením rodičů rodičovských práv a umístěním dítěte do zařízení náhradní rodinné péče.

Plnění funkcí rodiny ovlivňují vnější faktory, tj. prostředí a společenský vývoj, a vnitřní faktory, ke kterým patří velikost rodiny a vztahy v rodinném systému. V rodině se, z hlediska jejího fungování v rámci mezilidských vztahů, vytváří vztahové systémy s určitými pravidly, zákony, zvyky a řády. Podle Minuchina (2013) rodinnou strukturu tvoří neviditelný soubor funkčních požadavků, jež organizují způsob chování rodinných příslušníků. Rodina je systém, jenž je v chodu na základě transakčních vzorců. Opakované transakce vytvářejí vzorce tak, kdy a ke komu se vztahovat – a právě tyto vzorce jsou základem tohoto systému. Systém se skládá z několika subsystémů. Jednak manželský (partnerský), subsystém rodič-dítě a sourozenecký subsystém. Subsystém rodič-dítě se utváří okamžikem těhotenství a poruchy v tomto subsystému ukazují na instabilitu rodiny. Sourozenecký subsystém je důležitý pro to, aby se dítě naučilo spolupráci, soutěžení, vzájemné podpoře, vyjednávání a vytváření kompromisů. Sourozenecký subsystém ovlivňuje fungování rodiny. Přečasnými subsystémy jsou například matka – mladší dítě, otec – starší dítě. Jejich příliš pevné hranice a dlouhodobé trvání signalizují rodinný problém. Z hlediska fungování rodiny jsou hranice mezi subsystémy důležité. Vnější hranice chrání rodinnou integritu a vnitřní hranice rozlišují jednotlivé subsystémy. U subsystémů rodiny je ideální aby byly pevné, ale flexibilní v případě potřeby (např. aby subsystém dokázal zahrnout prarodiče, pokud jsou oba rodiče dlouhodobě mimo rodinu) (Sobotková, 2001).

2.1. Rodinné faktory vzniku, rozvoje a udržování závislosti

Když mluvíme o rodinách závislého, tak se jedná o širokou škálu, od nadměrné péče až po lhostejnost. V mnoha případech se základ drogového problému nachází v traumatizující rodinné okolnosti jako je například sebevražda, psychická onemocnění, násilí, rozvod, úmrtí. Někdy se může jednat o týrání nebo zneužívání. Dá se předpokládat, že v takových případech užívání drog nastupuje jakožto únik či alespoň utlumení vracejících se negativních pocitů.

Podle Hajného (2003) rodinné prostředí závislých nelze jednoznačně charakterizovat a spíše než typickou rodinu závislého je možné zobecnit některé opakující se znaky, které se na rozvoji (spíše než na vzniku) závislosti podílejí.

Nejčastější faktory, které působí v rodině destruktivně (Mühlpachr, 2008):

- Nepřítomnost jednoho z rodičů (neúplné rodiny)
- Nejsou plněny základní funkce rodiny
- Narušeny vztah matka-dítě (delší odloučení dítěte od matky)
- Nepříznivé emocionální klima v rodině, citová deprivace
- Záporné vzorce rodičů
- Nízký kulturní a ekonomický standard v rodině
- Nerovnováha ve výchově (liberální výchova, neúměrné trestání)
- Neschopnost rodičů dosáhnout citové a racionální jednoty

(konformní jednání by mělo přinášet vnitřní uspokojení, pocit radosti a štěstí).

Hajný roztřídil znaky vedoucí k rozvoji závislosti, opakující se v rodinách závislých, do následujících skupin:

- nedostatečná pozornost nebo problematická reakce ze strany rodičů na chování dítěte: chybí zpětná vazba ze strany rodičů, výchovné postupy jsou neprůhledné, nedůsledné, dochází k vynucování pocitů viny, nerealistických předsevzetí;

- narušené či zatížené vztahy mezi dítětem a rodičem: v daném případě se opakuje struktura rodinných vztahů závislých spočívající v nadměrně ochraňující a pečující matce a chladným, slabým či nepřítomným otcem, rizikem jsou závislé matky, které se pro dcery mohou stát identifikačním vzorem;

- chaotické či špatně vymezené vztahy mezi generacemi: v rodinách není přesně stanoveno, kdo co má dělat, kdo má za co zodpovědnost a kdo si čím může být jistý, dítě vyrůstá v nejistotě, stále se mění jeho kompetence, odpovědnost a svoboda. Extrémním příkladem narušení mezigeneračních hranic je zneužívání či incest, které vedou k problémům se sebeúctou, sebevražedným myšlenkám, poruchám příjmu potravy;

- skryté, nedostatečné či excesivní vyjádření hněvu v rodině: některé zlostné projevy jsou potlačovány, jiné se mohou objevovat v nadměrně neadekvátní

míře. Zvýšená hladina napětí v takových rodinách slouží posilujícím faktorem udržování závislosti;

- závislost v roli prvku, který udržuje v rodině rovnováhu: přetíženost rodičů v práci nebo partnerském konfliktu dítě vyvažuje tím, že si najde úzký kruh party, kde většinu svých nálad řeší zpočátku například kouřením marihuany a později užíváním více tvrdými drog, často se objevuje při prvním pokusu o odpoutání se od rodiny, užívání má poskytnout dítěti svobodu, ale naopak vnitřně posiluje závislost na rodičích;

- jeden či více závislých členů rodiny: míra rizika narušení dítěte je přímo úměrná tomu, jak závislost rodiče ovlivňuje chod rodiny, rodinné rituály a společně trávený čas. Nečekané reakce závislého rodiče mohou dítě znejistit, identifikace s rodičem je narušena, zklamaná očekávání přispívají k jeho rezignovanému životnímu postoji, popírání závislosti rodičem vede k hlubokému narušení důvěry, bezmocnému vzteku, problematické jsou také důsledky chování druhého rodiče, který situaci neřeší;

- kodependence: jak jsem již uvedla v kapitole o vzniku drogové závislosti, dítě žijící v rodině se závislým členem, může být vystaveno fyzickému i emočnímu zneužívání a následný způsob jeho adaptace může být takový, že si vytváří vazby závislosti na druhém, abusus je později způsobem, jak dočasně mírnit své utrpení.“

K dalším rizikovým faktorům v rodině, které mohou vést ke vzniku drogové závislosti, patří například vážná duševní nemoc rodičů, časté stěhování rodiny, separace dítěte od rodiny nebo dítě žije bez domova, neexistující jasná pravidla ve výchově a ve vztazích, nedostatek času pro dítě nebo přehnaná péče.

Pokud jde o vzájemný vztah mezi rodinným prostředím a závislostí, Cancriní (in Hajný, 2003) nabízí klasifikaci, která rozlišuje traumatickou, neurotickou, přechodnou a sociopatickou závislost.

- Traumatického typu: úmrtí, násilí, zneužití, nezvládnutý odchod jednoho z rodičů, onemocnění

- Neurotického typu: problémy ve vztazích mezi rodiči, neřešení problémů, nahromaděné napětí

- Přejchodového typu: nestálost v osobních vztazích, vyskytující se psychická zátěž v rodině nebo těžké trauma, podivné životní zájmy či aktivity (může se jednat například o sekty nebo esoterické vědy)

- Sociopatického typu: závislý vykazuje vysoký výskyt asociálního chování, projevy lhostejnosti, kriminalita – závislost není primární problém v rodině, ale tvoří součást jejího životního stylu.

2.2. Důsledky závislosti pro rodinu

Drogová závislost jednoho z členů rodiny je většinou obrovskou zátěží a to zejména pro děti, pro které rodina přestává skýtat bezpečné zázemí. Závislost jako problém nejen polapí do svých sítí závislého samotného, ale nejvíc postihuje i prostředí, které ho obklopuje. Díky silným citovým vazbám je zvláště ohroženou skupinou bezprostřední rodina závislého – její členové se tedy stanou obětí drogy stejně jako závislý samotný. Postupně onemocní celá rodina, závislost destruuje celý rodinný systém i jeho jednotlivé členy.

Život se závislým členem vnáší do rodinného systému a jeho funkcí mnoho negativních vlivů a to se týká nejen období intoxikace, ale s rozvojem závislosti i období, kdy jsou všichni střízliví. Trpí systém blízkých osobních vztahů, které jinak podporují zdravý vývoj a fungování rodiny. Normální přirozená komunikace a řešení problémů je znemožněno, pružné a tvůrčí rozhodování je blokováno. Taková změna nese s sebou extrémní chování a tím i ztrátu možnosti kompromisního jednání. Ve zvýšené míře se mohou objevit frustrace, zlost ústící v nenávisť, strach, zklamaná očekávání, lítost, pocity viny, deprese a pronikavé pocity beznaděje a bezmoci. Tento intenzivní emocionální stres a nespokojenost jsou charakteristické pro většinu vztahů závislých osob a často vedou k dalšímu užití drogy, která způsobila tyto problémy na počátku a ve které postižení hledají úlevu.

K dalším důsledkům patří ztráta dovedností potřebných k pojmenování problémů ve vztazích, k řešení manželských konfliktů a k udržení intimních vztahů. Užívání drog se potom stává naučenou strategií. Odpovědí na toto chování partneri závislých se učí používat maladaptivní strategie, respektive mají nutkavou potřebu kontrolovat nekontrolovatelnou situaci, například reagovat na závislé chování partnera když poslední je pod vlivem drog.

Do závislosti jsou zataženi všichni členové rodiny, zejména děti, kteří reagují na stres, nespokojenost, konflikty a bouře emocí. Členové rodiny mohou trpět řadou citových a sociálních problémů včetně nadměrného strachu, předvádění se doma i ve společnosti, problémů ve škole a obtíží s učením, delikvence, předčasných sexuálních zkušeností, nedostatku sebevědomí a vlastních problémů s užíváním drog. Problémy při výchově dětí přinášejí do již tak přetíženého manželského systému další stres a poruchy, co provokuje další užívání návykových látek a tím narůstá špatné fungování rodiny. Tím pádem závislost a rodina tvoří proces interakcí, které se navzájem posilují, tzv. „cirkulární kauzalita“.

3. Terapeutická práce s rodinou uživatele návykových látek

Jak již bylo popsáno, závislost člena rodiny narušuje rodinnou dynamiku a kohezi. A proto v momentě, kdy se jedná o léčbu a rehabilitaci závislého, cílem terapeutického působení se stává nejen resocializace závislého, ale i obnovení funkčnosti jeho rodiny. Funkční rodinný systém je tak protektivním faktorem vzniku závislosti a může přispívat k úspěšné resilience každého jejího člena. Opakem rodinné resilience je vulnerabilita – zranitelnost rodiny a náchylnost k protrahovaným krizím (Sobotková, 2004). Většinou při práci s rodinou závislého terapeuti se setkávají spíše s vulnerabilními rodinami, jelikož zranitelnost rodiny je determinována především interpersonálními vztahy a organizační strukturou rodiny. K zranitelnosti rodiny může přispívat:

- nezralost rodiny, kdy rodičům chybí důležité životní zkušenosti a jím se nedaří vytvořit zázemí, odkud dítě, respektive dospívající (klient – uživatel NL) může čerpat jistotu a pohodu stabilizovaného domova;
- přetíženost rodiny, kdy veškerá pozornost je věnována jenom tlaku z problémů a úkolů a některé členy rodiny se dostávají na okraj zájmu;
- ambicióznost rodiny, kdy jsou kladeny velké a přehnané nároky, bez realistického odhadu, co za daných okolností je možné dokázat;
- nadměrná liberalita;
- autoritářství v rodině, kdy není prostor pro sebevyjádření;
- přehnaný protekcionismus;
- disociace vztahů v rodině.

Ještě více se zvyšuje riziko zranitelnosti rodiny v případě, kdy rodina nemá podporu, a to buď ze strany širší rodiny a přátel nebo odborníků, respektive terapeutů, poradců, sociálních pracovníků. Proto většinou je velmi důležité do procesu léčby závislého zapojit buď některé členy rodiny, nebo celou rodinu.

Existuje hodně výzkumů, které zdůrazňují význam zapojení signifikantních osob závislého klienta, tj. jejich rodinných příslušníků, partnerů, případně dětí či dalších příbuzných a přátel – do procesu jejich léčby nejméně ze tří důvodů (Radimecký, 2006):

- 1) blízké osoby se mohou významně podílet na vývoji a udržování problémů spojených s užíváním drog;

2) důležité osoby jsou významným zdrojem podpory a pomoci pro uživatele návykových látek v průběhu jejich léčby i po ní;

3) členy rodiny závislého strádají v důsledku různých forem jejich chování spojených s užíváním drog, jako jsou například násilí, krádeže, lhaní, nedostatečná komunikace, manipulace apod.

Je vědecky dokázáno, že zapojení blízkých osob uživatelů drog může mít významný vliv na úspěšnost všech typů léčebných programů a že rodinná terapie anebo práce s rodinou je efektivní formou léčby jak pro dospělé, tak pro dospívající, kteří mají problémy s užíváním alkoholu a nelegálních drog. Zapojení blízkých osob uživatelů návykových látek do procesu léčby je spojováno s vyhledáním odborné pomoci v raném stádiu užívání drog, s vyšší mírou angažovanosti uživatelů drog v procesu léčby a s vyšší retencí, s výrazným snížením užívání drog po léčbě a také se zlepšením sociálního chování uživatelů drog (snížení trestné činnosti, zlepšení situace v oblasti zaměstnanosti a obnovení či budování vztahů) (Radimecký, 2006).

Do služeb pro rodiny uživatele drog se obrací většinou tři hlavní skupiny klientů (Čtrnáctá, 2013):

1. Rodinní příslušníci, kteří chtějí pomoci uživateli: k této skupině patří rodiče, případně manželské páry nebo partnery, kteří přicházejí se zakázkou napravit jejich dítě či partnera, aby přestali užívat drogy. To znamená, že nepřicházejí kvůli sobě, ale hledají univerzální lék pro třetí osobu. Důležité je, že uživatel o léčbu a kontakt s odborníkem nestojí, ale blízcí tuto skutečnost akceptovat nechtějí. Klíčovou změnou v takovém případě je nalezení jiné zakázky, tudíž bod, kdy blízká osoba chce něco pro sebe místo toho, aby chtěla něco pro někoho, kdo velmi pravděpodobně chce úplně něco jiného či nechce vůbec nic.

2. Klienti, kteří chtějí pomoci sobě: klient rozumí, že je problém v něm a chce ho vyřešit. Jsou schopni říct, co potřebují a požadují podporu. Spolupráce s takovými klienty bývá spíše krátkodobější, jelikož velká motivace se změnit za pomoci terapeuta pomáhá jím nastartovat sebeúzdavné mechanismy.

3. Klienti se zvláště závažnou a komplikovanou historií: v daném případě klient má celou řadu situací komplikujících faktorů v rodinném příběhu i současných vztazích, například traumatické události, vícečetné závislosti, narušené rodinné vztahy, psychické problémy atd. spolupráce v takovém případě je

dlouhodobá. Pro úspěšnou terapii je třeba vytvořit výrazně bezpečné prostředí, terapeut by měl být přijímacím.

Při terapeutické práci s rodinou je třeba pracovat s celým rodinným systémem, tudíž základem je předpoklad, že pro změnu chování jedince je nutná změna prostředí, ve kterém žije. Problém, s nímž rodina přichází, je vnímán jako symptom, který má v rodinném systému svou funkci a význam. Symptom může sloužit k udržení rodinné homeostázy, proto je předpokládáno, že při nezměněné rodinné struktuře bude vymizení symptomu pouze dočasné anebo povede k vytvoření nových symptomů ať u identifikovaného klienta, nebo u jiných členů rodiny. V oblasti užívání návykových látek za symptom se považuje rizikové chování identifikovaného klienta. Cílem terapeutické práce s rodinou je tedy nalézt možnost změny v rodinném systému, která by umožnila změnu rizikového chování identifikovaného klienta. Dalšími cíli terapeutické práce s rodinou uživatele drog jsou: naděje, zlepšení kvality života všech členů rodiny, zachování sociálního statusu rodiny, zachování či zlepšení zdravotního stavu, podpora, zlepšení vzájemných vztahů. Specifickými cíly ve vztahu k uživateli drog jsou motivace ke změně a zachování vztahů s blízkými (Čtrnáctá, 2013).

Podle Sklenáře (2013) k intervenčním metodám zaměřeným na závislého a jeho rodinu patří: individuální a skupinová adiktologická terapie a adiktologická rodinná terapie. Do dalších intervencí spadá rodinné poradenství a skupiny s blízkými závislých.

K formám práce s osobami blízkými patří individuální poradenství, párové poradenství, individuální psychoterapie, párová terapie, svépomocné skupiny. Je důležité zmínit, že rodinná terapie se dělá i tehdy, kdy fyzicky přítomen jen klient, jelikož jeho blízcí jsou v terapii přítomni vždy, i když jen jako „objekty“ v psychoanalytickém smyslu; někde však existují či existovali jako reálné osoby a změna objektních vztahů se uskutečňuje v realitě (Kalina, 2013).

3.1. 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).

Obecně cílem poradenství je dát klientovi nejlepší možnou radu, tedy varovat ho před nebezpečími, které se mohou stát. Dá se říct, že se jedná spíše o expertní přístup, kde

se nečeká, až si na to klient přijde sám. Poradce říká svoje názory, doporučení a rady, jak by se podle něj klient měl zachovat v dané situaci a je potom na klientovi, jestli se podle rad poradce bude řídit nebo ne.

Orientačním kritériem poradenství je krátkodobost spolupráce, kde klient potřebuje pouze pomoci s diagnosou problému a doporučit odpovídající řešení a opatření.

Dalšími charakteristikami poradenství pro rodinu jsou (Vybíral, 2010):

- Poradenství je zaměřeno na problém
- Poskytuje informace, rady a návody
- Je speciálně zaměřené
- Poradce je vnímán jako expert

V případě poradenství v oblasti léčby drogových závislostí jde zejména o zprostředkování informací o léčbě a léčebných zařízeních, servis pro osoby blízké, pro pedagogy atd. Poradenství je nezbytnou součástí všech ambulantních typů léčby (Kalina, 2001).

Indikacemi pro využití rodinného poradenství v případě užívání drog obecně můžou být:

- Existence podezření, že osoba (dítě, partner, příbuzný) experimentuje s drogami či je pravidelně užívá.
- Užívání drog negativně zasahuje do života celé rodiny.
- Osoba chce s užíváním přestat, nezvládne to vlastními silami a je třeba vyhledat odbornou pomoc a péči.

3.2. Skupiny s blízkými závislého

Skupiny s rodiči a blízkými jsou poměrně rozšířené. Podle Kaliny (2013) v takových skupinách převažuje integrativní či spíše eklektický přístup, tudíž přístup, který nestaví na vlastním novém přínosu ani nenavazuje jen na jeden vyhraněný myšlenkový podnět, ale vybírá si to, co mu vyhovuje z různých předloh, a tyto prvky potom spojuje ve více či méně jednotném celku. Nicméně takový přístup ve skupinách není zbaven určitých pravidel.

Skupiny s blízkými závislých nosí charakter informační nebo motivační, sledují úpravu vztahů a komunikace v rodině, podporu klienta v léčbě, proces nastavení nových pravidel apod. Podle Frouzové a Kaliny (2008) se osvědčují polootevřené skupiny, ve

kterých je možné nejen vzájemně se vyměňovat informací, ale i poradensky až psychotherapeuticky pracovat na tom, jak se klientova závislost a léčby promítá do rodiny v různá období, včetně budoucnosti. I když v takových skupinách se do jisté míry mohou uplatňovat faktory skupinové dynamiky (emoční uvolnění, zpětné vazby, vzájemná podpora apod.) nejde ovšem o psychotherapeutickou skupinu v pravém slova smyslu a to proto, že členové do ni přicházejí jako rodiče a blízcí klienta, který se léčí, ale nikoliv proto, že by se léčili sami (Frouzová, Kalina, 2008).

Posláním skupiny by mělo být napomáhání otevření nových možností růstu či nových vývojových fází pro rodiče. Někdy skupina upozorňuje některého rodiče či jiného účastníka na jeho vlastní specifické problémy. v takovém případě je možné doporučit návštěvu odpovídající terapie.

Frouzová a Kalina (2008) uvádějí hlavní témata skupiny pro blízké osoby závislého:

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

4. Rodinná terapie

Rodinná terapie věnuje pozornost celé rodině, nikoli pouhému jedinci. Jednotkou léčení tedy není jen jeden klient (i když je někdy jen jako jediný z rodiny v terapii fyzicky přítomen), ale systém jako soubor všech vztahů, ve kterých je jedinec zúčastněn. Hlavním východiskem rodinné terapie je skutečnost, že pokud se má změnit jedinec, tak je třeba změnit kontext, ve kterém žije (Kalina a kol., 2001).

Současná rodinná terapie se více pozornosti věnuje tomu, jak členové rodiny vnímají a prožívají proces rodinné terapie a snaží odpovědět na důležité otázky: považuje rodina terapii za přínosnou?; jak rodina zužitkuje v každodenním životě to, co se odehrálo v průběhu sezení? Klade se velký důraz na spolupracující přístup a na vnímavost ke specifické situaci a problémům dané rodiny (Skorunka, 2010). Vymezení rodinné terapie

Pod pojmem rodinná terapie se skrývá několik rozmanitých modelů a postupů, které vycházejí z různých teoretických zdrojů. Tyto školy neboli modely rodinné terapie sdílejí určité výchozí předpoklady. Společným pro všechny modely rodinné terapie předpokladem je, že problémy nebo tzv. maladaptivní chování jedince jsou manifestací nějakého problematického dění v rodině, tzv. poruchy na úrovni rodinného systému, například narušené komunikace, nejasných pravidel, napjatého emočního klimatu či obtížných adaptací na změny související s vývojovým cyklem rodiny. Prožívané trápení a potíže jsou těsně spjaty s dynamikou a kvalitou mezilidských vztahů. Proto se rodinný terapeut zajímá hlavně o dění a vztahy v rodině, o různé aspekty fungování rodinného systému. Pozornost věnuje hlavně tomu, co se odehrává mezi lidmi, nikoli tomu, co se děje „uvnitř“ jejich mysli (intrapsychických stavů).

Gjuričová (2002) uvádí že, současnou rodinnou terapii charakterizují tři základní systemická východiska:

- 1) Chování má vždy význam v kontextu vztahů: je důležité, aby rodina za pomoci terapeuta porozuměla rozporům mezi tím, o co jednotliví členové usilují a co konkrétně dělají, a jak za daných okolností vzniká a udržuje se problematické chování či některé příznaky.

- 2) Systemicky zaměřená terapie působí vždy v rovině chování, a zároveň v rovině významů, to znamená, že změna, která nastává v jedné z rovin, se stává kontextem pro změnu v rovině druhé.

3) Porozumění změnám, k nimž v terapii dochází, má metaforickou povahu a modely se liší například v tom, jaké změny v rodině podle nich nutné k vyřešení prezentovaného problému, ústupu symptomatologie apod.

4.1. Vývoj rodinné terapie

V dnešní podobě se rodinná terapie začala pozvolna vyvíjet po druhé světové válce, tehdy si totiž výzkumníci a kliničtí pracovníci začali všimnout významu současné pacientovy rodiny při utváření a udržování psychických poruch u jednoho nebo více klientů. K jejímu rozvoji přispělo zkoumání vlivu rodiny na vývoj schizofrenie (Kratochvíl, 2006).

Dnes rodinná terapie je již docela samozřejmá metoda práce s rodinou, ale je třeba mít na paměti, že tomu takhle vždy nebylo. Tudíž rodinná terapie je o více než půl století mladší než individuální psychoterapie. A jako první rodinné téma formulovali jako terapeutický problém právě psychoanalytičtí autoři. Nicméně psychoanalytici zabývali se spíše rodinným tématem, ale v přímé práci s rodinou se neangažovali a to ze tří nejhlavnějších důvodů: jako hlavní důvod je tzv. fenomenologická paradigma, zabývání se individuální a jedinečnou zkušeností jako jedinou zjevností; dalším důvodem je to, že přímá práce s přirozenými interpersonálními vztahy do psychoanalytických teorií a metody nezapadá a v neposlední řadě je v psychoanalytické práci požadavek vztahové abstinence a obavy z přenosových a protipřenosových komplikací (Kalina, 2013). V době svého vzniku (po druhé světové válce, ale k velkému rozmachu došlo až koncem 50. let a zejména v 60. letech 20. století) byla nejen radikální metodou práce, ale přinesla s sebou zcela nový jazyk. K tomu, aby se rodinná terapie mohla zabývat vztahy mezi lidmi, nikoliv v jejich vnitřním prožívání, v nitru psychiky individua, bylo potřeba, aby se odpoutala od dosavadní psychoterapeutické a psychiatrické tradice a vytvořila si vlastní rámec (Gjuričová, Kubička, 2003).

Za startovní čáru rodinných terapií a revoluci v pojetí duševních nemocí se pokládá publikace práce antropologa a kybernetika Gregory Batesona „K teorii schizofrenie“. Bateson a jeho první následovníci se zabývali především rodinami schizofreniků, jejich práce však mají širší dopad. Středem pozornosti byly komunikační vzorce v rodině, které mohou způsobit, že jeden člen rodiny je označený za duševně nemocného. Patří sem Stirling a jeho komunikační a behaviorální strategie „jak učinit druhého šíleným“, Laing a rodinný nexus – pletivo vztahů, které vytváří psychotika, Lidz s rozštěpem a pokřivení generačních hranic v rodině a Bowen s třígeneračním modelem vzniku duševní poruchy. Tyto práce zapadaly do generačního konfliktu v 60. letech na Západě, kdy rodina byla

pokládána za „buržoazní přežitek“. Tudíž do přímé práce s rodinami se promítal protipřenos obvinění – „vina za nemoc“ náleží rodině. Brzy se rodinná terapie rozšířila do oblasti sociální práce s problémovými rodinami, kde již nešlo o revoluci v pojetí duševních nemocí, ani o to, kdo koho učinil problémovým. Čili rodina má problém, ale není koho obviňovat – „*zkusme rodině rozumět!*“ (Kalina, 2013).. Do této vlny patří Minuchin, který přišel se strukturální rodinnou terapií, on si všímá rodinných subsystémů a tvrdí, že rodina funguje dobře tehdy, když má jasně definovanou, pružnou a kohezivní strukturu (Kratochvil, 2002). Ve své terapii Minuchin se nezaměřuje na jednotlivce, ale na člověka v rodinném kontextu. *Pomáhá rodině uvědomit si, že symptomy jsou záležitostí systému a ne jedince. Změna rámce problému pak pomůže členům, aby zvýšili své vědomí a z čistě individuální ideologie přešli k systemickému pohledu* (Prochaska, Norcross, 1999). Dalším významným autorem je Jay Haley, který byl jedním z hlavních zakladatelů a představitelů tzv. strategického modelu rodinné terapie – symptomatické chování jednoho z partnerů či členů rodiny považoval za maladaptivní strategii s cílem získat nad vztahem kontrolu (Skorunka, Hajná 2007). Podle něj *v každé komunikaci je ukryt prvek příkazu nebo úsilí o interpersonální moc. Člověk, který dosáhl „moci“, ustanovil sám sebe do funkce toho, kdo určuje, co se bude dít* (Prochaska, Norcross, 1999). Rodině se snažil porozumět i Iván Boszormenyi-Nagy, který přišel do rodinné terapie s přístupem kontextuální terapie a klíčovým konceptem je tzv. vztahová etika. Podle něj rovnováha mezi bráním a dáváním, citlivost k potřebám, péče a zodpovědnost jsou základními stavebními kameny fungující rodiny. Symptomy se objeví tehdy, pokud je důvěra a péče v rodině z různých důvodů narušena (Skorunka, Hajná 2007). S dalším přístupem do rodinné terapie přišel Paul Watzlawick s principem komunikace: já – sděluji – něco – někomu – v nějakém kontextu. Velkým přínosem na poli rodinné problematiky je práce Milánské školy, kterou založila M. Selvini-Palazzoli. Rodinná terapie v pojetí milánské školy byla radikálním systemicko-kybernetickým přístupem a je pro ni charakteristicky: *rychlé navození změny, žádná empatie, žádná diagnóza, žádná psychologie/psychopatologie, žádná „psychoterapie, žádný individuální příběh, v zásadě apersonální, kybernetické pojetí rodiny a terapie, striktní pravidla převzatá z psychoanalýzy (vztahová abstinence, dodržování času, compliance k metodě)* (Kalina, 2013). Systemicko-kybernetická teorie Milánské školy koncem 70. let se stala východiskem pro evropskou rodinnou terapii, která do svého názvu přejala přívlastek systemická či systémová (Sobotková, 2007). *Osmdesátá léta 20. století byla zakladatelským a zlatým věkem systemické rodinné terapie. Krok za krokem byla během jednoho desetiletí vypracována většina prvků, které poskytly systemické*

rodinné terapie teoretický základ a nastartovaly její praxi, mezi nimi také (Ludewig, 2011):

- Orientace na řešení jako vedoucí model pro krátkodobé terapie, techniky konstruktivního kladení otázek a standardní postupy – v Brief Family Therapy Center kolem Steva de Schazera;
- Systém determinovaný problémem jako nová konceptualizace lidských problémů – v Institutu pro rodinnou terapii Harryho Goolishiana;
- Reflektující tým norského sociálního psychiatra Toma Andersena jako metodický postup zaměřený na transparentci, který podporuje kooperaci namísto intervence;
- Zvědavost jako postoj zvědavého respektu ke zdrojům klienta a současně nerespektování problému Gianfranco Cecchino;
- Externalizace a nové pojetí vlastní biografie jako metodologický postoj na zmírnění prožitého tlaku z problémů a nutnosti biografických zkušeností – Michael White.

Kalina (2013) stručně charakterizuje narativní přístupy takto:

- vyprávění a převyprávění rodinného příběhu
- důležité není objevování pravdy, ale hledání významu
- změna chování není bezprostřední cíl
- novým příběhem, novou narativní realitou začíná nová skutečnost
- práce s jazykem – změna je v jazyce
- terapeuti naslouchají a reflektují

4.2. Vývoj rodinné psychoterapie v České republice

Rodinná psychoterapie se v ČR rozvíjela od 70. let 20. století díky obětavosti a nadšení Petra Boše a Jana Špitze, kteří se později přiklonili k systemickému pojetí rodinné terapie. Petr Boš založil už v roce 1973 v dětské psychiatrické léčebně v Dubí u Teplic metodické středisko rodinné terapie, kam se zájemci o rodinnou terapii jezdili školit. Spolupracoval s Janem Špitzem z Dětské psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice v Motole. Společně uspořádali v roce 1987 v Praze Světový kongres rodinné terapie, na němž byla prezentována většina škol rodinné terapie. V roce 1990 Jan Špitz s Petrem Bošem a Zdeňkem Kučerou vytvořili Institut rodinné terapie a systemických studií, který představoval první program vzdělávání v rodinné psychoterapii v Československu. Dnes Institut rodinné terapie a systemických studií nese název Institut rodinné terapie a od roku

1996 ho řídí Š. Gjuríčová. Ta společně s J. Kubičkou a L. Brodovou tvoří základní lektorský tým, který pořádá výcvik v rodinné psychoterapii.

Petr Boš také spoluzaložil s Olgou Holubovou Institut Virginie Satirové v roce 1991 (Andrlová, 2007). Virginia Satirová, přední rodinná terapeutka v USA, původně psychoterapeutka rogersovského směru, proslula humanisticky orientovanými pracemi o rodině a metodou „sochání“. V letech 1978-1982 na pozvání Petra Boše přijížděla opakovaně do Československa a vedla výcvikové týdny a workshopy. Vzbudila obrovský zájem o problematiku rodiny a rodinnou terapii. Celkem se výcviků s Virginií účastnilo asi 80 československých odborníků. *Byl-li Petr Boš „otcem zakladatelem“, Virginia se v ČR stala „matkou zakladatelkou“ a tato dvojice dala do vínku naší rodinné terapii „mužský“ a „ženský“ princip – systemický a humanistický přístup* (Kalina, 2013).

Další klíčovou osobností na počátku rodinné terapie na území ČR byl Jaroslav Skála, jeho Apolinář a první Skálová výcviková komunita SUR. Skálův přístup je možné charakterizovat výroky jako: „Práce s rodinou pacienta upravuje prostředí příznivé pro abstinenci“ nebo „Práce s rodinou zabraňuje, aby se škodlivé návyky šířily do další generace“. V roce 1967 Skála v Apolináři založil Středisko pro mládež a rodinu, které bylo prvním centrem práce s rodinou v Česku a ve střední a východní Evropě, a také jedno z prvních v oblasti závislostních poruch ve světě vůbec (Kalina, 2013).

Na začátku se v Apolináři praktikovaly následující metody (Kalina, 2013):

- Dětské tábory – zvláštní pozornost dětem alkoholiků
- Rodinné tábory – zdravý životní styl pro celou rodinu
- Partner nebo rodič ve skupině pacientů – korigování pacientovy verze alkoholického nebo jiného psychopatologického příběhu
- Smíšená skupina pacientů a blízkých – využití skupinové dynamiky a interpersonálního učení pro všechny
- Párová či rodinná sezení – upevnění prostředí pro abstinenci pacienta, řešení konfliktů a problémů, i těch, které abstinence do rodiny či vztahu přináší.

4.3. Přístupy v rodinné terapii

Během svého historického vývoje rodinná terapie se postupně diferencovala do několika odlišných škol. Zjednodušeně lze rozdělit tyto školy do tří skupin podle toho, jaké faktory v rodinném systému terapeut považuje za klíčové v rozvoji a udržování tzv. psychopatologie či problému v rodině (Chvála, Trapková, 2014).

- Modely rodinné terapie první skupiny jsou založeny na předpokladu, že problémové chování udržují opakující se vzorce v rodinné komunikaci. V tomto případě terapeutická práce je zaměřena na narušení těchto vzorců interakce a jejich nahrazení zdravějšími způsoby komunikace (sem patří například strategická terapie, strukturální terapie, kognitivně-behaviorální RT).

- Modely rodinné terapie druhé skupiny jsou založeny na předpokladu, že zásadní jsou tzv. systémy přesvědčení, rodinné příběhy a nejrůznější diskurzy, ze kterých vycházejí opakované interakční vzorce, jež udržují stávající problém. Úkolem terapeuta je podpořit vytvoření nových systémů přesvědčení, příběhů a vyprávění, které umožní nahradit interakce udržující problém jinými (jedná se například o Milánskou školu, přístup deSchazera a Bergové, narativní přístup aj.)

- Modely rodinné terapie třetí skupiny kladou důraz na historické/kontextuální/konstituční faktory, které predisponovaly rodinné členy k tomu, aby přijali určité systémy přesvědčení, rozvinuli problematické vzorce (například model V. Satirové, transgenerační přístupy, psychoedukační přístupy aj.)

Co se týká uplatňování přístupů v léčbě závislého chování, nejvíce jsou studovány a tudíž i podloženy dostatečným empirickým výzkumem: behaviorální rodinné modely, systémové rodinné modely a integrované modely.

Behaviorální rodinná teorie vnímá užívání drog jako chování determinované environmentálními faktory (vlivy prostředí), a proto se zaměřuje na posílení signifikantních osob prostřednictvím nabídky repertoáru modelů chování, jak se vyrovnávat s rodinnými problémy (Radimecký, 2006). Terapie je zaměřena na hledání spouštěčů, tj. okolností aktivujících dysfunkční myšlení a závislostní chování. Cílem je nahrazení maladaptivních vzorců chování vhodnějšími, adaptivnějšími vzorci, což vyžaduje například nácvik sociálních a komunikačních dovedností, nácvik sebekontroly a zvládání stresu (Rotgers et al., 1999).

Behaviorální přístup se častěji využívá v párové terapii než v rodinné. Konzultace (doporučuje se 10 až 15) jsou zaměřeny k vytvoření a stabilizaci změn jak v návycích, vztahujících k užívání drog, klienta, tak v souvisejících manželských neshodách. Intervence směřující ke kontrole užívání návykové látky zahrnují stanovení cílů souvisejících s pitím, vytvoření struktury role jednotlivých členů v procesu uzdravování se ze závislosti, uzavření dohody týkající se například náhradní látky (antabusu), využití určitých technik k redukování rizikových situací a snížení výskytu takového chování členů

rodiny, které dává impuls k požívání alkoholu, nebo ho umožňuje. Intervence směřující ke zlepšení rodinných vztahů zahrnuje podporu pozitivních výměn, jako například laskavé chování, společné rekreační aktivity a trávení volného času, řešení konfliktů, trénování komunikace a dovednosti při řešení problémů. Po stabilizaci změn se intervence zaměřují na prevenci relapsu a na dlouhodobé manželské a rodinné problémy (Řeháková, 2004).

Ze systemického hlediska je třeba se zaměřovat na charakteristiky rodiny, vzájemné interakce mezi členy rodiny a procesy jako jsou pravidla, role a komunikace. Proto léčebné strategie jsou směřovány k restrukturalizaci a změně vzorců interakcí spojovaných s užíváním drog s cílem vytvořit a upevnit nový model chování v systému rodiny (Radimecký, 2006).

Systemový přístup se dotýká problémů s hranicemi a rodinnými rolemi, které vytvářejí „symptom“ – užívání drogy u jednoho člena rodiny. Léčba se soustřeďuje na identifikaci a řešení rodinných otázek nebo procesů, které způsobily vytvoření symptomu. Podle teorie o systému rodiny se závislost na návykové látce může vytvořit v období, kdy rodina jako celek prožívá obtíže nebo krizi. Závislost na návykové látce může také zpomalit nebo dokonce zastavit přechod do nové vývojové etapy, které se rodina nebo uživatel brání. Droga tak vlastně napomáhá udržet „homeostatickou rovnováhu rodinného systému“. Jakmile terapeut pochopí funkci, kterou droga v rodině hraje, může ji přerámcovat tím, že vysvětlí, jak k chování došlo, a objasní její funkci v rodině. Terapeut se tedy snaží odvrátit pozornost členů rodiny od chování drogově závislého směrem k jakékoli otázce nebo krizi rodiny, kterou ta prožívá. Paradoxně je to, že někdy je výhodné drogu z rodiny hned neodnímat, protože by se tím celý proces změny rodinného systému mohl zastavit. Pro určení povahy ústředního problému rodiny terapeut využívá teoretický materiál o rodinných procesech a vývojových fázích, informace poskytnuté členy rodiny během terapeutických konzultací, pozorování interakcí mezi členy rodiny během terapeutického sezení a reakce rodiny na klinické zásahy.

Systemový přístup zdůrazňuje to, aby se během terapeutického sezení členové rodiny obraceli přímo jeden na druhého při řešení běžných problémů nebo otázek. Díky tomu se během konzultace projevují dysfunkční vzorce interakcí rodiny, což je vhodná příležitost k intervenci směřující ke změně. V rámci toho přístupu využívají terapeuti mnohé techniky podněcující změny v interakcích a ostatních aspektech fungování rodiny. Tyto techniky zahrnují přeformulování, ustanovení a vytvoření nových hranic. Navíc by měly být jasně definovány role a zodpovědnosti každého člena rodiny (Řeháková, 2004).

Integrativní přístup v rodinné terapii vnímá užívání drog jako formu chování, jež vzniká v kontextu rodiny a má svůj specifický význam v rodinném systému. Rodinná terapie se pak zaměřuje na odhalení těch vztahových vzorců, jež užívání drog podporují, aby mohla specifickými intervencemi přispět ke změně používaného maladaptivních rámce chování a nefunkčního systému rodičovské kontroly, jenž chování uživatele drog často ovlivňuje. Nicméně žádný z uvedených terapeutických přístupů není preferován více či méně. Co více, změny v rodiny mohou být dosaženy celou škálou metod (Radimecký, 2006).

Při léčbě závislosti terapeuti musí řešit hodně problémů a přijímat nutná rozhodnutí. Například jaká intervence je vhodná, kolik doporučit konzultací, jak řešit odpor, problém motivace a práce s relapsem apod. Uvedené přístupy i přes odlišnosti určité techniky a terapeutické cíle také sdílejí. Jedná se o navázání a udržení kontaktu s každým členem rodiny a umožnění lepší komunikace a mezilidských vztahů (Řeháková, 2004). Tudíž jsou to:

- Připojení – v první části připojování spočívá role terapeuta v naslouchání. Každý účastník terapie by měl dostat prostor k tomu, aby vyjádřil svůj názor a své pocity, přičemž ze strany terapeuta musí být patrné, že jednotlivým členům rodiny naslouchá a respektuje jejich stanoviska. Potom, v druhé části procesu připojování terapeut přebírá aktivní roli: sděluje účastníkům terapie, že pochopil, jak situaci vnímají, a poté předkládá svou představu o řešení problémů jednotlivých členů rodiny.
- Zavedení základních pravidel – doba trvání konzultace, čas zahájení, způsob zrušení nebo změny termínu konzultace, cenu a způsob zrušení nebo změny termínu konzultace, cenu a způsob úhrady. Způsob, kterým se bude postupovat a očekávanou dobu terapie.
- Mapování zkušenosti a prožívání každého člena
- Identifikování ústředních oblastí interpersonální dysfunkce (potíže s důvěrou, ohraničením, fungováním rolí, komunikací a stanovením příslušných hranic)
- Zlepšení komunikace o myšlenkách a pocitech
- Zaměření na umožňování (odkryt tendence členů rodiny ulehčit závislému jeho situaci, pracovat na snižování míry umožňování)

5. Indikace a kontraindikace terapeutické práce s rodinou uživatele drog

Kdo je vlastně klientem rodinné terapie? Rodinná terapie se dá dělat i s jedním členem rodiny, nezáleží na tom, kdo je přítomen terapeutickému sezení, ale na tom, co je předmětem pozornosti. Rodinná terapie je možná u všech rodin, které ji akceptují. Terapeutický přístup musí být zvláštní, jde-li o rodiny v rozvodovém stadiu nebo o rodiny po úmrtí člena či rodiny s těžce nemocným členem, rodiny, kde se vyskytují týraní, rodiny s dospívajícím dítětem, rodiny delikventů a rodiny osob užívajících návykové látky (Horká, 2007).

Gjuričová a Kubička (2003) uvádí jako klienty rodinné terapie v užším vymezení takto:

- Rodiny – úplné, neúplné, doplněné, třígenerační, bezdětné, adoptivní, před rozvodem, v rozvodovém řízení, po rozvodu
- Páry – mladé dvojice, které spolu chodí; lidé, kteří spolu žijí; manželské a rodičovské páry
- Jednotlivci – individuální terapie – klient, který žije sám; klient s konfliktního prostředí, adolescent...

Když se indikuje rodinně zaměřená terapie, nejdříve musí vzniknout odůvodněná hypotéza o účelné úloze poruchy v rodinném soužití. Neméně důležité jsou také předpoklady k terapeutické spolupráci jak na straně rodiny, tak i na straně terapeuta (Langmeier et al., 2000).

K dalším významným indikacím patří:

- Zralost problému pro terapeutické řešení. Problém by měl být před terapií dostatečně vystupňován, jelikož v opačném případě rodina před obtížemi vyplývajícími z terapeutické konfrontace často raději ustoupí a nespolupracuje. V oblasti závislostí signifikantní osoby uživatele drog problém či užívání preferují bagatelizovat, aby nebyli konfrontováni s nutností problém řešit (Čtrnáctá, 2013).

- Motivovanost členů rodiny k úsilí o změnu ve svém životě. Důležité je aby členové rodiny byli odhodlaní problém řešit a přispět osobně. Je také třeba aby rodina byla schopná přijmout terapeutický požadavek změny vlastních postojů a chování. Tudiž každý, kdo rodinné terapie se účastní, by měl být v terapii aktivní. Co se týká závislosti některého z členů rodiny, Čtrnáctá (2013) upozorňuje, že

problémem bývá, že v určité fázi užívání drog identifikovaný klient není ke změně ochotný či není jí schopen, proto je třeba nejdříve vyřešit problém závislosti a teprve v průběhu léčby nebo po ní přistoupit k rodinné terapii.

- Způsobnost členů rodiny k práci zvolenou metodou. Rodinně terapeutická práce klade určité nároky na schopnosti účastníků a je třeba, aby v smysluplné terapeutické součinnosti byl zásadní soulad.

- Časové a prostorové nároky realizace terapie. V oblasti závislosti to bývá problémem. Pravděpodobně důvod je v tom, že ve většině případů uživatel má s rodinou křehké a porušené vztahy, pro nápravu kterých je třeba angažovanost všech důležitých osob, které ale nejsou k dispozici (daleko od místa léčby nebo absence časových možností).

- Způsobnost terapeuta pracovat s daným problémem a s danou rodinou, popřípadě s právě indikovanou metodou. Podle Čtrnácté (2013) nedostatek personálu vycvičeného v rodinné terapii je jedním z hlavních důvodů, proč je v programech pro závislé rodinná terapie poskytována stále nedostatečně. Nicméně, i v případě, kdy není k dispozici rodinný terapeut, ukazuje se užitečné s rodinou pracovat alespoň poradensky (rodičovské skupiny, rodinné poradenství apod.). Pro tento typ práce není nutná erudice v RT.

Mezi zásadními indikacemi rodinné terapie v oblasti závislosti patří nízký věk a vysoká nezralost člena rodiny, který užívá drogy, což se týká dětí a dospívajících. Dále selhávání klienta v léčbě, v níž je sám za sebe, jako jednotlivce, z důvodu jeho přílišného „zapletení“ do rodinných problémů, tj. situace, kdy rodina svému závislému členu neumožňuje se léčit. Při indikaci rodinné terapie je vždy důležité zvážit takové faktory jako stupeň separace, současná situace rodiny a aktuální perspektivní potenciál vztahu rodina-klient (Kalina, 2003).

Mezi důvody spolupráce s blízkými osobami uživatele drog také patří:

- Snížení utrpení rodinných příslušníků
- Ochrana členů rodiny (zejména dětí) před následky užívání
- Redukce nevhodných vzorců chování ve vztahu k uživateli
- Posílení zdravých intervencí
- Navázání kontaktu s rodinou prostřednictvím jejího motivovaného člena
- Podpora léčebného procesu uživatele drog

Ovšem existuje několik důvodů, proč rodinnou terapii provádět nemá. K takovým se dá zařadit, například když rodina přichází z donucení, když členové rodiny nevěří, že v jejich rodině existují nějaké závažné problémy, nebo když v rodině není nikdo, kdo by si přál změnu (Kalina, 2003).

Podle Langmeiera et al. (2000) kontraindikace rodinné terapie jsou relativní v závislosti na konkrétních okolnostech. Někdy totiž jde o zásadní překážku v práci, někdy je lze vhodným opatřením překonat. Diskuse by mohly vzniknout právě otázky kontraindikace rodinné terapie v problémech mimo drogovou oblast. Mezi nejčastější překážky patří:

- Vzájemná nedosažitelnost členů rodiny a vhodného terapeuta v takové míře, že to brání soustavné terapeutické práci.
- Nezpůsobilost rodiny k požadované komunikaci a spolupráci – například lhaní jako „životní styl“ rodiny, nepřekonatelné předsudky v rodině proti zasahování zvenčí, citový rozpad rodiny.
- Větší nebezpečnost možných následků i úspěšné rodinné terapie, než jakou představuje pokračování současných potíží – například odhalení společensky destruktivního tajemství v rodině nebo nemožnost nahradit současnou „patologickou rovnováhu“ v rodině po jejím zrušení příznivější funkcí.
- Nevýznamnost předloženého problému pro současné chování a vzájemné prožívání uvnitř rodiny.

Dílčí závěr

Terapeutická práce s rodinou uživatele drog je důležitou složkou léčby a rehabilitaci drogově závislého. Význam zapojení rodiny do procesu reintegraci uživatele drog, čím se řídil hlavně Skála, spočívá hlavně v tom, že tzv. identifikovaný klient se vrací tam, odkud odešel a je třeba, aby se cítil tam bezpečně a pohodlně stejně jako jeho blízcí, aby se předešlo recidivě a vzniku dalších problémů. Důraz by měl být kladen ne na lineární kauzalitu jako například vína za užívání je v rodině či rodina trpí jenom kvůli užívání, ale je třeba brát ohled na více faktorů a okolností. Významným pojmem tedy v rodinné terapii je cirkulární kauzalita, tudíž vzájemná propojenost různých jevů. A rodinný terapeut by měl mít na paměti, že jednotlivcův chorobný symptom velmi pravděpodobně je projevem patologie celého systému. Terapeut pracující s rodinou by tedy měl být autentický, plastický, kreativní a dostatečně trpělivý, jelikož hrozí riziko byt zapleten to rodinných her. Považují také za důležitou schopnost terapeuta při práci s rodinami uživatele drog někdy být direktivní. Podle mého názoru odpovědnost a práce rodinného terapeuta se zdvojnásobuje, jelikož pracuje nejen s rodinou jako takovou ale i pořád dbá nad kontrolou závislosti, či lépe říct abstinence uživatele drog. Kladou se velké nároky také i na rodinu, která musí měnit běžný život a tím vytvářet bezpečné prostředí pro závislého člena rodiny. Otevírají se i jiná důležitá témata, která je také třeba řešit a zpracovávat. Každý člen rodiny se učí nově komunikovat, navazovat rozrušené rodinné vztahy, pracovat na problémech. To všechno je umožněno za přítomnosti a angažovanosti terapeuta. Rodinná terapie usiluje o harmonické fungování celé rodiny. Z výše napsaného je třeba dávat pozor podmínkám aplikaci rodinné terapie či práci s rodinou. Ne vždy co se někdy zdá na začátku jako kontraindikace taková je doopravdy a je jenom na terapeutovi jak postupovat a co podniknout v neurčitých případech čili buď nepouštět rodinu dál, nebo naopak otevřít ji dveře a doprovázet na cestě uzdravení celého systému. Proto je velmi důležité rodinnou terapii dobře indikovat anebo včas odkázat do jiného typu péče.

Výzkumná část

6. Realizace výzkumu

Daná kapitola znázorňuje metodologii výzkumné části této diplomové práce, charakterizuje cíle výzkumu, výzkumné otázky. V kapitole také popíši výběr respondentů, zařízení, ve kterých byl výzkum proveden a přiblížím průběh výzkumu.

6.1. Metodologie

Pro svoji diplomovou práci jsem použila kvalitativní druh výzkumu. Podle Vízďalové (2009) „*jeho podstatou je zkoumání psychických jevů a dějů. Jde spíše o nestrukturovaný popis psychických jevů nebo dějů a na něho navazující jeho všestrannou a důkladnou analýzu s cílem podat vysvětlení těchto jevů nebo dějů ve všech jejich vzájemných vztazích a souvislostech*“.

Před popisem vlastního šetření je třeba uvést základní charakteristiky kvalitativního výzkumu. Hendl (2005) ve své knize Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace uvádí následující:

- Kvalitativní výzkum se provádí pomocí intenzivního kontaktu s terénem nebo situací jedince či skupiny jedinců. Tyto situace jsou obvykle normální, reflektují každodennost.
- Používají se relativně málo standardizované metody získávání dat. Tyto daty zahrnují přepisy terénních poznámek z pozorování a rozhovorů, fotografie, audio a videozáznamy, osobní komentáře a všechno to, co nám přibližuje všední život zkoumaných lidí.
- Hlavním úkolem je objasnit, jak se lidé v daném prostředí a situaci chovají.
- Data se induktivně analyzují (z jednotlivých tvrzení vyvozujeme tvrzení obecné platnosti) a interpretují (vykládají).
- Výzkumník se snaží pochopit aktuální dění, vytváří podrobný popis toho, co pozoroval a zaznamenal. Snaží se nevynechat nic, co by mohlo pomoci vyjasnit situaci.

Někdy kvalitativní výzkumné strategii je vytýkána neobjektivnost, tedy to, že je subjektivně ovlivněna osobnosti výzkumníka, nezobecnitelnost, neprůhlednost či malá transparentnost. Naproti tomu ale výhodou je získání hloubkového popisu případů, v mém

případě psychoterapeutů pracujících s rodinami závislých. Proto jsem zvolila tento druh výzkumu.

Důležité je také vědět, že kvalitativní metoda výzkumu v žádném případě neslouží k ověření platnosti nebo neplatnosti hypotéz. Slouží k vytváření, respektive k formulování hypotéz na základě zobecnění pozorovaných psychických jevů a dějů. Jeho posláním je generování hypotéz a nikoli ověřování jejich platnosti (Vízdal et al., 2009).

Podstatou kvalitativního výzkumu je podle Švaříčka a Šed'ové (2007) takový sběr dat, který vede k získání maximálního množství informací o zkoumaném jevu. Teprve potom může výzkumník začít pátrat v datech po pravidelnostech. Výstupem kvalitativního výzkumu je formulace nových hypotéz či teorií.

Základní metody v tomto výzkumu, které byly využity pro sběr dat, byly individuální polostrukturovaný rozhovor (semistrukturované interview), s použitím otevřených otázek a přímé pozorování. Důležitým znakem interview je, že jej nelze provádět bez kombinace s metodami pozorování. „*Bez kvalitního pozorování není možné provádět kvalitní interview*“ (Mioviský, 2006). Polostrukturované interview je podle Mioviského (2006) zřejmě nejrozšířenější podobou metody interview. U polostrukturovaného interview je definováno jádro interview, tj. minimum témat a otázek, který má tazatel za povinnost probrat, což dává určitý stupeň jistoty, že všechna tato témata probrána skutečně budou. Výhodou polostrukturovaného interview je možnost pokládat doplňující otázky i u odpovědí, které účastník dává na pevně strukturované podněty (tj. když mu jsou kladeny otázky v pevně daném pořadí a striktně závaznou formou). K nevýhodám patří možnost, že tazatel neudrží závaznou strukturu a doplňujícími otázkami bude zbytečně tříštit konzistenci odpovědí účastníka, případně bude získávat data, který nejsou relevantní cílům výzkumu a výzkumným otázkám (Mioviský, 2006). Tyto metody považuji za nejvhodnější pro svůj výzkum, vzhledem ke zkoumanému souboru.

6.2. Výzkumné cíle

Hlavním cílem mé diplomové práce je zjistit, jak se indikuje rodinná terapie či terapeutická práce s rodinou při práci se závislým, z pohledu klinických pracovníků (psychoterapeutů, adiktologů). Pokusím se odhalit, jak odborníci z různých zařízení, poskytujících terapeutické služby závislým a jejich rodinám rozhodují o vhodnosti či kontraindikaci terapeutické práce s rodinou, kde je drogová problematika. Mým záměrem

bude též zmapovat, jaké terapeutické postupy se využívají v rodinné terapii závislých a jestli tyto postupy mají svá specifika.

6.3. Výzkumné otázky

Ve svém výzkumu se zaměřím na následující výzkumné otázky:

1. Jak odborníci indikují rodinnou terapii při práci se závislým klientem?
2. Kdy rodinná terapie či terapeutická práce s rodinou závislého se podle respondentů nedoporučuje či kontraindikována?

6.4. Výzkumný soubor

Výzkumný soubor byl sestaven metodou záměrného výběru. Podle Švaříčka a Šed'ové (2007) cílem metody záměrného výběru „*není, aby reprezentoval určitou populaci, ale určitý problém. Není tedy konstruován náhodně, ale teoreticky – záměrně jej vytváříme s ohledem na náš problém. To znamená, že se výběr případů odvozuje od toho, jak je definován náš výzkumný problém a naše výzkumné otázky*“. Vzhledem k tomu, že výzkumným problémem mé Diplomové práce je indikace rodinné terapie při práci se závislými klienty ze zkušeností a pohledů pracovníků, pracujících v ambulantních zařízeních, byla stanovena následující kritéria. Prvním kritériem jsou ambulantní zařízení poskytující psychoterapeutické služby drogově závislým a jejich rodinám v Praze. Druhým kritériem je minimálně jeden rok praxe v terapeutické práci se závislými a jejich rodinami. Dalším kritériem je ochota se účastnit daného výzkumu.

Potenciální účastníky jsem oslovila pomocí e-mailu s žádostí o účasti v mém výzkumu. Ve zprávě jsem se v úvodu představila a vysvětlila důvod mé zprávy. Stručně jsem představila svoji Diplomovou práci, její cíle a požádala jsem adresáty o spolupráci při její tvorbě. Celkem jsem oslovila jedenáct identifikovaných informantů, respektive ambulantních zařízení, poskytujících psychoterapeutické služby drogově závislým a jejich rodinám, z toho jeden respondent reagoval s tím, že nespĺňuje kritéria pro zařazení do výzkumu, jeden oslovený informant se rozhovoru účastnit odmítl, dva oslovené adresáty na žádost o účasti ve výzkumu nereagovali. Vzhledem k tomu, že účast na výzkumu byla samozřejmě dobrovolná a z výše napsaného je možné pozorovat, že došlo ke snížení počtu respondentů negativním samovýběrem. Disman (2002) píše, že „*redukce negativním samovýběrem vzniká tehdy, když část jedinců, vybraných do vzorku, odmítla na výzkumu*

participovat“. Výsledný výzkumný vzorek tedy tvořilo sedm respondentů, tři muže a čtyři ženy.

Tabulka 1 - Přehled účastníků výzkumu

Respondent	Pohlaví	Zařízení	Profese - činnost
R1	Muž	Soukromá psychoterapeutická ambulance	Psychoterapeut v individuální, párové a rodinné psychoterapii, lektor sebezobčasnacích seminářů
R2	Žena	Psychiatrická léčebna	Psychoterapeutka, skupinový terapeut, lektor primární prevence
R3	Muž	Denní stacionář pro léčbu závislosti	Adiktolog, psycholog-speciální pedagog, psychoterapeut (SUR, rodinná terapie)
R4	Žena	Psychoterapeutické sdružení	Individuální a rodinná terapeutka
R5	Žena	Ambulantní centrum	Psycholog, rodinný terapeut
R6	Muž	Konzultační a vzdělávací skupina	Psychoterapeut, lektor, supervizor.
R7	Žena	Poradna pro rodiče	Psychoterapeut, zabývá se léčbou a prevencí drogových závislostí a práci s rodinami

6.5. Popis místa výzkumu

Výzkum byl realizován s respondenty v následujících zařízeních:

Psychiatrická léčebna – oddělení pro léčbu závislosti

Oddělení se zabývá léčbou závislostí na návykových látkách a patologického hráčství (gamblingu), terapie duálních poruch (kombinace závislosti na návykové látce a další duševní poruchy). Zajišťuje také rodinnou terapii návykových nemocí.

Klinický provoz zahrnuje ambulantní a lůžkovou léčbu.

Lůžková (ústavní) léčba: Lůžkové oddělení - muži, Lůžkové oddělení - ženy, Detoxifikační jednotka.

Denní stacionář pro léčbu závislosti

Stacionář pro léčbu závislosti nabízí ambulantní pomoc, poradenství a léčbu lidem ohroženým závislostí zejména na alkoholu, lécích, patologickém hráčství, sázení a internetu.

Cílovou skupinou jsou klienti ve věku od 18 let, lidí, kteří jsou ohroženi závislostí na alkoholu a na lécích, patologickém hráčství či na internetu; lidí, kteří nejsou spokojeni s dosavadním způsobem života a jsou ochotni udělat ve svém životě změnu; partneři, rodiče či blízcí závislých lidí (i těch, kteří nejsou v péči DS).

Psychoterapeutické sdružení

Ambulantní poradenské a terapeutické služby pro závislé osoby a jejich blízké. Sdružení nabízí jako jedno z mála zařízení služby nejen lidem, kteří se potýkají s vlastní závislostí, ale také těm, kteří poblíž závislého žijí, rodinným příslušníkům, přátelům, kolegům. Nově přichozím klientům pomáhá zorientovat se v jejich situaci, diagnostikovat jejich obtíže a nabízíme jim vhodný terapeutický program. Snaží se reagovat na specifické potřeby jejich klientů a v případě, že jim určitou službu nemůžou sami nabídnout, zprostředkují spolupráci s jiným zařízením či odborníkem.

Ambulantní centrum

Ambulantní centrum je odborné zařízení poskytující ambulantní poradenské, terapeutické a sociální služby osobám ohroženým důsledky užívání návykových látek či nacházejících se v jiných rizikových a obtížných situacích, jejich rodinám a nejbližšímu sociálnímu okolí.

Konzultační a vzdělávací skupina

Skupina nabízí služby ve čtyřech oblastech: vzdělání a další podpora pomáhajících profesionálů, řízení rozvoje a kontrola kvality veřejných služeb, rozvoj firem a pracovních týmů, osobní konzultace – psychoterapie a mediace. V rámci psychoterapie poskytuje individuální, párovou a rodinnou. K některým typickým indikacím rodinné psychoterapie patří: zvládání dlouhodobého onemocnění někoho z rodiny...; zdravotní problémy dítěte, např. poruchy příjmu potravy...; sociální problémy dítěte, např. školní problémy, problémy s vrstevníky...; problémy v rodinné komunikaci...

Poradna pro rodiče

Poradna pro rodiče usiluje prostřednictvím krátkodobého, střednědobého nebo dlouhodobého léčebně podpůrného programu pro rodiče a ostatní blízké osoby uživatelů návykových látek o minimalizaci negativních dopadů chování uživatele drog na jeho rodinu a ostatní blízké osoby s cílem zvýšit kvalitu jejich života, provést je náročným životním obdobím a pomoci jim redukovat chování podporující, usnadňující či přímo umožňující závadové chování jejich dětí či partnerů.

Očekávaným výsledkem je v ideálním případě zlepšení zdravotního stavu (ve smyslu somatickém i psychickém) i sociálních podmínek rodičů, rodiny či blízkých osob uživatele drog a v konečném důsledku i samotného uživatele drog a úprava, eventuálně zlepšení jejich vzájemných vztahů. Nelze-li dosáhnout výrazného zlepšení, usilujeme alespoň o stabilizaci v uvedených oblastech nebo části z nich.

Soukromá psychoterapeutická ordinace

Volné sdružení terapeutů v Praze. Poskytují individuální, párovou a rodinnou terapii, včetně terapie psychosomatických problémů.

6.6. Průběh výzkumu a zpracování získaných dat

Rozhovory s jednotlivými respondenty byly realizovány v období od konce února do konce března 2015. Rozhovory probíhaly vždy v zařízeních, které představovali respondenty. Na začátku rozhovoru, po vzájemném představení, byl každý účastník poučen o postupu, cíli a jeho účasti na výzkumu této Diplomové práce. Při semistrukturovaných interview předem připravená struktura rozhovoru, která obsahovala výzkumné otázky, sloužila především jako osa rozhovoru, aby se předešlo „zabíhávým“ vyprávěním a aby bylo na co se opřít.

Před zahájením samotného výzkumu byl proveden malý pilotní test s jedním respondentem, již splňoval kritéria pro zařazení do výzkumu. Výsledkem této pilotní fáze byla malá úprava struktury rozhovoru a přeformulování otázek pro lepší porozumění a větší transparentnost. Důležitou částí bylo také porovnání otázek interview s výzkumnými cíli tak, aby jejich obsah a smysl spolu korespondoval.

Pro tento výzkum jsem použila prvky metody zakotvené teorie. *„Zakotvená teorie je teorie induktivně odvozená ze zkoumání jevu, který reprezentuje. To znamená, že je odhalena, vytvořena a prozatímne ověřena systematickým shromažďováním údajů o*

zkoumaném jevu a analýzou těchto údajů. Proto se shromažďování údajů, jejich analýza a teorie vzájemně doplňují. Nezačínáme teorií, kterou bychom následně ověřovali. Spíše začínáme zkoumanou oblastí a necháváme, ať se vynoří to, co je v této oblasti významné“ (Strauss, Corbinová 1999). Jako tři základní prvky zakotvené teorie lze označit koncepty, kategorie a tvrzení (Švaříček, Šedřová, 2007).

Shromažďování a analýza dat jsou při tvorbě zakotvené teorie úzce provázané procesy, které se vzájemně ovlivňují. Analýza dat probíhá formou tří typů kódování, které nejsou ostře odděleny. *„Proces kódování představuje operace, pomocí nichž jsou údaje rozebrány, konceptualizovány a opět složeny novými způsoby. Je to ústřední proces tvorby teorie z údajů“* (Strauss, Corbinová, 1999).

- „Otevřené kódování je podle Miovského (2006) první fází procesu kódování. Významové jednotky jsou složeny z pojmů, které označují jednotlivé události (jevy, pocity, soudy,...). Kategorie je třída pojmů, která vzniká tím, že vzájemně porovnáváme a třídíme významové jednotky a v nich obsažené pojmy a snažíme se zjistit, zda náleží jinému podobnému jevu.

- Axiální kódování je souborem postupů, pomocí nichž jsou údaje po otevřeném kódování znovu uspořádány prostřednictvím vytvářených vazeb mezi kategoriemi.

- Selektivní kódování je proces, kdy po výběru centrální kategorie tuto kategorii systematicky uvádíme do vztahu s ostatními popsányými kategoriemi“.

Rozhovory ze souhlasů respondentů byli nahrávání na diktafon. Pro zpracování dat a přípravu pro analýzu byla provedena transkripce, což je převedení dat netextové povahy do povahy textové. Po hrubé systematizaci následovala redukce prvního řádu, kdy byly z textu odstraněny projevy mluveného slova, tedy různá vata, výplně, nedokončené věty apod. Jako další techniku úpravy dat byla použita metoda barvení textu pro usnadnění orientaci a urychlení analýzy dat (Mioviský, 2006).

Po prvotní úpravě a přípravě dat jsem každý rozhovor pečlivě několikrát přečetla a s využitím otevřeného kódování jsem se snažila každé myšlenky, reprezentované nejčastěji větou nebo souvětím, přiřadit pojmový název. Po zpracování prvního rozhovoru jsem vytvořila první seznam pojmů, který jsem se snažila použít při zpracování těch následujících a rozšiřovat ho o nové pojmy, které se postupně vynořovaly. Podobné pojmy jsem postupně seskupovala do kategorií. Na konci analýzy jsem metodou axiálního kódování data uspořádala tak, aby jednotlivé kategorie se propojily a tím vytvořila mezi

nimi vazby a spojitosti. Proces selektivního kódování a tvorby teorie nebyl využit. Důvodem odmítnutí tvorby teorie byl poměrně malý objem dat. Dalším důvodem je také metoda sběru dat, respektive polostrukturované interview, při kterém byly získané informace spíše osobních zkušeností, než data z nezávislého pozorování účastníků výzkumu na jejich pracovištích.

6.7. Etika výzkumu

Ve výzkumu je třeba brát ohled na etiku výzkumu. Všichni účastníci rozhovorů byli seznámeni s tématem výzkumu. Bylo jim vysvětleno, že se týká aplikaci rodinné terapie při práci se závislými klienty, co je účelem získávání dat, jak bude s rozhovory nakládáno. Před zahájením rozhovorů všichni participanti podepsali informovaný souhlas a byli ujištěni o důvěrnosti výzkumu.

Při provádění rozhovorů jsem se musela respondentů zeptat, zda jim nevadí, když budu rozhovor nahrávat. Poté při analýze rozhovorů a jejich zpracovávání jsem jména respondentů zaměnila kódy jako R1, R2, R3 atd., abych dostala ochraně intimních dat, která mi poskytli.

Důležitý etický, nebo spíše humanistický aspekt zmiňuje Nettle (1983), když říká, že „informátoři chtějí, aby se s nimi zacházelo jako s lidmi, jako s přáteli, učiteli, spolupracovníky, a ne jako s roboty-informátory nebo zaměstnanci obchodního domu“. Je důležité si tento postoj při výzkumu uvědomit a skutečně informátory pouze nevyužívat. Při kontaktování a domlouvání rozhovorů jsem se proto snažila být, co nejvíc laskavá a přátelská.

Podle Miovskeho (2006) o etických pravidlech a normách je třeba uvažovat minimálně ve třech základních rovinách: vliv výzkumníka na výzkumné pole a jeho zpětné ovlivnění polem, ochrana účastníků výzkumu, ochrana výzkumníka. Daný výzkum byl zaměřen pracovníky ambulantních zařízení poskytujících psychoterapeutické služby osobám závislým a jejich rodinám, tudíž respondenty výzkumu byli psychoterapeuti, adiktologové, psychologové a proto se nepředpokládalo větší riziko poškození výzkumníka. Co ale bylo rizikovým faktorem této studie je možnost existenci střetu zájmů výzkumníka, kdy bylo třeba ohlídat podsouvání či zkreslení dat či jejich interpretace směrem k pozitivnímu očekávání autorky výzkumu.

7. Výsledky výzkumu

Vzniklé kategorie

7.1. Význam zapojení rodiny při práci se závislími klienty

„*Jaký je význam? Přínosný, léčivý, podporující, zvyšující motivaci osobě závislé se léčit... Zásadní*“, - R4. Skoro stejně se na otázku „jaký je význam zapojení rodiny do léčby závislosti?“, odpověděl i R3.

Důležitost zapojení rodiny do léčby závislosti potvrdili všichni účastníci výzkumu. Respondenti se opírali na zkušenosti z vlastních praxi. Nicméně každý respondent odůvodnil svůj názor různými příčinami a faktory. Respondenti také upozorňovali na riziko zobecnování, jelikož případy jsou různé, lidé jsou také různí a to, co funguje u jednoho klienta, nemusí zabrat u jiného. Přesto ale pro většinu respondentů nabídka rodinné terapie či zapojení rodiny do procesu léčby závislosti je skoro automatická a v mnoha případech se stává metodou první volby. Důvodem tomu respondenti považují své osobní přesvědčení v efektivitě a účelnosti metody rodinné terapie a upozorňují na to, že „rodinně terapeutické“ přemýšlení je základem jejich práce.

Jednotlivé názory a o tom, jaký je význam zapojení rodiny při práci se závislími klienty a důvody, proč je tato metoda důležitá, znázorňuje tabulka č. 2.

Tabulka 2 - Význam zapojení rodiny při práci se závislími klienty

Respondenti	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Osobní postoj k metodě rodinné terapie		•	•	•		•	
Význam léčit nejen závislého, ale i jeho nejbližší okolí	•	•	•	•	•	•	•
Problém závislosti je vztahový	•	•	•	•	•	•	•
Význam zapojení rodiny je v podpoře		•		•	•		•
Potenciál pro úspěšnost léčby je v rodině		•	•	•			
Etapa závislosti či fáze užívání drog	•					•	•

Stejně důležitý význam rodinné terapie v léčbě závislosti pro všechny respondenty podle výsledku spočívá v tom, že je třeba léčit nejen závislého samotného, ale i jeho nejbližší okolí, což je většinou právě rodina. Z výzkumu je totiž patrné, že problém užívání

drog a závislosti je obecně vztahový. Dotýká se tedy nejenom toho, kdo návykové látky zneužívá, ale i osoby pro něj důležité.

R6 na otázku, jaký je význam zapojení rodiny do léčby závislosti, ve své odpovědi klade velký důraz na fázi léčby, ve které se nachází uživatel drog či závislý klient: *„Ve fázi doléčovací je klíčový, protože ten pacient nebo klient většinou projde pobytovou nějakou léčbou, tam se uskuteční věci, že se detoxifikuje, většina se naučí tomu – poznat a rozpoznat rizikové věci a faktory co nesmí a čemu se má vyhýbat, změní, když vymyslím to hodně dobře nějaké návyky, no a potom se vrací někam. A vrací se do prostředí, ve kterém potřebuje se osvědčit a ty nové informace, dovednosti, návyky potřebuje tedy začít dennodenně dělat, a myslím si, že ta rodina hraje velkou roli i při tom většinou, když se ta závislost rozjíždí a potom může hrát také klíčovou roli, když to má spravit, a má to udržet.“*

Pro R1 význam zapojení rodiny do procesu léčby závislého také záleží v jaké etapě užívání drog či závislost nachází. Na rozdíl ale od R6 se jedná ne o fázi doléčování, ale o fázi experimentu, kdy vlastně užívání drog začíná a může se tam vyvíjet závislost: *„Pokud je to rodina, ve které se vyskytuje experimentování s drogami u náctiletého dítěte, tak je ta důležitost zapojení té rodiny nebo využití té rodinné terapie je mnohem větší...“* Toto hledisko, respektive práce s rodinou adolescentů víceméně potvrzují i výzkumy, podle kterých účinnost rodinné terapie při léčbě dospívajících zneužívajících drogy *„slibná, ale ne definitivní“* (Ozechowski, Liddle, 2000).

Jako důležitým faktorem zapojení rodiny do léčby závislého pro R5 a R2 se jeví důležitost podpory ze strany rodiny po návratu závislého klienta do rodinného prostředí. Podle respondentů je důležité, aby v rodinném systému se také nastala nějaká změna, jinak *„může přijít zpátky symptom“*, tudíž podstatné na tom je, aby rodina *„je nějak následovala v té změně nebo nějak tomu víc rozuměla“*. Pro R4 a R7 podpora ze strany rodiny též hraje důležitou roli pro léčícího jedince se závislostí.

R3, R3 a R4 vidí v zapojení rodiny do procesu léčby závislého potenciál pro dosažení žádoucích výsledku v léčbě závislosti, jinými slovy rodina může zvýšit šanci na úspěšnost léčebných intervencí.

Pro R7 význam zapojení rodiny do procesu léčby závislého spočívá v tom, že *„rodina vždycky nějakým způsobem nás ovlivňuje, z jaké rodiny pocházíme a jaké vnímáme vztahy a obráceně zase, když tedy dojde k rozvoji závislosti u jedince, tak to, co*

se s ním děje, tak má vždycky nějaký dopad i na jeho sociální vztahy zpravidla tedy nejvíc na ty nejbližší, to znamená na tu rodinu“.

Řada výzkumů zdůrazňuje význam zapojení signifikantních osob uživatelů drog – tj. jejich rodinných příslušníků, partnerů, případně dětí či dalších příbuzných a přátel - do procesu jejich léčby nejméně ze tří následujících důvodů: 1) blízké osoby mohou hrát významnou roli ve vývoji a udržování problémů spojených s užíváním návykových látek 2) signifikantní osoby jsou významným zdrojem podpory a pomoci pro uživatele drog v průběhu jejich léčby i po ní 3) Blízké osoby uživatelů drog strádají v důsledku různých forem jejich chování spojených s užíváním drog, jako jsou např. násilí, krádeže, lhaní, manipulace atd. (Radimecký, 2006)

7.2. Rodina je systém

Všichni respondenti ve svých odpovědích kladou důraz na to, že rodina je systém. Výpověď R7 *„co se jednomu děje – všem se děje“*, tento předpoklad potvrzuje. Při práci s jedním členem z rodiny, kde je drogový problém R4 se vždy ptá *„koho se to ještě týká, na koho závislost má ještě dopad? Jak to ovlivňují? Jak s tím souvisejí?“* a říká, že *„neléčíme jenom jednoho člověka, léčíme celý systém“*. Co je zajímavé, že podle R4 se to děje i obráceně: *„celý systém může také léčit toho jednoho člověka“*.

R3 si též myslí, že *„problém se dotýká nějakého rodinného systému nebo vztahového systému, ve kterém se on pohybuje, čili je potřeba léčit celý ten vztahový systém. Nejenom toho člověka“*. A to znamená, že *„je potřeba s tou závislostí pracovat komplexně, celostně, z hlediska celého systému“*. R3 se ve svých odpovědích opírá na vlastní zkušenosti a pro něj práce metodou rodinné terapie je *„práce s kontextem, práce se systémem“*.

Velmi zajímavě se o rodinném systému vyjadřuje R1, podle něj toto hledisko je důležité pro rodinnou terapii proto, že *„primárně jde o to – uzdravit ten rodinný systém. Ne tátu, ne mámu, ne dítě, ale rodinný systém“*. Podle R1 rodinný terapeut *„straní rodinnému systému celému, a ne jednomu z nich“*.

Na rodinu jako na systém pohlíží také R2 a hlavně v případě drogové závislosti, jelikož podle R2 *„závislost je porucha vztahu a je to tam celkem významný. Závislé mají často poruchu vztahování“*.

Pro respondenta R5 systémové přemýšlení o rodině je významné i z hlediska porozumění tomu to konceptu té samotné rodiny: *„je to hodně důležitý, aby ta rodina*

skutečně rozuměla tomu, že se jich to všech týká a že nejde o to opravit jednoho člena rodiny, ale skutečně se to bude týkat jejich vztahů, interakcí, historie společné, společné budoucnosti, to si myslím, že podstatný“.

Systemové přemýšlení neboli systémový - systemický pohled je základem přístupu, kterým pracuje R6. Čili pro něj „*systemové pozadí, to vztahové*“ se jeví jako „*naprosto klíčové ve většině případů*“. Co se týká drogových závislostí, tak pro R6 dokonce „*ty závislosti mají opravdu výrazněji to vztahové, jakože je to vidět, když ten člověk se nějak rozjede v závislosti, tak to je naprosto zřetelně mění jeho fungování v těch vztazích. Zkratka funguje to vždycky navenek*“. Čili to znamená, že „*ty závislosti obecně mají výraznou interpersonální, vždycky interpersonální složku, jak tu negativní, tak tu pozitivní*“.

Základním východiskem systému je to, že fungování celku je závislé na povaze jednotlivců a na způsobu jejich organizace. A tak jsou všechny součásti v systému nanejvýš významným činitelem. Momentální struktura systému ovlivňuje to, v jakých mezích se mohou jejich části měnit. Přijatelné jsou pouze ty změny, které odpovídají struktuře systému (Neubauerová, 2009).

7.3. Užívání drog, respektive závislost jako symptom

Systemově orientované teorie závislosti vycházejí ze základního předpokladu, že závislost může být důsledkem patologické rovnováhy ve vztazích nebo v rodinném systému uživatele drog. Podle teorie o systému rodiny tedy droga v rodině napomáhá udržet „homeostatickou rovnováhu rodinného systému“ (Řeháková, 2004).

Homeostáza je v systému udržována negativní zpětnou vazbou. Pozitivní zpětná vazba ho naopak oddaluje od stavu rovnováhy tím, že člena podporuje v jeho chování, které následně stupňuje. Homeostáza se projevuje opakujícími se předvídatelnými vzorci (Neubauerová, 2009). Jinými slovy užívání drog může plnit určitou funkci v rodině a tím udržovat stálost systému. Potom se o užívání drog nebo závislostí mluví jako o symptomu, o projevu nemoci rodiny.

Jak vyplývá ze zkušenosti respondentů, drogová závislost či užívání drog v rodině může hrát určitou roli a tudíž být symptomem něčeho, co tento problém nevědomě buď způsobilo anebo udržuje. Následující tabulka znázorňuje základní předpoklady respondentů, ze kterých vychází pohled na závislost či užívání drog jako na symptom.

Tabulka 3 - Užívání drog, respektive závislost jako symptom

Respondenti	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Užívání drog je patologické řešení vztahové situace		•	•	•		•	•
Zachování homeostázy	•			•			•
Zpráva, že rodina nefunguje	•			•	•		
Závislost je problém systému			•	•	•	•	
Plnění funkcí v rodinném systému			•	•		•	

V mnoha případech podle R3 problém závislosti v rodině „je patologickým řešením té jejich vztahové situace, že jim závislost umožňuje, dává a je to nějaký způsob řešení jejich situace“. R3 také klade důraz na i fázi užívání drog ve spojení s tím, že závislost může být symptomem, čili „jestli to z fáze experimentu dostalo do škodlivého užívání a potom do závislosti, tak tam už musí nastat to, že závislost tomu vztahovému systému musí začít něco přinášet“. Jinými slovy „přináší nějakou novou kvalitu, která ten systém udržuje v chodu“. Nicméně užívání drog, hlavně v období dospívání, kdy adolescenti procházejí vývojovou fází, nemusí nutně znamenat poruchu v systému neboli rodině, může se jednat o „přirozené“ vývojové stadium a experimentování s drogami k tomu může patřit. Podle R3 to se projevuje potom i v práci s tou rodinou: „když vlastně ty drogy odráží problém vývojový, tak vlastně zamezuje té rodině, aby se přirozeně vyvíjela podle těch vývojových stupňů..., takže vlastně rodinná terapie pomáhá vracet tu rodinu na tu jejich vlastní cestu“

Názor, že „problém se závislosti je symptom toho nezdravého rodinného systému“ vyjadřuje také R1. Podle něj „to, že se objeví závislost v rodině, je prostě zpráva o té rodině, je to zpráva o tom, že ta rodina z nějakého důvodu nefunguje“. Ale co je zajímavé, to že podle odpovědí R1 tento postoj, že užívání drog v rodině je symptom, který se dá léčit pomocí rodinné terapie, se vztahuje spíše ke stupni rozvinutí drogové závislosti, kdy se jedná více o experimentování, jinak podle R1 „obecně se rodinná terapie u rozvinutých závislostí moc často nepoužívá“ nebo jenom v případech, kdy by klient užívající drogy měl „minimálně deklarovat a dokázat, že o to fakt stojí.“

R6 se ke konceptu symptomu říká: „ta závislost je vlastně příznak pro mě vždycky, nikoliv ten samotný problém nebo syndrom“. R6 ovšem nezpochybňuje postavení závislé poruchy v mezinárodní klasifikaci nemocí, nicméně si myslí, že „léčit je potřeba jiné věci“

a od toho se vyvíjí i způsob práce s rodinou, čili když si R6 přijde na to, že závislost je příznakem „něčeho jiného“, tak se zaměřuje na to „jiné“. Jako zajímavý mi přišel názor R6 na souvislost věku a konceptu závislost-symptom, který spočívá v tom, že i přesto, kdy ten uživatel bere drogy dlouhá léta a ta závislost se vlastně stává sama o sobě syndromem, to základní nastavení R6 se nemění, tudíž po „zaléčení těla“ klient „potřebuje začít jinak fungovat v té společnosti, většinou ta společnost je reprezentována tím nejbližším okolím – rodinou“ a v tu chvíli R6 pracuje s klientem anebo jeho rodinou tím systémovým přístupem.

Vzhledem k tomu, že R5 se dívá na problém rozvoje závislosti v rodině jako na systémový problém, snaží se proto pracovat s celým systémem, protože z pohledu R5 „závislost je jeden ze symptomu, který se může v té rodině objevit a může souviset se vztahy v té rodině“. Tento postoj tedy ovlivňuje i odůvodněnost práci s rodinou: „vyplatí se pracovat s dalšími členy rodiny právě z tohoto důvodu, abychom mohli řešit ten problém systémově, nejenom jako vydělanou jednou dílčí záležitostí“.

Velmi výstižně se vyjadřuje R4: „Moderní rodinná terapie kouká na závislost jako na symptom“. Jinými slovy podle R4 „droga tam plní nějakou funkci, v tom rodinném systému, nějak je tam důležitá, udržuje nějakou homeostázu v té rodině“. Co vlastně na tom důležité je to, že užívání drog je symptom „kterého si ty lidé všimnou a pak se to začne řešit“ čili ve většině případů „závislost se netýká toho jednotlivce samotného, je to vždycky nějaké poznamenávání, má to dopad nebo dokonce se mluví, že závislost je onemocnění celého rodinného systému“.

O homeostáze v rodině mluví také R7: „Rodina je systém, kde se ty jednotlivé prvky nějak ovlivňují, kde funguje princip zachování homeostázy, potřebuje rodina nějakou stálost toho vnitřního prostředí a tam často dochází k tomu, že ty drogy nebo jiný problém stanou součástí té homeostázy té rodiny, v tomhle případě už patologické homeostázy“. Podle R7 ale ne vždy, když v rodině někdo, respektive dospívající, užívá drogy, nutně znamená, že se jedná o poruchu v rodinném systému, tudíž „samozřejmě to může být projevem nemoci toho rodinného systému“, ale R7 upozorňuje na to „že do problému s drogami může dostat i dítě, které experimentuje, má třeba křehčí psychiku, nebo má nějakou dispozici apod.“ Tento výrok připomíná, nakolik by rodinná terapie nebyla prospěšnou a efektivní metodou práce, která se v mnoha případech osvědčuje při léčbě závislosti, je třeba zvažovat její indikaci podle jednotlivých situací, což obrací naši pozornost k významnosti správně indikované péče.

7.4. Rodinnou terapii děláme, i když ji neděláme

Blízcí pacienta/klienta jsou v terapii přítomni vždy, i když jen jako „objekty“ v psychoanalytickém smyslu; někde však existují či existovali jako reálné osoby a změna objektních vztahů má konsekvence v realitě (Kalina, 2013).

Na otázku co si terapeuti myslí o rodinné terapii s jednotlivcem všichni respondenti ve svých odpovědích shodli v tom, že takto rodinnou terapii se dělat dá, dokonce v některých případech je to víc prospěšné. Čili pro práci s rodinným kontextem je vždy podle terapeutů nějaký důvod a jako důležitý bod se jeví i plasticita terapeutického procesu, tudíž vybraný způsob terapeutické práce není definitivní a může se změnit v průběhu.

R4 si myslí, že práce s rodinným kontextem je užitečný způsob práce „*mít jakoby background, koncept té rodiny*“. Proto, i když R4 pracuje s jednotlivcem, tak „*stále pohybuje v systému rodiny*“. A ta práce spočívá v tom, že podle R4 „*pracuji nejenom „já“, ale pracuji „já a ti druzí“*“. *Jaký to bude mít dopad na ty druhé*“. Jako hlavní důvod proč vlastně pracovat spíše s rodinným kontextem R4 uvádí případy, když „*rodina výrazně zhorší symptom*“.

Podle R5 „*rodinná terapie má různé formy, neznamená to, že vždycky pracujeme s celou rodinou...*“ A jak říká R5 je možné „*pracovat s jedincem v rámci rodinné terapie na nějakých vztazích*“. Z pohledu R5 práci s rodinným kontextem neboli individuální práci je dáována přednost hlavně u dospělých klientů: „*to je třeba v případech, kdy oddělujeme tu rodinu, dáváme tam hranice v rámci nějakého osamostatňování se toho klienta, nějakého procesu separace*“. Ale podle R5 rozhodně je důležité se dívat na to, jaká témata se vyskytují v terapii a v jaké situaci ta rodina je.

Podle R2 práce s rodinným kontextem je rodinnou terapii v případě, kdy s klienty se pracuje systemickým pohledem, tudíž je důležité, aby terapeut pracující s jednotlivcem by měl do procesu terapie vnášet téma rodinného systému: „*...že tam ten systém vidí, nějak ho tam zpřítomňuje, kouká z té pozice na systém*“. Pro R2 stejně jako pro R5 fyzicky přítomná rodina je nahrazena individuální práci s klientem, když se jedná o dospělého jedince, a to hlavně protože „*podpořit individuaci a dospělou cestu*“.

Pro R6 práce s rodinným se vyskytuje docela často, protože „*někdy je to těžký – tu rodinu fyzicky dostat na to sezení*“. Ale pro R6 není tolik podstatný jaká forma rodinné terapie je v akci, ale je to přemýšlení: „*Já mám to pojetí ve své hlavě – to systémové*“.

přemýšlení, čili mě i když tady sedí ten člověk sám – já s ním vždycky budu pracovat přesně s tím kontextem a s tím přemýšlením o tom, v jakém rodinném pozadí ten problém je“. Jinými slovy pro R6 rodinná terapie „není nutně sezení s celou rodinou“, ale spíš přístup, jakým R6 pracuje s valnou většinou klientů. A jako hlavní důvod proč, uvádí, že se mu „*to zdá užitečný a dobrý přemýšlet tímhle způsobem“.* Nehledě na to, že v tom přemýšlení se to moc nemění, to, co se mění je proces: „*protože individuál a ta jednoduchá dyadická komunikace nabízí jiné možnosti, v podstatě ten člověk během té terapie má daleko víc prostoru...“* Schlippe a Schweitzer (2006) také upozorňují na to, že při rodinně terapeutické práci s jednotlivcem se liší styl a obsah terapeutického rozhovoru. Protože ovšem klientův sociální systém není v terapii přítomen fyzicky, ale jen symbolicky, jsou na rozdíl od rodinné terapie potřebné některé akcenty. Aby byl sociální systém dostatečně přítomen, je možné jej vizualizovat. Přesto oproti rodinné terapii nutně nabývá většího významu vztah mezi klientem a terapeutem (Schlippe, Schweitzer, 2006).

Zkušenost R3 je taková, že ve chvíli, kdy R3 pracuje metodou rodinné terapie, kam spadá i práce s rodinným kontextem, tak v tu chvíli se pro R3 jedná o rodinně terapeutickou práci. Takže když R3 dělá individuální terapii a při tom pracuje se systémem „*za pomoci technik“*, tak tímto R3 zobrazuje „*ten systémový pohled na vztahy a najednou je možné zažít to, co se děje při opravdové rodinné terapii, kdy tam ty lidi jsou přítomni“.* Důležité na této formě práci s rodinou podle R3 je to, že konfrontace jedince s jeho vztahovými systémy může dosáhnout podobných výsledků jako rodinná terapie.

Jako jeden z důvodů proč pracovat s rodinným kontextem R7 uvádí příklad, když rodina „*je natolik raněná nebo zklamaná, že tam dojde k rezignaci a ten kontakt prostě nechtějí“.* Co je ale důležité potom v práci s tím klientem „*neřezignovat na to, že ta rodina nechce spolupracovat, ale mluvit s tím klientem“*, a to hlavně o vztazích a zohledňovat rodinný systém.

Přesto že pro R1 práce s rodinným kontextem je přijatelná forma spolupráce či terapie, při které se zohledňuje hlavně vliv rodinného systému na jednotlivce a opírá se o rodinný background, R1 si jako jediný ze všech respondentů myslí, že to „*pořád není rodinná terapie“.*

7.5. Věk jako faktor indikace pro zapojení rodiny do procesu léčby závislého

Podle Kaliny (2003) věk klienta patří k faktorům, které je třeba při indikaci rodinné terapie vždy zvážit. Nýbrž nízký věk a vysoká nezralost člena rodiny, který užívá drogy je zásadní indikací pro aplikaci rodinné terapie.

Pro všechny respondenty věk klienta, který má problém s užíváním drog, ve většině případů je jedním z rozhodujících faktorů pro indikaci a následnou aplikaci rodinné terapie. Podle odpovědí respondentů hlavně nízký věk, respektive období dospívání – adolescence – kdy dochází k experimentování a ještě se nejedná o rozvinutou závislost, je zřejmým důvodem proč s rodinou pracovat.

R5: Pokud ten klient je nezletilý nebo je ještě velmi mladý a je úzce propojen s tou svoji primární rodinou, z mého pohledu rodinná terapie je první volbou.

R4: Věk určitě hraje roli. U dětí je to jasný, to je prostě jasný.

R6: Já myslím, že určitě věk roli hraje jako faktor. Protože přijde člověk a je mu ani ne dvacet a je ve fázi experimentování ...máme třeba samozřejmě nějaké jiné hypotézy o tom, co je tím, ty jeho experimenty, ta závislost – počínající závislost to je ten symptom, že jo.

R1: Pokud je to rodina, ve které se vyskytuje experimentování s drogami u náctiletého dítěte, tak je ta důležitost zapojení té rodiny nebo využití té rodinné terapie je mnohem větší, než když se řeší čtyřicátník alkoholik nebo závislý... myslím si, že u těch mladistvých je to nejdůležitější proto, že to, že se objeví závislost v rodině, je prostě zpráva o té rodině, je to zpráva o tom, že ta rodina z nějakého důvodu nefunguje.

R2: Podle mě jakmile jde o nějaké náctileté, tam je fakt velmi efektivní. Jsou tam fakt dobré zkušenosti, když symptomatické chování upozorňuje na něco, co se děje doma. Indikovala bych rodinnou terapii u dítěte do osmnácti let nebo nějakého dospívajícího ve fázi individuace, separace jako strašně prospěšnou, jeden z nejefektivnějších nástrojů a to i v případě, když pracujeme s dítětem i s tím užívajícím náctiletým, tak mi prostě přijde, že je strašně důležité pracovat i s rodinou, pokud je tam závislost dítěte, tak si to bez rodinné terapie nedokážu představit. I když to bere aktuálně, ta rodina řeší strašně věci okolo.

R7: Samozřejmě že určitým kritériem pro tu volbu je také věk, to znamená, jestli se budeme bavit o té primární rodině, tak asi větší důraz klademe na rodinnou terapii u

dospívajících nebo mladých dospělých, kde se předpokládá, že v té rodině budou ještě nějakou dobu žít, tak to je také kritérium.

Podle Béma (2013) v typologii rodinných systémů s dospívajícím členem experimentujícím s drogami či závislým je možné vydefinovat nejméně tři často se opakující scénáře. V prvním návykové látky hraji „*individuální či přesněji pseudoindividuální funkci*“, která umožňuje členům rodiny rozbít často rigidní komunikační kontexty s rodičovským systémem. V druhém drogy nabízí dospívajícímu jedinci „*identifikační sociální vzorce*“. Třetím typickým scénářem jsou rodiny s těžkými partnerskými konflikty mezi rodiči, které dospívající svým „*symptomatickým chováním trianguluje*“ a stává se tak symbolickým „*zachráncem rodiny*“ nabídkou svého vlastního „*selhání*“.

Níže uvedená tabulka znázorňuje pro jaké věkové kategorie z pohledu respondentů je rodinná terapie indikována nejčastěji.

Tabulka 4 - Věk jako faktor indikace RT při práci se závislími klienty

Respondenti	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Děti	•	•	•	•	•	•	•
Dospívající	•	•	•	•	•	•	•
Mladí dospělí		•	•	•	•		
Dospělí			•		•	•	

Z výzkumu je patrné, že podle respondentů při indikaci rodinné terapie je velmi důležité v jakém věku ten uživatel drog je. Jednak na to se napojuje fáze užívání drog, která u dětí, dospívajících a mladých dospělých se vyznačuje spíše experimentováním než rozvinutou závislostí, a jednak hraje roli také existence rodinných vztahů. Velice důležitou pro všechny respondenty podmínkou při indikaci rodinné terapie je schopnost abstinovat po dobu spolupráce a samozřejmě motivace, která spočívá nejen v pouhé ochotě, ale i porozumění proč a jak pracovat v rodinné terapii.

Pro věkové starší jedince užívající drogy volba rodinné terapie není tolik zřejmá, i když respondenti takovou možnost připouštějí. Jako základní důvody proč pro tuto věkovou kategorii není rodinná terapie první volbou, se kromě schopnosti abstinence jeví přetřhané vztahy s rodinou osoby závislé, nedostupnost rodiny, podpora vlastní individuaci závislým jedincem atd.

R1: Pokud je to rodina, ve které se vyskytuje experimentování s drogami u náctiletého dítěte, tak je ta důležitost zapojení té rodiny nebo využití té rodinné terapie je mnohem větší, než když se řeší čtyřicátník alkoholik nebo závislý kdy už rodina je rozpadlá nebo rodiče jsou už staré a ta závislost už je fakt jako rozběhlá, jo, tak myslím si, že tak z mnoha důvodů ta rodinná terapie je takřka nemožná.

R2: U těch dospělých, když jsou v rodině v nějakém vztahu, tak to je určitě dobrý, ale když máte pocit, že by už vlastně v tyhle rodině být nemuseli, protože už jim hodně, nebo tenhle ten systém, se kterým budete pracovat, už by s něj měl vyjít ven, tak ho můžete podpořit v tom vyjít ven, ale když se to nějak nedaří, tak pracovat s tím systémem, aby mohl vyjít ven.

R4: U těch úplně starších, kdy je ta separace už hotová, kdy jsou ty dvě oddělené jednotky, tak o rodinné terapii nepřemýšlím, když je to dospělý, který žije sám.

R5: Většinou moji zkušenosti je, že u těch dospělých závislých klientů preferujeme tu individuální práci nebo skupinovou práci, zkratka zaměření se na tu individuální jakoby závislost toho klienta a tu rodinnou terapii nabízíme spíše jako doplněk k tomu.

Jako jeden z dalších důvodů rozlišení indikace u rodinné terapie podle věku R3 vidí v zakázce, se kterou přichází klient, čili R3 se spíše opírá na to, v jakém procesu rodina nachází, tedy „ta zakázka na rodinnou terapii není na nukleární rodinu a už se nevrací do procesu konvergentního, ale tam je třeba pracovat s divergentními silami“. Jinými slovy „u rodinné terapie strašně záleží na tom, jestli to zceluje nebo to rozděluje“.

7.6. Fáze užívání drog jako faktor indikace zapojení rodiny do léčby závislosti

Asi je zřejmé, že rodinná terapie se závislým členem, který aktuálně užívá drogy, je značně komplikovaná. V dnešní době se ale vyskytuje pragmatický přístup, který dosažení a udržení abstinence (nebo alespoň stabilizace užívání) pokládá za jedno z časově prioritních témat rodinné terapie (Kalina, 2003).

Odpovědi respondentů ohledně souvislostí indikaci rodinné terapie či terapeutické práci s rodinou a fází užívání drog se dotýkali hlavně fáze experimentování, škodlivého užívání a rozvinuté závislosti, kdy ke každé fázi respondenti přistupují jinak při zvažování o indikaci rodinné terapie. Důležité je zmínit, že podle výsledku studie fáze užívání drog je hodně spojená s tím, o jakou věkovou kategorii se jedná, o čemž byla popsáno ve výše uvedené kategorii.

R5: *Já mám největší zkušenost s prací v rámci rodinné terapie s lidmi, kteří ještě nejsou závislí na návykových látkách, ale třeba jsou to buď experimentátoři mladí, anebo lidé, kterým se to začíná vymykat z rukou a je to ve fázi vlastně nějakého škodlivého užívání a tam mám tu zkušenost, že už v rámci té léčby jsme schopni pomoci rodinné terapie hodně změnit. Zatím co u těch závislých už potom mám tu zkušenost, že je lepší, nejdřív aby ten závislý jedinec se léčil sám třeba individuálně třeba v terapeutické komunitě nebo psychiatrické léčebně a buď paralelně, nebo následně pracovat s tou rodinou.*

Pro R5 základem pro spolupráci je „schopnost abstinovat v ambulantních podmínkách, když jedinec užívající drogy chodí do rodinné terapie“. R5 vysvětluje, že touto podmínkou není myšleno, že „od prvního sezení ten člověk už si nikdy nic nedá a počítáme s tím, že můžou být různé relapsy nebo že to chvíli trvá, než se podaří tu abstinenci vlastně zahájit“, ale dále upozorňuje na to, že „obecně by to měla být schopnost abstinovat v průběhu té rodinné terapie, takže i z toho důvodu už některé velmi dlouhodobě závislé je to pro ně příliš málo intenzivní metoda“.

R7: *V situaci, kdy například je ten uživatel drog ve stavu kdy akutně užívá a není vlastně nějaké pravidelné nebo systematické spolupráce schopen, no tak tam je potřeba nejdřív v uvozovkách řešit tu závislost, čili pokud on je ochoten se sebou pracovat, je ochoten se měnit, no tak je potřeba nejdřív ho stabilizovat v oblasti toho užívání, a teprve potom můžeme do toho procesu zapojit i práci s rodinou nebo rodinnou terapii.*

Pro R4 je též důležité jak „to aktuální užívání vypadá“. Jako hlavní důvod, proč na tom záleží je „protože některé aktuální užívání může vypadat tak, že se s tím člověkem nedá nic dělat, že musí nejdřív projít detoxem, a nějakou základní léčbou. To je fakt, že musí nejdřív projít nějakou základní léčbou. Prostě musí být toho schopný, té práce. Fakt záleží“. A jako alternativní řešení v případě aktuálního užívání R4 uvádí současnou práci s rodinou, dokud závislý člen je v léčbě.

R1 má názor, že „obecně se rodinná terapie u rozvinutých závislostí se moc často nepoužívá“ a jako příčinu uvádí absence podmínek, které vztahují k ambulantní léčbě závislosti, čili R1 na ambulantní léčbu závislosti věří „jen do určité míry rozvinutí té závislosti. Pak už je to moc těžký“.

Jiný pohled na souvislost fázi užívání a práci s rodinou má R2, podle kterého rodinu je možné zapojit do procesu léčby „i když ten klient je aktuálně závislý. Dokonce může přijít rodina i bez toho závislého“.

Podle R3 „*když je ta závislost rozjetá je možné indikovat rodinnou terapii, to určitě*“. Ale R3 upozorňuj na to, co vlastně je považováno za problém a z jaké strany – té rodiny nebo toho odborníka. Čili někdy experimentování může patřit do přirozeného vývojového stadia, ale ta rodina to bude považovat za závislost nebo naopak, ale každopádně je možné s tou rodinou pracovat: „*to jak odborníci vnímají problém to je jedna věc, podle nějakých objektivních škál definují a konfrontují potom tu rodinu s tím, co tedy je problém a co není z hlediska MKN 10, a druhá věc, jak to vnímá ta samotná rodina, jak se vlastně říká o pomoc. Na to je potřeba, aby odborníci reagovali*“.

Nejvíce důležité zapojení rodiny při práci se závislým je pro R6 „*v té fázi doléčovací*“. R6 klade důraz na to, že nejdříve by mělo být zaléčeno to tělo, jelikož „*bez toho se nedá vůbec začít*“ a pak zapojovat terapii včetně té rodinné.

7.7. Kdo je klient?

Vzhledem k tomu, že užívání drog jedním nebo více členy rodiny vždy rodinu zasahuje a ohrožuje její integritu jako celku i jejich jednotlivých členů, zneužívaná látka se postupně stává prvkem rodinného systému a zaujímá v něm určitý prostor, může mít různé role a pro různé členy v rámci systému má větší či menší význam (Čtrnáctá, 2013).

Podle odpovědí všech respondentů při indikaci a následné aplikaci rodinné terapie je třeba brát v úvahu a zohledňovat skutečnost, kdo do ambulance přichází, čili od koho jde „zakázka“. Všichni respondenti se víceméně shodují, že hlavní rozdíl spočívá v tom, o jakou rodinu se jedná – orientační nebo prokreační, a to se vyvíjí většinou od toho v jakém věku a stadiu užívání drog ten identifikovaný klient je. A pokud se tedy jedná o staršího klienta, jak bylo popsáno výš, terapeuti se víc přiklánějí k indikaci individuální práce, respektive práci s rodinným kontextem.

R4: většinou, když přijde sám závislý, tak většinou jde pro individuál. Když přijde ta rodina, tak to téměř vždycky pro rodinnou terapii.

R7: Prvotní je, kdo vlastně přichází pro tu pomoc, to znamená tedy, s jakou zakázkou přichází... Jestli se budeme bavit o té primární rodině, tak asi větší důraz klademe na rodinnou terapii u dospívajících nebo mladých dospělých... I když neříkám, že s klienty vyšších věkových kategorií nemá smysl pracovat s rodinou... R7 upozorňuje na vliv rodinných problémů, které jsou již v minulosti na současný psychický stav klienta: „Někdy ty dlouhodobé vztahové rodinné problémy mohou tu situaci ovlivňovat ještě dávno dávno v dospělosti“. Pro určení kdo je vlastně klientem té terapie R7 zase připomíná o věku

identifikovaného pacienta: „...samozřejmě když přijde rodina s šestnáctiletým dospívajícím, tak tam je předpoklad, že ještě několik budou spolu fungovat a je to určitě častější příklad, kdy s tou rodinou spolupracujeme“.

R5: Většinou moji zkušenosti je, že u těch dospělých závislých klientů preferujeme tu individuální práci nebo skupinovou práci, zkratka zaměření se na tu individuální závislost toho klienta a tu rodinnou terapii nabízíme spíše jako doplněk k tomu... R5 zmiňuje, že kromě nabídky rodinné terapie věkově starším klientům, je možné dělat „párovou terapii“, jako důvod uvádí: „protože často ten dospělý závislý, který vyhledá léčbu, tam zainteresován nějak partner. Tam zase musíme zmapovat jak moc ta zakázka je individuální a jak moc je párová.“

Z výzkumu je patrné, že pro respondenty rozhodnout si kdo je klientem rodinné terapie pomáhají několik faktorů:

- kdo pro službu přijde – rodina se závislým členem nebo sám závislý;
- nakolik problém se týká vztahového systému;
- ochota závislého klienta rodinu přizvat
- věk – u nezletilých přítomnost rodiny je skoro povinnost
- jaký je cíl terapie

podle R3 určení, kdo je klientem spočívá v rozlišení, jestli se jedná o orientační nebo prokreační rodinu: „Protože když se jedná o nukleární rodinu... tak vlastně se jedná o tom, aby ta rodina se mohla vrátit do nějakého vývojového proudu, který je pro vývoj rodiny přirozený. Takže když ty drogy odráží problém vývojový, tak rodinná terapie pomáhá vrátet tu rodinu na tu jejich vlastní cestu. Když se pracuje s rodinou, kde ty děti už vylítli z hnízda, založili svoji vztahy a pak začali problémy se závislostí, tak tam už ta zakázka na rodinnou terapii není na tu nukleární rodinu a my už je nevracíme do toho procesu konvergentního, ale tam už musíme pracovat s divergentními silami, které tam jsou. U rodinné terapie strašně záleží na tom, jestli to zceluje nebo to rozděluje.“

R2: Je rozdíl u případy, když vyhledá tu pomoc ten závislý a pak jsou případy, kdy vyhledá tu pomoc ta rodina. Jako zajímavý mi přišel jeden z důvodu R2, proč s rodinou pracovat, když se ona obrací pro pomoc: „mám pocit, že oni (rodina) tu rodinnou terapii fakt zaslouží.“

I když pro R6 při indikaci rodinné terapie je též důležité kdo vlastně pro tu pomoc přichází, v případě, kdy klientem se stává rodina navíc bez samotného uživatele drog

neboli „identifikovaného pacienta“ se spíše jedná o podpůrnou terapii, jinými slovy „*tomu okolí nějak pomáhat to zvládat, ale podpůrná v tu chvíli, protože si myslím... ve chvíli, kdy se ale neúčastní ten člověk který to, jak říkám, propojuje ten symptom té závislosti, a samozřejmě ty vztahy, tak si myslím, že tam chybí ten klíčový prvek a určité ty ostatní - jde nějak jako posilovat, podporovat, provázet životem s tím nemocným člověkem... takže nelze to i v tu chvíli léčit, když nechce ten člověk, může se hodně pomáhat těm, kdo s nim nějakým způsobem sdílejí, čili jeho rodina*“.

7.8. Mapování problému při terapeutické práci s rodinou se závislým členem

Mapování problému v rodině závislého se hodně odvíjí od toho, kdo do ambulance přichází a co od pracovníků potřebuje.

R1 při mapování problému klade velký důraz na získání důvěry a poskytování podpory všem účastníkům terapie, pro to, „*aby fungoval ten rodinný systém*“. Jinými slovy R1 přemýšlí o tom, jak „*rozběhnout tenhle ten hodinový strojek, jak udělat, aby to fungovalo. Je důležité se dívat z různých uhlů. Když přijde ta rodina, tak každý má jiný problém*“. Jako svůj hlavní nástroj R1 pro mapování problému nazývá dotazování a zvědavost.

Pro R6 při mapování problému v rodině se závislým členem je důležité co je vlastně ten problém, se kterým klienti přichází, čili problém – závislost „*jak moc už je součástí té rodiny*“ a podle toho se pak domlouvá k čemu terapie má vést, tudíž „*nějaká zakázka: jestli jde o podporu abstinence, jestli jde o nějakou restrukturalizaci té rodinné komunikace*“. A také „*co vlastně od rodinné terapie čekají ty lidi*“.

R2: *Vždycky ten začátek je s čím ta rodina přichází a je to hodně otevřený: „co vy byste potřebovali?“, Co ty členové vzájemně od sebe potřebují? A nemusí to být úplně fokusovaný na ten problém. Někdy se pracuje s externalizací toho problému. Takže jdeme až za ten symptomem.*

Pro R3 mapování problému je založeno na tom, jak klient o problému uvažuje a v tu chvíli je vidět „*jestli ten člověk bude ochotný přijmout to, že to není jenom jeho problém, ale také ten problém má širší konotaci*“. R3 pracuje metodou rodinné terapie, což je práce s kontextem, práce se systémem, cirkulární dotazování, zpřítomňování další osobu za pomoci určitých technik.

Pro R5 mapování problému spočívá hlavně v hledání konsensu, na čem terapeut s rodinou bude pracovat jako celek, „*aby byli všichni nějak spokojenější*“. Jelikož „*každý v té rodině má trošku jinou zakázku, každý chce něco trošku jiného*“ je důležité, „*aby to bylo nějak kompatibilní, aby to nešlo zásadně proti sobě*“. V terapii R5 uvažuje systémově a víceméně vede rozhovor s rodinou. K technikám, které jsou používány v terapii R5 zmiňuje časovou osu, práce s příběhem, práce s anamnézou na časové ose, práce s kameny, ale většinou se používá rozhovor.

Pro R7 pro mapování problému „*je důležité jaká je tam zakázka. Jak to, co děláme, ovlivňuje ty vztahy, a jak ty vztahy ovlivňují to, co děláme*“.

R4 též mapuje problém podle toho, jaké jsou zakázky účastníků terapie. Jako jednu z technik pro mapování problému R4 používá cirkulární dotazování: „*někdy bývá o drogách, to záleží, ale jiní lidé řeknou jinou věc. Všechno je stejně důležité*“. A také R4 říká: „*Vždycky se vynoří to, co ta rodina potřebuje, vždycky to někdo řekne...*“

8. Shrnutí výsledků podle výzkumných otázek

8.1. Otázka č. 1

Jak odborníci indikují rodinnou terapii při práci se závislým klientem?

Odpověď na výše uvedenou výzkumnou otázku se skládá ze dvou komponent. První je postoje respondentů k aplikaci rodinné terapie či terapeutické práce s rodinou do léčby závislého. Všichni respondenti považují za významnou složku péče o závislého rodinnou terapii. Většinou právě svým postojem a přesvědčením, že rodinná terapie je užitečný nástroj pro pomoc a resocializaci drogově závislého člena, skoro všichni respondenti se snaží zapojit do léčby či doléčování signifikantní osoby.

Rodinná terapie vychází z předpokladu, že k závislosti přispívají i procesy v rodině a zpětně, že závislost jednoho člena má vliv na chování a prožívání dalších členů rodiny (Řeháková, 2004). Většina respondentů proto v rodině a jejím podílení na léčbě závislosti jednoho z členů rodiny vidí potenciál a smysl. Jinými slovy nejde o to opravit jednoho člena rodiny, ale o to, že se to týká všech a nějak jich ovlivňuje a svým spolupodílením a spoluprací na rodinné terapii zvyšují šanci pro dosažení stanovených cílů, hlavně těch, které se týkají „identifikovaného klienta“: abstinence, resocializace, doléčování apod.

Neméně důležitým faktorem, ovlivňujícím postoje respondentů k rodinné terapii v léčbě závislého je pohlížení na užívání drog jako na symptom. Tudíž podle odpovědí respondentů v mnoha případech rodinná terapie je nejen efektivním, ale i prospívajícím nástrojem jak pro pomoc závislému jedinci, tak i pro to, aby se ozdravil rodinný systém.

Druhou zásadní komponentou dané první výzkumné otázky je specifikace pracoviště, kde jsou respondenti zaměstnaní. Všichni respondenti pracují v ambulantních zařízeních, poskytujících psychoterapeutické služby adiktologické klientele a jejich rodinám. Nicméně specifikace služeb je poměrně rozmanitá, například v některém zařízení pracují pracovníci primárně rodinně terapeuticky, jinde se ambulance specializuje na intenzivní denní léčbě drogových závislostí, někteří se specializují spíše na práci s rodinnými příslušníky než se samotnými uživateli drog. Ovšem všechna zařízení poskytují psychoterapeutické služby rodinám v rámci rodinné terapie a tato homogenita respondentů může vést k možné slabině tohoto výzkumu.

Pokud se vrátíme k výzkumné otázce, jak terapeuti indikují rodinnou terapii při práci se závislým klientem, tak nyní bychom si mohli zkusit na ní odpovědět.

Důležitým i přes to, že očividným, faktem při indikaci rodinné terapie pro respondenty je skutečnost, že ten klient má rodinu. Čili skoro pro všechny respondenty ve chvíli, kdy ten člověk žije ve vztazích, v nějakém vztahovém systému, má rodinu, tak je to základní faktor indikace rodinné terapie. Jako hlavní důvod respondenti uvádějí potřebu pracovat se závislosti z hlediska celého systému, protože rodina je systém, kde se ty jednotlivé prvky vzájemně ovlivňují. Ovšem existence rodiny není při indikaci rozhodujícím momentem, jelikož rodinně terapeuticky s klientem podle odpovědí respondentů se dá pracovat i bez rodiny. A to v případech, kdy rodinná terapie s fyzicky přítomnými členy se nedoporučuje nebo tam není smysl rodinu zapojovat.

Dalším klíčovým bodem při indikaci rodinné terapie pro respondenty je motivace rodiny se účastnit procesu terapie. Co je ale důležité, že nejde o pouhou přítomnost na té terapii, je nutné, aby rodina byla ochotná spolupracovat na změně. Podstatné je porozumění všech členů rodiny, kteří se rodinné terapie účastní, že se jich to všech týká. Jinými slovy touha po změně a připravenost k ní ze strany všech účastníků rodinné terapie je rozhodujícím činitelem. Respondenti při indikaci rodinné terapie dávají pozor, jestli je klient, respektive klienti, jsou k takovému způsobu práce svolné a připadá jim to dobrý pro ně.

Důležitým kritériem při indikaci rodinné terapie je pro všechny respondenty věk. Všichni účastníci výzkumu se shodli na tom, že pro děti, dospívající a v mnoha případech mladé dospělé, užívající drogy či závislé na návykových látkách, rodinná terapie je indikována vždycky. Téměř polovina respondentů indikovala by rodinnou terapii i u dospělých a dlouholetých uživatelů drog, ale za určitých okolností, jako například schopnost spolupráce (abstinence), ne zničené vztahy s rodinou, souhlas ze strany rodiny se účastnit rodinné terapie. Jinak skoro všichni respondenti se shodli na tom, že u dospělých závislých jedinců je možné indikovat rodinně terapeutický přístup v individuální terapii, tudíž práce s rodinným kontextem a systémem.

Jako další kritérium ovlivňujícím rozhodnutí respondentů pro indikaci rodinné terapie se objevila fáze užívání drog či stupeň závislosti klienta. Toto kritérium je hodně vázáno na věk klienta. Tedy všichni respondenti rodinnou terapii indikují, když se jedná o fázi experimentování a škodlivé užívání. Co se týká rozvinuté závislosti, rodinná terapie skoro všemi respondenty se indikuje za určitých okolností, hlavní je schopnost abstinence po dobu terapie, ochota a možnost spolupracovat jak toho klienta, tak i rodiny a to, že ten problém s rodinným systémem nějak souvisí.

Zajímavým zjištěním bylo, že při indikaci rodinné terapie při práci se závislým klientem hraje velkou roli pro všechny respondenty osobní nastavení a vnitřní přesvědčení, že tato metoda práce s klientem může být nejen vhodná, ale i užitečná a prospěšná.

8.2. Otázka č. 2

Kdy rodinná terapie či terapeutická práce s rodinou závislého se podle respondentů nedoporučuje či kontraindikována?

Jako základní kontraindikace rodinné terapie v případě drogového problému je podle všech respondentů neschopnost abstinovat v ambulantních podmínkách a to znamená i být neschopen spolupráce. Skoro všichni respondenti ale upozorňují - to neznamená, že se nepočítá s tím, že klient může mít relapsy.

Jako další kontraindikaci respondenti vymezují neochotu rodiny a klienta pracovat na změně a zakázce. To znamená, v případě kdyby ta rodina vyslovila zakázku, ale pracovat by na ni nechtěla a nebyla by schopná změnit náhled na situaci v rodině, tak s takovou rodinou pracovat nejde.

Tři respondenti za jednu z kontraindikací považují zneužívání, týraní a násilí v rodině, hlavně z důvodu, aby při práci s klientem nedošlo k retraumatizaci.

Jeden respondent za kontraindikaci zapojení rodiny do léčby závislostí považuje situaci, kdyby rodina zhoršovala symptom a současný stav klienta.

Dva respondenti ke kontraindikacím zařazují vzdálenost, případy, kdy rodina není dosažitelná. A také když rodinný kontext tolik nesouvisí s tím, co se s klientem děje a jaký má problém.

Důležitou kontraindikaci podle jednoho respondenta je situace, kdy komunikační vzorce mezi lidmi v rodině jsou natolik zatuhlé a rigidní, že ani v procesu terapie to není možné změnit a tím pádem rodinná terapie nemůže ovlivnit postoje rodiny a pracovat s rodinou.

Zajímavým zjištěním bylo také to, že rodinná terapie by se nedoporučovala v případě, kdyby se jednalo o podporu individuaci a procesu separaci závislého jedince, kdy je lepší a prospěšnější pracovat s klientem v individuální terapii. A tato kontraindikace souvisí s věkem závislého jedince, to znamená v případě, kdyby se jednalo o dlouholetého závislého klienta, respondenti by víc přikláněli k individuální psychoterapii.

8.3. Shrnutí indikací a kontraindikací rodinné terapie při práci se závislími klienty

Níže uvedená tabulka obsahuje seznam zjištěných základních indikací a kontraindikací rodinné terapie při práci se závislími klienty.

Tabulka 5 - Seznám indikací a kontraindikací rodinné terapie při práci se závislími klienty

Indikace	Kontraindikace
Závislost jako jev pro rodinnou terapii sám o sobě	Aktivní užívání či neschopnost abstinovat v ambulantních podmínkách
Existence rodiny a vztahových sítí s důležitými osobami	Neochota rodiny a závislého klienta spolupracovat a účastnit se rodinné terapie
Motivace klienta a rodiny pracovat na změně	Zneužívání, týraní, násilí v rodině
Abstinence nebo stabilizovaný stav	Zhoršování symptomu, problému závislého jedince ze strany rodiny
Nízký věk, u starších klientů za určitých okolností	Vzdálenost, nedosažitelnost rodiny
Fáze užívání drog – nejčastěji experimentování, škodlivé užívání. U aktuálního užívání nebo rozvinuté závislosti schopnost spolupráce	Zatuhlí, rigidní komunikační vzorce v rodině – neschopnost rodinné terapie ovlivnit postoj rodiny
Osobní postoj a přesvědčení terapeuta	Podpora individuace klienta, problém se už tolik netýká rodinného systému

Z výsledku výzkumu je patrné, že indikací a kontraindikací vyšel skoro stejný počet. Nicméně když se na to podíváme, stává se zřejmým, že kontraindikace jsou velmi specifické v souvislosti s drogovou problematikou. Dá se usoudit, že ke kontraindikacím rodinné terapie z větší části dochází z povahy rodiny. Dá se předpokládat, že i přes dostupnost, nabídku rodinné terapie, ochotu klienta a terapeuta, je velkou otázkou, nakolik je k tomu svolná rodina. Indikace naopak obsahují v sobě větší kvalitu a náboj jak ze strany terapeuta, tak i klientů (rodina a závislý člen). To ve své řadě dává více možností, otevírá prostor pro volbu péče a zvyšuje šanci na úspěšnost léčby.

9. Diskuze

Pomocí obsahové analýzy dostupných zdrojů jsem se v teoretické části diplomové práce snažila vytvořit ucelený přehled poznatků a informací, pojících se k tématu aplikace rodinné terapie při práci se závislými klienty. Záměrem teoretické části bylo seznámit sebe i čtenáře s teoretickým vymezením drogové problematiky a způsobem léčby drogové závislosti ve formě terapeutické práce s rodinou a rodinné terapie. Na základě dostupné literatury jsem popsala teorie vzniku a rozvoje závislosti na návykových látkách a rodinné faktory, které se na tom podílejí. Pozornost byla věnována i důsledkům závislosti na rodinu a to hlavně pro účely větší přehlednosti o tom, o jakou problematiku se jedná a jak to souvisí s institutem rodiny.

V dalším úseku teoretické části jsem se zaměřila na charakteristiku terapeutické práce s rodinou. Přehledně jsem zpracovala možnosti práce s rodinou, kam spadají rodinné poradenství, skupiny s blízkými závislého a rodinná terapie. Pozornost byla věnována také vývoji rodinné terapie ve světě a v České republice. Dále jsem popsala jednotlivé přístupy v rodinné terapii, které se uplatňují v léčbě závislosti. Mým účelem ale bylo především upozornit na základní indikace a kontraindikace rodinné terapie při práci se závislými klienty, o čemž jsem pojednala v samostatné kapitole. Při zpracovávání části se týkající kontraindikaci v rodinné terapii bylo náročné vyhledání odborných zdrojů, které by tuto problematiku spojili s adiktologií. A z tohoto důvodu jsem popsala obecné kontraindikace, které platí pro rodinnou terapii.

Ve výzkumné části diplomové práce jsem se snažila zmapovat, jak pracovníci ambulantních zařízení, poskytujících psychoterapeutické služby závislým a jejich rodinám indikují rodinnou terapii a kdy pro ně rodinná terapie při práci se závislými klienty je kontraindikována.

Problematika užívání drog patří k palčivým otázkám, které v moderním světě řeší prakticky každá vyspělá společnost. Skoro každá rodina přemýšlí a stará se o to, aby návykové látky nevstoupili do jejich systému. Nicméně užívání drog, respektive experimentování jak s legálními tak i nelegálními návykovými látkami, vzhledem k jejich dostupnosti a charakteristice dnešní mládeže patří k přirozené součásti určitého období vývoje jedince. To, že toto období, krizové pubertální, ve kterém se vyskytují drogy, dospívající zvládne sám anebo za pomoci své rodiny, může svědčit o normálním rodinném prostředí a systému a fáze experimentování s omamnými látkami se nebude rozvíjet dál.

Úplně jiný scénář můžeme vidět v případech, kdy kvůli různým příčinám a okolnostem pouhý experiment s drogami přejde do další fázi užívání drog. V mnoha případech se na této skutečnosti nějakým způsobem podílí rodina. Blízké okolí tedy může mít vliv nejenom na vznik, ale i na vývoj a udržení závislosti (více o rodinných faktorech vzniku, rozvoje a udržení závislosti je projednáno v teoretické části v podkapitole 2.1.). Důležité je ale to, že jak rodinu se může podílet na existenci tohoto problému, stejně může být nápomocná v jeho vyřešení. Podstatným je včasné uvědomění, že problém je možné řešit a že tyto rodiny mají pro to potenciál. Ačkoli se o rodinné terapii v adiktologii většinou mluví v souvislosti s nukleární rodinou, tento nástroj léčby a doléčování může také fungovat i u starších jedinců, zneužívajících drogy. Klíčové je rodinnou terapii mít k dispozici a mít na paměti to, že tento způsob práce může být velmi užitečný v léčbě závislosti.

Pro to, aby rodinná terapie či terapeutická práce s rodinou byla prospěšná a plnila svůj účel v nápomoci při léčbě závislosti jak závislému členu, tak i rodině celé je velmi důležité správně indikovat tento typ psychoterapeutické práce. Posoudit a rozhodnout pro jakou rodinu a jaký typ klienta by rodinná terapie byla vhodná, není snadno a jasno jak se to může zdát na první pohled. Jedním z důvodů je specifika drogové problematiky, jiným jsou nároky, které jsou kladeny jak na rodinu, tak na terapeuta. V tomto smyslu ve srovnání s individuální prací, kde se v terapii jedná o dialog a dyadickou komunikaci, v rodinné terapii je potřeba schopnost psychoterapeuta (adiktologa, psychologa) věnovat všem účastníkům rodiny a zároveň neztratit autoritu svého postavení odborníka, ke kterému rodina se obrací pro pomoc. Je totiž klíčovým momentem, aby terapeut správně rodinnou terapii indikoval nebo v případě, kdyby rozhodnul jinak, doporučil alternativní řešení.

V daném výzkumu jsem se snažila odhalit a zmapovat, jak psychoterapeuti (adiktologové, psychologové) indikují rodinnou terapii při práci se závislými klienty a podle čeho rozhodují, kdyby se mohlo jednat o kontraindikaci. Tudiž při zkoumání pro daný výzkum byly důležité vlastní zkušenosti respondentů a jejich osobní názory a předpoklady pro práci s rodinou. Jak píše Walorond-Skinner (1978) kritéria pro výběr metody rodinné terapie vychází spíše z toho, „co funguje“, než z poznatků tvrdých výzkumů. Stejně jako u jiných typů psychoterapie, kde vlastní „já“ terapeuta je tak zásadní složkou v léčebném procesu, odborník bude nutně používat osobní měřítko pro sestavení vlastních indikací a kontraindikací, v závislosti na typu rodiny a situace, c níž ví, že buď může, nebo nemůže pracovat (Walorond-Skinner, 1978).

Tentýž autor jako jednu z indikací pro rodinnou terapii uvádí symptomatologii jakéhokoliv druhu, která je podle odborníka zakotvena v nefunkčním systému rodinných vztahů. Jinými slovy všude tam, kde problémy identifikovaného klienta ovlivňují a způsobují bolest nebo dysfunkci rodinného systému, rodinná terapie automaticky se stává metodou volby (Walorond-Skinner, 1978). Problém užívání drog jedním nebo více členy rodiny má velký dopad na rodinný systém a vztahy v ní. Podle respondentů vzhledem k tomu, že závislost je skoro vždy problémem, který zasahuje do života všech členů rodiny, je potřeba pracovat s celým systémem. Totiž podle výsledků daného výzkumu drogová závislost jako problém, který se týká nejenom dotyčného jedince ale i rodinu, sama o sobě může být indikačním kritériem pro rodinnou terapii.

Jako další kritérium, které se během výzkumu ukázalo jako klíčové pro indikaci rodinné terapie při práci se závislými klienty, se objevila motivace. U všech respondentů faktor ochoty spolupráce na nějaké změně se v odpovědích vystupoval jako jeden s rozhodujícími. Podle Langmeiera a kol. (2000) pro indikaci rodinné terapie je potřebné odhodlání jednotlivých členů k řešení problému osobně přispět a přijmout i terapeutický požadavek změny vlastních postojů a chování.

Během výzkumu se ukázalo, že důležitým kritériem při indikaci rodinné terapie v léčbě závislosti hraje věk uživatele drog a s tím i spojená fáze užívání drog či stupeň závislosti. Všichni respondenti se shodli, že nízký věk je téměř vždycky významným faktorem při indikaci zapojení rodiny. Zejména, když se jedná o dospívající jedince ve fázi experimentování s návykovými látkami. Ozechowski a Liddle (2000) uvádí, že podle výsledků klinických hodnocení pro dospívající, zneužívající drogy, jako hlavní intervenční modalita byla uznána rodinná terapie. Ne pro všechny respondenty se podle výsledků výzkumu rodinná terapie by mohla být indikována pro dospělé jedince, u kterých se už vyloženě jedná o závislost. Podle Liddle a Dakof (1995) rodinná terapie pro dospívající zneužívající drogy je obecně rozvinutější než pro dospělé uživatele drog. Respondenti této studie jako jeden z důvodů proč pro dospělé rodinná terapie není tolik zřejmá metoda práce, jako pro dospívající uvádí buď neschopnost dlouholetých uživatelů drog dodržovat abstinence v ambulantních podmínkách, nebo rozrušené přetřhané vztahy s rodinou. Jako významná příčina se objevila i skutečnost, že problémy starších uživatelů drog se už tolik netýkají rodinných příslušníků. Když je to ale naopak a v práci s klientem se hodně objevují rodinná témata, terapeuti nabízejí klientovi možnost rodinné terapie anebo také práce rodinně terapeutickým přístupem. Každopádně podle výzkumu účinnosti

se prokázalo, že léčba závislosti kde se dělá i rodinná terapie je účinnější než ta, kde se s rodinou nepracovalo (Liddle, Dakof, 1995).

Zajímavým zjištěním výzkumu byl také způsob práce s rodinou bez fyzicky přítomné rodiny. Pro všechny respondenty v určitých situacích a případech práce s rodinným kontextem se jeví jako též užitečný způsob terapeutické práce. Všichni respondenty kromě jednoho považují práci s rodinným kontextem za jednu z forem rodinné terapie. Vysvětlení spočívá v tom, že se jedná hlavně o přístup a přemýšlení, respektive systémový pohled na problém, a ne o to, kolik lidí se té terapie účastní. Hlavní technikou při práci s rodinným kontextem je „zpřítomňování třetí strany“. Tato technika se často užívá při anorexii, bulimii a u nutkavých poruch, závislostech. „Zpřítomňování třetí strany“ spočívá ve vytvoření vztahového systému o třech elementech: terapeuta, klienta a vnitřního „hlasu“ nebo „síly“. Terapeut se pokouší vytvořit alianci s klientem proti „hlasům“ a „silám“, které jsou odpovědné za symptomy nebo utrpení klienta, tímto je dokonán rozchod mezi personou a „nemocí“, a tak podpořen proces odpatologizování (Úlehla, 2009). Nicméně fyzicky přítomnou rodinu v rodinné terapii respondenti považují za nenahraditelný článek v celém procesu terapie a pro dosažení jejich cílů.

Další část výzkumu se zabývala kontraindikacemi rodinné terapie při práci se závislými klienty. Obecně platící kontraindikaci pro rodinnou terapii v případě drogové problematiky je podle všech respondentů neschopnost abstinovat závislých klientů v ambulantních podmínkách, což znamená neschopnost spolupráce. Nicméně podle Kaliny (2003) dosažení a udržení abstinence se v rodinné terapii pokládá za jedno z časově prioritních témat rodinné terapie a je možné využít jako řešení například farmakoterapii nebo doporučit, aby závislý člen rodiny vstoupil do standardního léčebného programu orientovaného na abstinenci nebo substituci.

Důležitou kontraindikací podle výsledku výzkumu je neochota rodiny spolupracovat a absence motivace pracovat ne změně. Kalina (2003) upozorňuje, že nemá cenu provádět terapii, když rodina nevěří, že v jejich rodině existují nějaké závažné problémy, nebo když v rodině není nikdo, kdo by si přál změnu.

Někteří respondenti za kontraindikaci rodinné terapii považují případy, kdy v rodinách docházelo ke zneužívání, týraní anebo násilí. Jako odůvodnění této kontraindikace respondenty uvádějí nebezpečí retraumatizace. Langmeier a kol. (2000)

považuje větší nebezpečnost možných následků rodinné terapie za jednu ze zásadních kontraindikací rodinné terapie.

Podle výsledku výzkumu dalšími kontraindikacemi rodinné terapie při práci se závislými klienty jsou nedostupnost rodiny; neschopnost rodinné terapie ovlivnit problém; případy, když problém se tolik netýká rodinného systému, ale samotného závislého klienta. Jako důležitá kontraindikace se objevila situace, kdy zapojení rodiny do procesu léčby anebo doléčování závislého jedince by hrozilo nebezpečím zhoršování symptomu a spolupráce. Podle Walorond-Skinner (1978) je rodinná terapie nebezpečná v případech, kdy emocionální rovnováha je tak riskantní, že pokusy o změnu vztahu v systému mohou vyvolat závažnou dekompenzaci ze strany jednoho nebo více členů rodiny.

Chtěla bych také zmínit, že pro všechny respondenty uvedené kontraindikace nejsou přísné a konečné. Podle respondentů kritéria kontraindikace jsou relativní a můžou se měnit časem a situací. Samozřejmě v tomto případě se nejedná o nedosažitelnost či nedostupnost rodiny. Ale například motivace a ochota spolupráce se můžou objevit v momentě, kdy závislá osoba prokáže, že se nejen o to stojí, ale i může se změnit. Navíc zjištěné kontraindikace se vztahují k rodinné terapii v tom pravém slova smyslu, kdy je předpokládána fyzicky přítomná rodina. V případech, kdy respondentům přijde, že rodinná témata jsou důležitou částí na cestě k uzdravení závislého klienta, ale rodinná terapie je zároveň kontraindikována, podle respondente je důležité nerezignovat a mluvit o tom s klientem anebo použít práce s rodinným kontextem, o kterém jsem zmiňovala výš.

Zajímavým zjištěním bylo, jak terapeuti mapují problém v terapii. Vzhledem k tomu, že práce s rodinou je sama o sobě náročnější, neboť se pracuje s více lidmi, na terapeuta se pochopitelně kladou větší nároky a je třeba, aby terapeut nejenom mohl zapojit všech členů do procesu terapie, ale i uměl zvládat krizové situace, věnovat pozornost každému přítomnému a všem jako celku, a nezapomínat ne toho či onoho účastníka terapie a jeho zakázku. Pro všechny respondenty výzkumu práce s rodinou ať už s drogovým problémem či jiným, vychází ze systémového přístupu rodinné terapie, a respondenti ve své práci používají víceméně stejné techniky při terapeutickém procesu. Jsou to rozhovor, cirkulární dotazování, práce s kameny, zpřítomňování třetí strany, práce s příběhem a externalizace.

Z předchozích bodů této diskuse je možné vyvodit jeden zásadní fakt a to, že rodinná terapie nepochybně důležitá a užitečná metoda při léčbě a doléčování drogové

závislosti. Ale zásadní je tuto metodu dobře a správně indikovat či doporučit jiný způsob terapeutické práce. Za důležitou také považují skutečnost, že rozhodnutí o indikaci rodinné terapie je víceméně záležitostí terapeuta, tudíž jeho osobní postoj, přesvědčení, víra v tento způsob práce. Nepochybně, při správné indikaci je aplikace rodinné terapie slibnou metodou práce s osobami závislými na drogách.

10. Závěr

Hlavním cílem této práce bylo zjistit, jak se indikuje rodinná terapie či terapeutická práce s rodinou při práci se závislým, z pohledu klinických pracovníků (psychoterapeutů, adiktologů). Pokusila jsem se odhalit, jak odborníci z různých zařízení, poskytujících terapeutické služby závislým a jejich rodinám rozhodují o vhodnosti či kontraindikaci terapeutické práce s rodinou, kde je drogová problematika. Dalším cílem bylo zmapování, jaké terapeutické postupy jsou využívány v rodinné terapii závislých a jestli tyto postupy mají svá specifika.

Velmi zajímavým zjištěním bylo, že velkou roli při indikaci rodinné terapie hraje osobní postoj a názor na významnost aplikace rodinné terapie při práci se závislými klienty. Pro všechny respondenty tato metoda práce může být nejen vhodnou, užitečnou a prospěšnou jak pro závislého člena, tak i pro rodinu celou, ale v určitých případech i nezbytnou součástí léčby závislosti či užívání drog. Nicméně správně indikovat rodinnou terapii není jednoduchou záležitostí. Daný výzkum je tedy pouhým pokusem o zmapování jak se dělá indikace a kontraindikace rodinné terapie při práci se závislými klienty v praxi.

Vzhledem k malému počtu respondentů a určité homogenitě výzkumného souboru je nepochybně to, že výsledky výzkumu nemohly přinést obecnou platnost pro postup indikace rodinné terapie při práci s drogově závislými klienty. Je také nepochybně, že výsledky výzkumu jsou do jisté míry zkreslené názory a osobními nastaveními k metodě rodinné terapie odborníků. Jako slabost této studie se dá považovat malé množství literatury týkající se kontraindikací rodinné terapie při práci se závislými klienty. Dalším rizikovým faktorem, který by mohl nepříznivě ovlivnit výzkum, například tendenčním zkreslením výsledků, by mohlo být zpochybnění nestrannosti výzkumníka. Autorka práce je frekventantem psychoterapeutického výcviku „Umění terapie“ systemická psychoterapie. Na druhou stranu orientace v problematice může být pro daný výzkum výhodou.

Získané vědomosti by mohly vést k rozšíření znalostí o problematice aplikace rodinné terapie při práci se závislými klienty v ambulantních podmínkách. Moje diplomová práce nepřináší moc nové teorie a poznatků, zdůrazňuje však na význam správné indikace a kontraindikace rodinné terapie při práci se závislými klienty, čemu je tato práce věnována.

Použitá literatura

Andrlová, M. (2007). *Pohledy na současnou českou psychoterapii*. (Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, České Budějovice, Česká republika).

Bém, P. (2013). Přechodové rituály v rodinách závislých / v závislých rodinách. In Čtrnáctá, Š. [Ed.], *Rodina a drogy. Sborník odborní konference*. Praha: SANANIM.

Čtrnáctá, Š. (2013). Kdo je klient? Rodina, uživatel, nebo jeho blízcí? Různé terapeutické perspektivy. In Čtrnáctá, Š. [Ed.], *Rodina a drogy. Sborník odborné konference*. Praha: SANANIM.

Disman, M. (2002). *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum.

Frouzová, M., Kalina, K. (2008). Rodinná terapie a práce s rodinou. In Kalina, K., a kol., *Základy klinické adiktologie* (1st ed., pp. 187-196). Praha, Česká republika: Grada.

Gjuričová, S., Kubička, J. (2003). *Rodinná terapie: Systemické a narativní přístupy*. Praha: Grada.

Gjuričová, Š. (2002). Systemická rodinná terapie. In Höschl C., Libiger J., Švestka J. *Psychiatrie* (pp. 681-683). Praha: Tigis.

Hajný, M. (2003). Rodinné faktory vzniku a rozvoje závislosti. In Kalina, K., a kol., *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup* (pp. 140-143). Praha, Česká republika: Úřad vlády České republiky.

Helus, Z. (2007). Kategorizace rodin z hlediska jejich funkčnosti. In *Sociální psychologie pro pedagogy* (pp. 151-153). Praha, ČR: Grada.

Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál.

Horká, A. (2007). *Rodinná terapie – rodina dítěte se zdravotním postižením* (Bakalářská práce, MASARYKOVA UNIVERZITA, Brno, Česká republika).

Chvála, V., Trapková, L. (2014). Je každé setkání lékaře s rodinou rodinná terapie? *Psychiatrie pro praxi* 15(1). Olomouc: Solen

Kalina K., (2003). Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog. In Kalina, K., a kol. *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup* (pp. 78-81). Praha, Česká republika: Úřad vlády České republiky.

Kalina, K.. (2003). Rodinná terapie a práce s rodinou. In Kalina, K., a kol. *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup* (pp. 45-51). Praha, Česká republika: Úřad vlády České republiky.

Kalina, K., a kol. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha, Česko: Filia nova.

Kalina, K. (2013). Vývoj a přehled rodinně terapeutických přístupů: Česká republika v mezinárodním kontextu. In Čtrnáctá, Š. [Ed.], *Rodina a drogy. Sborník odborní konference*. Praha: SANANIM.

Kratochvíl, S. (2002). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.

Kratochvíl, S. (2006). *Základy psychoterapie* (5th ed.). Praha: Portál.

Kudrle, S. (2003). Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In K. Kalina (Ed.), *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup* (p. 93). Praha, ČR: Úřad vlády České republiky

Langmeier, J., Balcar, K., Špitz, J. (2000). *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál.

Liddle, H., Dakof, G. (1995). *Efficacy Of Family Therapy For Drug Abuse: Promising But Not Definitive*. Retrieved March, 26, 2015, from Journal of Marital & Family Therapy 21 (4) website: <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/detail/detail?sid=d977c908-b1e1-463c-a142-52e7bec7eed1%40sessionmgr4002&vid=0&hid=4101&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT11aG9zdC1saXZl#db=sih&AN=9511213508>

Ludewig, K. (2011). *Základy systemické terapie*. Praha: Grada.

Minuchin, S. (2013). *Rodina a rodinná terapie*. Praha, Česká republika: Portál.

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.

Mühlpachr P. (2008). *Sociopatologie*. Brno: Masarykova univerzita.

Nettle, B. (1983). *The Study of Ethnomusicology*. University of Illinois Press. Chicago.

Neubauerová, K. (2009). *Vědomí rodinné historie jako součást sebepojetí*. (Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze: Filozofická fakulta, Praha, Česká republika).

Novák, T. (2006). *Manželské a rodinné poradenství*. Praha, ČR: Grada.

Ozechowski, T., Liddle, H. (2000). *Family-Based Therapy for Adolescent Drug Abuse: Knowns and Unknowns*. Retrieved March 18, 2015, from Clinical Child & Family Psychology Review 3 (4). website: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=ca112867-ec95-436b-b099-ea5110d840ac%40sessionmgr115&vid=6&hid=118>

Prochaska, J. O., Norcross, J. C., Štěpo, J. (1999). Systemické terapie. In *Psychoterapeutické systémy: Průřez teoriemi* (pp. 286-317). Praha: Grada.

Radimecký, J. (2006). *Zapojení blízkých osob uživatelů drog do procesu léčby: souvislost mezi rodinnými vztahy a ranou deprivací na užívání drog*. Retrieved February 27, 2015, from <http://adiktologie.cz/cz/articles/detail/72/294/Zapojeni-blizkych-osob-uzivatelu-drog-do-procesu-lecby-souvislost-mezi-rodinnymi-vztahy-a-ranou-deprivaci-na-uzivani-drog>

Rotgers, F. (1999). *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada.

Řeháková, E. (2004). *Péče o rodinu závislého*. Praha: Skálův institut.

Schlippe, A., Schweitzer, J. (2006). *Systemická terapie a poradenství*. Brno: Cesta.

Sklenář, O. (2013). Zdravotní výkon adiktologa. *Adiktologie*, 2013(1), 76.

Skorunka, D. (2010). Rodinná terapie. In Z. Vybíral, J. Roubal (Eds.), *Současná psychoterapie* (pp. 235-265). Praha: Portál.

Skorunka, D., Hajná, D. (2007). Historické proměny rodinné terapie. *Psychoterapie* 1(2007), 77 – 85. Retrieved April 6, 2015, from http://psychoterapie.fss.muni.cz/files/field_files/magazine/346/psychoterapie2007_2.pdf#page=16

Sobotková, I. (2004). Vybrané přístupy k rodinné krizi. In N. Špatenková et al. *Krize. Psychologický a sociologický fenomén*, (p. 79). Praha: Grada.

Sobotková, I. (2007). *Psychologie rodiny*. Praha, Česká republika: Portál.

Strauss, A. L., Corbin, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce.

Šerý, O. (2007). Dědičnost látkových závislostí. Podíl genetické výbavy na vzniku závislostí. *Zaostřeno na drogy* (3). Úřad vlády ČR. Praha.

Švaříček, R., Šed'ová, K. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál.

Úlehla, I. (2009). *Systemická terapie s jedincem* [Sborník - PDF].

Vízdal, F., Doňková, O., Novotný, J. (2009). *Sociální psychologie*. Institut mezioborových studií. Brno.

Vybíral, Z., Roubal, J. (2010). Psychoterapie a poradenství. In *Současná psychoterapie* (pp. 67-69). Praha: Portál.

Walorond-Skinner, S. (1978). *Indications And Contra-Indications For The Use Of Family Therapy*. Retrieved April 3, 2015, from Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines 19 (1) website: <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=8645991f-96fa-4c79-bcd0-2ddff14aabf6%40sessionmgr4003&vid=0&hid=4101>

Internetové zdroje

Anima - terapie, o.s. - Léčba závislých osob. (n.d.). Retrieved April 10, 2015, from <http://www.anima-os.cz/nase-programy/16-lecba-zavislych-osob>

Denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov. (n.d.). Závislosti - Ondřejov. Retrieved April 10, 2015, from <http://www.ondrejov.cz/zavislosti>

Klinický provoz - Klinika adiktologie. (2013, November 16). Retrieved April 10, 2015, from <http://adiktologie.cz/cz/articles/detail/615/4368/Klinicky-provoz>

Prev-Centrum | Ambulantní léčba | Základní informace. (n.d.). Retrieved April 10, 2015, from <http://www.prevcentrum.cz/Ambulantni-lecba>

Rodinná psychoterapie - GI, konzultace a vzdělávání - systemický přístup profesionálně. (2013, December 9). Retrieved April 10, 2015, from <http://g-i.cz/cz/sluzby/osobni-konzultace/319-rodinna-psychoterapie>

SANANIM z. ú. | Poradna pro rodiče (PPR) - Poslání. (n.d.). Retrieved April 10, 2015, from [http://sananim.cz/poradna-pro-rodice-\(ppr\)/poslani.html](http://sananim.cz/poradna-pro-rodice-(ppr)/poslani.html)

Terapie nejen pro rodinu | Rodinná terapie. (n.d.). Retrieved April 10, 2015, from <http://www.terapieprorodinu.cz/rodinna-terapie.html>

Příloha

Příloha č 1: informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLASU PRO ÚČASTNÍKY VÝZKUMU

NÁZEV PROJEKTU: APLIKACE RODINNÉ TERAPIE PŘI PRÁCI SE ZÁVISLÝMI KLIENTY - KVALITATIVNÍ SONDA, ZKUŠENOSTI TERAPEUTŮ

Hlavní řešitel: Gaziza Lutseva

Tazatel: Gaziza Lutseva

Identifikační údaje účastníka výzkumu (není-li výzkum od počátku anonymní):

KÓD ÚČASTNÍKA VÝZKUMU:

Souhlasím se svou účastí ve výzkumu aplikace rodinné terapie při práci se závislými klienty, který realizuje shora uvedený řešitel.

Byl/a jsem informován/a o studii, dobře jí rozumím a souhlasím s:

účastí ve výzkumu

nahrávkou interview

poskytnutím těchto písemných dokumentů _____

atd.

Obdržel/a jsem písemnou informaci pro účastníka výzkumu. Tazatel mi dále odpověděl na všechny moje otázky ohledně realizace výzkumu a zapojení mé osoby srozumitelně a dostatečně podrobně.

Svůj souhlas s účastí ve studii dávám dobrovolně. Víím, že svůj souhlas mohu kdykoli zrušit bez udání důvodů a, že mi z toho nevznikne žádná újma.

Beru na vědomí, že informace, které *sdělím* tazateli, budou uchovány, zpracovány a publikovány anonymně tak, aby nebyla možná identifikace mé osoby.

Byl/a jsem informován/a, že se žádostí o získání dalších podrobností o studii se mohou obrátit na vedoucího projektu doc. PhDr. MUDr. Kamil Kalina, CSc. na email kalina@adiktologie.cz. Na vedoucího projektu mohu směřovat i veškeré stížnosti.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve 2 stejnopisech, z nichž 1 obdrží účastník výzkumu a jeden tazatel jako součást dokumentace projektu vedené hlavním řešitelem.

V Praze dne _____

podpis účastníka výzkumu

Poznámka: Ve studiích, které jsou od počátku anonymní, je na místě zvážit vyžadování vlastnoručního podpisu. Souhlas účastníka lze učinit součástí nahrávky interview, je-li pořizována, příp. nahradit podpis účastníka prohlášením tazatele.

Prohlášení tazatele

Já, Gaziza Lutseva, jsem popsala výzkumný projekt a povahu a důsledky postupů, které zahrnuje. Mám za to, že účastník /účastnice tomuto vysvětlení porozuměl/a a dává svůj souhlas dobrovolně.

Datum: _____

Podpis tazatele: _____