

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Teologická fakulta

Katedra etiky, psychologie a charitativní práce

Bakalářská práce

ADIKTOLOGICKÝ KLIENT VE SKUPINOVÉ  
PSYCHOTERAPII

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Alena Pikhartová, Ph.D.

Autor práce: Ondřej Bílý

Studijní obor: Sociální a charitativní práce

Forma studia: kombinovaná

Ročník: 3.

2018

**Prohlášení o samostatném zpracování práce a souhlas se zveřejněním práce:**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že, v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě (v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Teologickou fakultou) elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce.

Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích, dne .....

Ondřej Bílý .....

## Poděkování:

Můj velký dík patří vedoucí bakalářské práce Mgr. et Mgr. Aleně Pikhartové, Ph.D., za odborné rady, připomínky, doprovázení a podporou při psaní mé závěrečné práce. Dále bych chtěl poděkovat Bc. Kateřině Hejlové a Mgr. Markétě Žárové Höbausové taktéž za podporu a odborné připomínky.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	6
<b>1. ZÁVISLOST</b> .....	9
1.1 Nejčastější látkové závislosti v ČR.....	10
1.1.1 Alkohol.....	11
1.1.2 Pervitin.....	13
1.1.3 Opiáty a opioidy.....	15
1.2 Návykové chování.....	16
<b>2. ADIKTOLOGIE</b> .....	18
2.1 Historický vývoj adiktologie na území ČR.....	19
2.2 Současné drogové trendy v ČR.....	20
<b>3. SKUPINOVÁ PSYCHOTERAPIE</b> .....	22
3.1 Rozdělení skupinové psychoterapie.....	22
3.2 Historický vývoj skupinové práce v psychoterapii.....	24
3.3 Kolektivní psychoterapie.....	24
3.4 Hlavní cíle skupinové psychoterapie.....	25
3.5 Pravidla psychoterapeutické skupiny.....	26
3.6 Přínos skupiny klientovi.....	27
3.7 Skupinová dynamika.....	28
3.7.1 Koheze.....	28
3.7.2 Tenze.....	29
<b>4. SYSTÉM LÉČBY A PÉČE O ZÁVISLÉ OSOBY V ČR</b> .....	30
4.1 Vývoj systému léčby a péče o závislé osoby v ČR po roce 1989.....	30
4.2 Současná podoba systému léčby a péče o závislé osoby v ČR.....	31
4.3 Kvalita systému.....	31
4.4 Kvantita systému.....	33

<b>5. NÁSLEDNÁ PÉČE A DOLÉČOVÁNÍ .....</b>	<b>34</b>
5.1 Rozdělení následné péče a doléčování.....	34
5.2 Cílová skupina doléčovacího centra .....	35
5.3 Personální zajištění doléčovacích center.....	35
5.4 Program doléčovacích center .....	36
5.5 Fáze a délka doléčování .....	38
5.6 Ukončení doléčování.....	39
<b>6. SKUPINOVÉ AKTIVITY A SOCIÁLNÍ PRÁCE V DOLÉČOVACÍM CENTRUM V BRNĚ.....</b>	<b>41</b>
6.1 Ranní plánovací komunita .....	41
6.2 Komunitní a dynamická skupina.....	41
6.3 Tematická skupina prevence relapsu .....	42
6.4 Klub.....	42
6.5 Sociální práce .....	43
<b>7. REFLEXE.....</b>	<b>44</b>
7.1 Skupinové aktivity programu.....	44
7.2 Sociální práce .....	46
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>48</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....</b>	<b>50</b>
<b>ABSTRAKT.....</b>	<b>52</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>53</b>

# ÚVOD

Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolil téma s názvem Adiktologický klient ve skupinové psychoterapii. Zabývat se budu především problematikou doléčovacího procesu u klientů trpících látkovými závislostmi a skupinovou psychoterapií v konkrétním sociálním zařízení, Doléčovacím centru v Brně.

Hlavní důvod takto formulovaného názvu a obsahu práce je osobní zájem o prohloubení vlastních znalostí v problematice závislostí a skupinové psychoterapie. Druhý a neméně důležitý důvod volby tematického obsahu je obohacení vlastních kompetencí sociálního pracovníka v práci s klienty Doléčovacího centra v Brně.

Při tvorbě své bakalářské práce jsem nejvíce vycházel z publikací významných českých osobností uvedených oblastí. Mezi hlavní se řadí Kamil Kalina a kolektiv spolupracujících odborníků Kliniky adiktologie Univerzity Karlovy. Kalina patří mezi přední české odborníky v oboru. Za stěžejní publikaci pro mou práci považuji knihy Klinická adiktologie a Drogy a drogové závislosti 1-2 mezioborový přístup, pro jejich ucelený náhled na problematiku závislostí. Neméně významný odborník v oblasti závislostí je, pro svůj inovativní přístup, Karel Nešpor. Za velice důležitou publikaci, pro část zabývající se skupinovou psychoterapií, považuji knihu Skupinová psychoterapie v praxi Stanislava Kratochvíla, hlavně pro její ucelený a dobře srozumitelný obsah. V neposlední řadě musím zmínit literaturu Oldřicha Matouška, pro komplexní pojetí sociální práce v České republice.

Hlavní cíl práce, jenž jsem si stanovil, je vytvoření odborné kritické reflexe, která vznikne z teoretických kapitol a mých praktických zkušeností z pozice sociálního pracovníka. Kritickou reflexi zaměřím na skupinovou psychoterapii, skupinové aktivity a sociální práci v Doléčovacím centru v Brně.

Bakalářská práce se dělí do sedmi hlavních kapitol. V první kapitole se budu podrobně zabývat problematikou závislostí, návykovým chováním a nejčastěji užívaným návykovým látkám v ČR. Účel této kapitoly spočívá v základním přiblížení důležitých poznatků v oblasti závislostí a drog, které by měl sociální pracovník v tomto typu zařízení znát a dostatečně se v nich orientovat.

Druhou kapitolou mé bakalářské práce bude téma Adiktologie. V této části se zaměřím na adiktologii jako vědu, její stručnou historii na území České republiky a aktuální trendy v užívání drog. Pomocí druhé kapitoly chci získat pohled na problematiku závislostí v širších souvislostech, jenž využiji v následujících částech práce.

Dále ve své práci budu pokračovat kapitolou Skupinová psychoterapie. Po nezbytném nastudování problematiky závislostí a adiktologie se již budu věnovat další důležité kapitole. Spolu s předchozími kapitolami bude skupinová psychoterapie vytvářet hlavní teoretický základ práce. Zde se budu věnovat definici a základnímu rozdělení skupinové psychoterapie, historii a vývoji ve skupinové psychoterapii nebo rozdílu mezi skupinovou a kolektivní psychoterapií. Důraz budu klást na cíle, přínos a pravidla skupinové psychoterapie. Více se také zmíním o skupinové dynamice. Celá kapitola bude směřovat k obecnému uchopení problematiky skupinové psychoterapie, za cílem jejího využití sociálním pracovníkem v doléčovacím centru.

Následovat bude kapitola s názvem Systém léčby a péče o závislé osoby ČR, ve které se budu podrobněji zabývat samotným systémem léčby a péče, jeho vznikem a částmi. Také se více zaměřím na pojetí systémové kvality a kvantity. Tato kapitola bude sloužit jako přechod od teoretického obecného zkoumání do konkrétní oblasti následné péče a doléčování.

Pátá kapitola ponese název Následná péče a doléčování. Zde se budu věnovat návaznosti v systému léčby a péče o závislé, podobě doléčovacích center, jejich skupinovým aktivitám a dalším odborným službám, složení pracovních týmů, ale také filozofií a východiskům doléčování a následnou péčí. Skrze tuto kapitolu se dostávám hlouběji do oblasti sociální práce a zároveň ke konkrétnější podobě skupinové psychoterapie a skupinovým aktivitám. Zde také dochází k přesunutí důrazu od léčby závislosti k resocializaci a odpovědnému životnímu stylu.

Šestá, předposlední kapitola je určena pro popis konkrétních vybraných služeb Doléčovacího centra v Brně. Po krátkém představení zařízení se již budu zabývat pouze skupinovou psychoterapií, skupinovými aktivitami a sociální prací. Význam této části

bakalářské práce je převést předchozí kapitoly následné péče a doléčování do konkrétního zařízení a zaměřit se pouze na klíčová témata. Šestá kapitola má také za úkol práci posunout do praktické roviny a připravit půdu pro konečnou kapitulu bakalářské práce a to reflexivní závěrečnou část.

Poslední kapitola se bude zabývat zmiňovanou kritickou reflexí. Reflexivní část by měla přinést výsledky práce, být jejím vyvrcholením a také by měla poskytnout ověřitelnost definovaného cíle mé bakalářské práce.



# 1. ZÁVISLOST

V úvodní kapitole se budu zabývat problematikou závislosti. Kromě definice pojmu, zdravotnické klasifikace podle MKN-10 a základními znaky závislosti na návykových látkách, hlouběji prozkoumám situaci nejčastěji užívaných drog v České Republice a návykovému chování. Tato témata považuji za nezbytná pro práci s adiktologickými klienty.<sup>1</sup>

Pojem závislost definuje mnoho autorů a ne všechny varianty výkladu se jednoznačně shodují. Obecně lze závislost popsat jako množství fyzických a psychických změn u člověka, který dlouhodobě konzumuje návykovou látku. Užívání návykových látek u jedince vyvolává konkrétní příznaky, které musí probíhat déle než jeden rok. Také se o ní dá hovořit jako o cyklickém nutkavém jednání, které nepodléhá kontrole jedince bez náhledu na destruktivní účinky dlouhodobé konzumace návykových látek.<sup>2</sup> Nešpor (2011) například uvádí trefný příklad ze své lékařské praxe: „*Jasně jsem si uvědomil, že jsem závislý, když jsem slíbil synovi, že přijdu domů za dvě hodiny, a místo toho jsem přišel za 14 dní. (Ze skupinové terapie).*“<sup>3</sup>

Lékařské hledisko definuje závislosti pomocí Mezinárodní klasifikace nemocí MKN–10 používané ve zdravotnictví České Republiky. V tomto mezinárodním dokumentu zhotoveném Světovou zdravotnickou organizací (WHO) je závislost popsána v kategorii Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (F10–F19) jako syndrom závislosti<sup>4</sup>: „*Soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládnutí při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, prioritní užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být pro specifickou psychoaktivní*

---

<sup>1</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 289.

<sup>2</sup> Tamtéž. s. 289.

<sup>3</sup> NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*, s. 9.

<sup>4</sup> Tamtéž. s. 9.

*substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí.*“<sup>5</sup>

Při určování kompletní a definitivní diagnózy je dále také nezbytné, aby se u jedince po dobu dvanácti měsíců projevilo minimálně tři a více příznaků: značná chuť konzumovat návykovou látku, mít problémy se sebekontrolou (vědomě si určit, kdy s užíváním přestat, kolik látky chce uživatel zkonsumovat apod.), zažít nebo pravidelně zažívat fyzické abstinenci příznaky (návyková látka je konzumována za účelem snížit příznaky odvykacího stavu, který je různý dle užitých substancí – fyzické bolesti, nevolnost, únava, úzkosti, halucinace atd.), jednoznačná tendence ke zvyšování množství konzumované návykové látky (závislý potřebuje užít stále větší množství pro dosažení efektu, ke kterému v minulosti stačilo méně – typický příklad tohoto fenoménu je u osob závislých na alkoholu přechod z piva či vína na silnější destilovaný alkohol, přechod na silnější kategorii návykových látek – z konopných drog na stimulancia apod.), upozaďování či upouštění od běžných činností, trávení volného času a jiné (závislá osoba se přestává věnovat každodenním pozitivním a smysluplným aktivitám z důvodu intoxikace, činnostem vedoucím ke získávání finančních a jiných prostředků na koupi nebo obstarání návykové látky), dlouhodobá aplikace návykových látek přes jednoznačné poškozování organismu uživatele (u alkoholiků typické onemocnění jater, žaludku a slinivky břišní, u narkomanů výskyt hepatitid, afektivní a kognitivní psychické poruchy, abscesy a bércové vředy u dlouhodobých nitrožilních uživatelů apod.)<sup>6</sup>

## **1.1 Nejčastější látkové závislosti v ČR**

V této podkapitole bych se chtěl podrobněji věnovat několika konkrétním látkovým závislostem. Jejich specifikám, projevy nebo patologickými dopady. Budu se zabývat závislostí na alkoholu, pervitinu a opiátovým a opioidovým substancím, konkrétně heroinu a jeho současnými nejčastějšími náhražkami v ČR.

---

<sup>5</sup> Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (F10–F19)* [online]. [cit. 2018-03-20]. Dostupné na WWW: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>.

<sup>6</sup> NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*, s. 9-10.

Hlavní důvod, kvůli kterému jsem zvolil skupinu výše uvedených látek, je prostý. Pro českou drogovou scénu jsou jmenované drogy typické a závislostí na nich trpí nejvíce osob. Česká Republika zaujímá v užívání těchto látek mezi vysoké příčky, co se ve srovnání s ostatními státy týče. V systému léčebných zařízení a následné péče se můžeme setkat právě nejčastěji s alkoholiky, narkomany (uživateli tzv. tvrdých drog), u závislých osob mladšího věku často také s kombinací všech variant.

### 1.1.1 Alkohol

Alkohol se v chemii označuje jako etylalkohol, jeho strukturální vzorec je  $C_2H_5-OH$ . Jeho vznik je zapříčiněn procesem přeměny cukrů z různých druhů ovoce nebo obilnin a brambor.<sup>7</sup> Užívání alkoholu je spjato se společností již od starověku, což ostatně dokazují různé archeologické nálezy a zmínky v tradičních textech. Alkohol byl využíván při mnohých náboženských rituálech. Hojná konzumace vína je například patrná již v antickém Řecku.

Důležitý je ovšem poznatek o negativních dopadech kvůli nadužívání alkoholu, který jeho konzumaci provází od svých raných počátků. Kalina předkládá historický důkaz: „Z historie naší země máme doklady o tom, že již v dávných dobách přinášela všeobecná obliba piva a medoviny řadu závažných problémů, které posléze vyvolaly dokonce potřebu mocenského řešení (první „protialkoholní zákon“, který byl vyhlášen Břetislavem I. roku 1039, měl výrazně prohibiční charakter a uvádí přísné tresty pro opilce a pro krčmáře, kteří jim nalévají).“<sup>8</sup>

V současnosti je alkohol rozšířen a konzumován na všech kontinentech světa. Česká republika se řadí ke státům, jež celosvětově dominují ve spotřebě alkoholu v průměru na jednu osobu. V konzumaci piva dokonce Česká republika stojí na první příčce. Tato alarmující fakta doplňuje Kalina statistikou o konzumaci alkoholu v ČR: „Spotřeba alkoholu se v ČR pohybuje kolem 10 l čistého alkoholu na obyvatele. [...] Nadměrně konzumuje alkohol asi čtvrtina všech mužů v ČR a asi desetina žen. Počet osob s vyjádřeným syndromem závislosti na alkoholu v ČR převyšuje pravděpodobně 300 000.“<sup>9</sup>

---

<sup>7</sup> KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1*, s. 151.

<sup>8</sup> Tamtéž. s. 151.

<sup>9</sup> KALINA, K. a kol. *Klinická adiktologie*, s. 51.

Alkohol se užívá výhradně pitím a do organismu je vstřebáván skrze trávicí orgány. Účinky alkoholu jsou nejvíce podmíněny dávkou, kterou jedinec zkonsumuje, dále jeho fyzickou konstitucí nebo situací, při které je alkohol užitý. Účinky alkoholu se projevují nejpozději do třiceti minut po jeho konzumaci. V malých dávkách přináší alkohol úlevu, příjemné pocity a uvolnění. Při pokračování v konzumaci člověk ztrácí sebekontrolu, jak v chování, tak i v komunikaci. Při nadměrných dávkách má alkohol silné tlumivé účinky na celkový organismus člověka.<sup>10</sup>

Mezi dlouhodobé negativní účinky alkoholu patří poškození trávicího traktu a jeho orgánů (žaludek, slinivka, tenké střevo), játra atd. Při dlouhodobém užívání může dojít i ke vzniku rakoviny zmíněných orgánů. Při nadměrném pití jsou z těla vyplavovány důležité vitamíny a látky, což může způsobit vyčerpání a kolaps vedoucí krajně až ke smrti. Mezi dlouhodobé negativní účinky také patří poruchy oběhového systému (vysoký krevní tlak) a onemocnění srdce. Na psychické rovině nadměrné dlouhodobé nadužívání alkoholu vede ke spánkovým deprivacím, afektivním poruchám (úzkostně – depresivním stavům) nebo trvalé psychotické poruchy na základě organického poškození mozku a jeho funkcí (alkoholová demence, paranoidní bludy).<sup>11</sup>

Nadměrné a dlouhodobé užívání alkoholu způsobuje tzv. odvykací stav. Tento jev přichází po dlouhodobé konzumaci, kdy dojde k vysazení příjmu alkoholu. Nejčastěji přichází druhý den a trvá maximálně týden. Kalina uvádí nejčastější abstinenční příznaky jako: „*Psychomotorický neklid, třes, pocení, úzkost, nevolnost a zvracení, tachykardii, hypertenzi, slabost, poruchy spánku. Halucinace, iluze, křeče a epiparoxysmy jsou již příznaky vážnějšího průběhu. Delirium Tremens je nejtěžší formou odvykacího stavu.*“<sup>12</sup>

---

<sup>10</sup> KALINA, K. a kol. *Klinická adiktologie*, s. 53.

<sup>11</sup> KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1*, s. 152.

<sup>12</sup> KALINA, K. a kol. *Klinická adiktologie*, s. 53.

### 1.1.2 Pervitin

Pervitin (metamfetamin) spadá do skupiny substancí, jež nazýváme psychomotorická stimulancia. Tato skupina návykových látek obsahuje tzv. budivé aminy, které jsou nejčastěji spolu s pervitinem zneužívány uživateli stimulancií. Do skupiny budivých aminů patří například známá droga kokain (přezdívaná jako droga bohatých), amfetamin (slangově nazývaný jako speed) a MDMA (známé jako extáze, dále přezdívané jako droga lásky, která byla hojně užívaná v 60. letech v USA).<sup>13</sup>

Pro skupinu budivých aminů je typické silné nabuzení organismu, subjektivně prožívaná euforie a umožnění velkého výkonu. U pervitinu je složka nabuzení a výkonnosti tou nejpodstatnější. Metamfetamin byl laboratorně syntetizován v Japonsku koncem 19. st. Původní účel této substance byl jako u většiny drog lékařské využití. V posledních letech se odkrývá skrytý historický význam užívání pervitinu ve druhé světové válce, kdy mnoho vojenských jednotek užívalo metamfetamin k dosažení bojových úspěchů skrze jeho povzbuzující efekt na lidský organismus. Pro tento účel se nejčastěji zneužívá i dnes skupinou narkomanů, která se slangově nazývá „perníkáři“. V České republice je užívání metamfetaminu na první příčce mezi stimulancií. Aktuální odhady odborníků na počet aktivních uživatelů pervitinu v ČR se pohybují okolo 20 000. Česká republika se řadí mezi přední evropské státy ve výrobě i spotřebě této látky.<sup>14</sup>

Metamfetamin mívá nejčastěji bílou, narůžovělou až nažloutlou barvu. Způsob aplikace je nejčastěji intravenózně (nitrožilně). Příležitostní a rizikovní uživatelé konzumují pervitin typickým šňupáním. Mezi méně obvyklé způsoby aplikace patří kouření pervitinu pomocí alobalu, částí žárovek nebo za pomoci želatinových kapslí ústy.<sup>15</sup>

Chemické působení na lidský organismus popisuje Kalina jako: „*Mechanismus účinku spočívá ve zvýšení hladiny biogeních aminů – dopaminu, noradrenalinu, popř. i serotoninu – na synapsích v centrální nervové soustavě, eventuálně v přímé vazbě na*

---

<sup>13</sup> KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1*, s. 164.

<sup>14</sup> KALINA, K. a kol. *Klinická adiktologie*, s. 70.

<sup>15</sup> Tamtéž. s. 71.

*receptory v centrální nervové soustavě. Tím dochází ke zvýšenému přenosu signálu na postsynaptický neuron.*<sup>16</sup>

Typický dlouhodobý uživatel pervitinu je charakteristický pohublostí. Úbytek tělesné hmotnosti je častým průvodním jevem dlouhodobého užívání pervitinu. Velké výdeje energie, tzv. tahy na droze (narkomani nespí i několik dnů v řadě) a nechutenství ke konzumaci potravin vede k ochablosti a vysoké fyzické únavě. Dlouhodobé a nadměrné užívání pervitinu vyvolává závislost. Její hlavní část je psychická, somatická část závislosti u stimulancií je nepatrná. Kromě razantního úbytku váhy a vzniku psychické závislosti uživateli hrozí vysoké zatížení kardiovaskulárního systému vedoucím až k infarktu nebo selhání srdce. Dalším závažným projevem nadužívání metamfetaminu je vyčerpání organismu, který může vyústit v kolaps, popřípadě smrt. K psychickým projevům závislosti patří úzkostné stavy, pocity sledování (např. policií), orientace na opakování banálních činností. Mezi vážné psychické problémy patří toxická psychóza, kterou provází nejčastěji halucinace a bludy. Časté jsou případy narkomanů, kteří jsou hospitalizováni v psychiatrických zařízeních. Příznaky toxické psychózy odezní často bez dalších trvalých psychotických poruch do jednoho měsíce po započetí abstinence. Osoby závislé na pervitinu jsou také náchylné k silným úzkostným atakám, které neřídka vyžadují akutní lékařský zásah pro vyloučení selhání srdce apod.<sup>17</sup> Pro sociálního pracovníka je v těchto situacích nezbytná znalost výše uvedené problematiky, z důvodu poskytnutí správné první pomoci, či přivolání rychlé lékařské péče.

Abstinenční příznaky, které provází vysazení metamfetaminu při dlouhodobém užívání, jsou hlavně vyčerpanost a celková únava organismu, vysoká míra nervozity a silné bažení (carving) po opakovaném užití látky. Odvykací stavy nejsou životu nebezpečné. Narkoman často spí několik dní, bdí a je v celkovém útlumu. Většinou konzumuje velké množství potravin. Po psychické stránce osoba závislá na pervitinu prožívá úzkostně depresivní stavy, můžou se objevit i sebevražedné myšlenky. Po několika dnech odeznívají závažné fyzické i psychické symptomy abstinence. Zmiňovaný carving nabývá na intenzitě a závislá osoba se nejčastěji uchyluje k recidivě závislého chování.<sup>18</sup>

---

<sup>16</sup> KALINA, K. a kol. *Klinická adiktologie*, s. 71.

<sup>17</sup> KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1*, s. 164.

<sup>18</sup> Tamtéž. s. 164.

### 1.1.3 Opiáty a opioidy

Hlavním znakem této skupiny návykových látek je utlumující a uklidňující efekt. Výrazným znakem je také silné navození fyzické a psychické radosti či subjektivnímu pocitu štěstí (euforie). Kategorie opiátů a opioidů dostala název podle drogy zvané opium. Opium je tradiční droga východních kultur, jež se získává zpracováním makovic. Ve šťávě z nezralých palic jsou přítomny dvě hlavní látky, a to morfium a kodein. V uměle a polouměle vytvořené podobě se používají ve zdravotnictví (metadon, buprenofin a další opioidová léčiva), a zároveň z pohledu adiktologie také zneužívají na výrobu heroinu (v ČR dříve odvozená substance Braun).<sup>19</sup>

Účinky skupiny opiátů a opioidů jsou poměrně komplikované, a proto použiji Kalinovu definici podle působení na jednotlivé typy receptorů v lidském mozku: „*Mechanismus účinku je dán vazbou látky na ovoidní receptory, které se vyskytují v celém centrálním nervovém systému (CNC). Morfinové receptory existují v několika subtypech: -  $\mu$  (mí - receptory) – mají analgetické působení, vedou k euforii, sedaci, útlumu dechového centra. Jsou nejdůležitější pro vznik závislosti. –  $\delta$  (delta – receptory) – jsou lokalizovány periferně a podílejí se na analgezi. –  $\kappa$  (kappa – receptory) – podílejí se na analgezi na míšní úrovni, vedou k sedaci a dystofii. –  $\sigma$  (sigma – receptory) – podílejí se na působení některých psychotomimetik a na dystorii způsobené opioidy.*“<sup>20</sup>

V České republice je užívání opioidů poměrně časté. Současné odhady hovoří o počtu zhruba 10 000 uživatelů, kteří spadají do kategorie závislých. Mezi nejužívanější drogu v této skupině látek patří bezesporu heroin. Ten se také řadí k nejvíce zneužívaným návykovým látkám na světě. Historie užívání heroinu v české republice začíná počátkem devadesátých let. Kolem roku 1994 užívání tohoto opioidu prudce rostlo, jednalo se hlavně o hlavní město Prahu. Během vývoje české drogové scény se heroin postupně vytrácí a ustupuje do pozadí lékařsky předepisovaným substancím, převážně buprenorfinu. Pro české prostředí je typické užívání opia z lokálně pěstovaného máku. Česká republika patří mezi významné pěstitele a vývozce máku určeného do potravinového průmyslu. Surové extrakty z máku (opium) se stávají hlavně v letních měsících zdrojem lokálně získávané drogy. Dalším tradičním českým

<sup>19</sup> KALINA, K. a kol. *Klinická adiktologie*, s. 55.

<sup>20</sup> KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1*, s. 164.

opioidem je návyková látka zvaná braun. Její název pochází z její typicky hnědé barvy. Opioidová substance braun se vyrábí z kodeinu a do poloviny devadesátých let byl nejvíce užívaným opioidem v Československu a České republice. Stejně jako heroin byl postupně vytlačen preskribčními léčivými. Opioidové léky předepisované lékaři v současnosti představují největší podíl zneužívaných návykových látek kategorie opiátů a opioidů.<sup>21</sup>

Nejčastější způsob užití u této skupiny je nitrožilní. Méně obvyklé je kouření z alobalu nebo přímá konzumace ústy. Dlouhodobé užívání způsobuje velice masivní somatickou a psychickou závislost. Ta se velice často projevuje degradací charakterových a etických vlastností, přičemž intelekt závislé osoby není zásadně poškozen. Narkoman ztrácí vůli, libido a celkový zájem o běžné smysluplné aktivity. Po psychické stránce se často objevují poruchy efektivity (depresivita), halucinace nebo bludy. Jako časté se objevují dále poruchy spánku, vyčerpání, apatie apod.<sup>22</sup>

Abstinenční příznaky nebo těž odvykací stav se u osob závislých na opiátech a opioidech projevuje již do několika hodin po poslední aplikaci drogy. Nástup příznaků přichází v různém časovém rozmezí. Určující faktor je četnost a množství užívaných drog, tedy stupeň (síla) somatické a psychické závislosti. Narkomani často popisují stav, kdy cítí silný strach a obavy z abstinčních příznaků, který ještě reálně nemůže probíhat. Sami uživatelé popisují odvykací stav na opiátech a opioidech tak, jak ho shrnul Kalina: „Zahrnují neklid, průjem, slzení, stesky na tělesné bolesti, pocení. Lze jej přirovnat k těžší chřipce. V závažnějších případech dochází ke vzestupu tělesné teploty, k úporné nespavosti, poruchám řeči, třesům, nechutenství a hydrataci.“<sup>23</sup>

## 1.2 Návykové chování

V předchozích kapitolách jsem se zabýval pojetím a klasifikací pojmu závislosti na nejčastější návykové látce. V adiktologické praxi se ovšem často setkáváme s chováním, které lze laicky označit za závislé, i když se netýká konzumace látek, jenž

---

<sup>21</sup> KALINA, K. a kol. *Klinická adiktologie*, s. 56-57.

<sup>22</sup> Tamtéž. s. 58.

<sup>23</sup> Tamtéž. s. 57.



způsobují závislost podle definic MNK-10 apod. Kategorie forem, které mají společné rysy se závislostí, se nazývají návykové chování.<sup>24</sup>

Do této kategorie spadá široká problematika patologického hráčství (Gambling), jenž MKN-10 klasifikuje jako Návykové a impulzivní poruchy. K tomuto tématu patří taktéž hráčství a sázkařství typické pro jedince, kteří jsou motivováni silným vzrušením při hraní hazardních her. Druhou silnou motivací může být v případě patologického hráčství zkreslená představa o rychlém a snadném finančním zisku, který může vyřešit například zadluženost, či materiální strádání rodiny hráče.<sup>25</sup>

Jak jsem se již zmiňoval, návykové chování má mnoho podob a týká se různých látek a činností. Kromě problematiky gamblingu je v souvislosti s tím potřeba zmínit zneužívání látek, které nevyvolávají závislost. Dle MKN- 10 spadají do kategorie F55 a jedná se hlavně o léky (různé druhy antidepresiv, léky proti bolesti, steroidy nebo například hormony). Konkrétně u analgetik hrozí vysoké riziko poškození organismu. Nadužívání (abúzus) této skupiny látek může způsobit celou řadu zdravotních komplikací vedoucích i ke smrti uživatele. Mezi nejnebezpečnější faktory patří onemocnění srdce a oběhového systému organismu.<sup>26</sup>

---

<sup>24</sup> NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*, s. 23.

<sup>25</sup> Tamtéž. s. 27.

<sup>26</sup> Tamtéž. s. 30.

## 2. ADIKTOLOGIE

V druhé kapitole s názvem Adiktologie se budu věnovat adiktologii jako vědě, její definici, stručnému vývoji na území ČR a aktuálním trendům na drogové scéně v České republice.

Pojem adiktologie je obecně chápána jako věda o závislostech. U pojmu adiktologie je v současném pojetí kladen největší důraz na její vědeckou a odbornou část. Odborně ji řadíme do zdravotnictví, kde nachází nejširší uplatnění. Při podrobnějším zkoumání však zjišťujeme, že se jedná o obor vědecky eklektický, procházející napříč mnoha teoretickými a praktickými oblastmi. Klinika adiktologie Univerzity Karlovy v Praze tento obor popisuje za pomoci následující definice: *„Adiktologie je v České republice definována jako samostatný transdisciplinární vědecký obor, který se zaměřuje na užívání návykových látek, závislostní chování a jejich dopady a souvislosti. Adiktologie spojuje biologické, psychologické, sociální a právně-kriminologické perspektivy do transdisciplinárního výzkumného rámce zaměřeného na konkrétní problematiku, jako je rizikové prostředí užívání návykových látek a závislostního chování atd.“*<sup>27</sup>

Mezi hlavní cíle, které si adiktologie klade, patří přiblížit laické populaci problematiku závislostí v její vědecké ucelenosti a odbornosti. Relevantnost výsledků, které adiktologie jako věda o závislostech přináší, mají společnosti hlavně sloužit ke zlepšování kvality zdraví, konkrétně tělesného a psychického. Mezi základní paradigma adiktologie patří také tento trend udržovat a dlouhodobě navyšovat životní úroveň. Zlepšování kvality života znamená ochrana veřejného zdraví a probíhá na více úrovních. Mezi hlavní oblasti patří vzdělávání (prevence vzniku závislostí), praktická léčba konkrétních typů závislostí (alkoholismus, látkové závislosti, nelátkové závislosti) a eliminace poškození populace závislostním chováním (Harm Reductions). Adiktologie dále sleduje a zkoumá výrobu a tzv. drogový trh. Tyto poznatky slouží k omezování konzumace drog ze strany státu a jeho represivních složek (Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, Policie ČR atd.).<sup>28</sup>

---

<sup>27</sup> Klinika adiktologie. *Adiktologie jako obor* [online]. [cit. 2018-03-20]. Dostupné na WWW: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/632/4369/Adiktologie-jako-obor>.

<sup>28</sup> KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*, s. 91.

## 2.1 Historický vývoj adiktologie na území ČR

První náznaky práce s lidmi závislími na alkoholu lze najít již koncem 19. st., kdy na území České republiky probíhaly různé svépomocné aktivity. Počátkem 20. st. začínají do problematiky závislostí vstupovat významné politické a společenské osobnosti v rámci svých přednášek, publikací či politických programů (T. G. Masaryk a další). Docházelo k vyzdvihování významu výše zmiňovaných svépomocných aktivit, jejich morální a etické hodnotě a společenské prospěšnosti.

Další významnou tradicí české adiktologie je vznik svépomocných skupin. Jejich podobu a fungování značně ovlivnila změna politického systému v poválečném Československu. Proto se vývoj svépomocných skupin stal vůči okolním státům střední Evropy odlišným. S rokem 1948 jsou spjaty dvě významné události. Vzniká sdružení Klub lidí usilujících o abstinenci a dále první odborné pracoviště v pražské nemocnici U Apolináře. Tehdejší komunistický režim v Československu konzumaci alkoholu ideologicky částečně přijímal. Z toho důvodu se v prostředí československé adiktologie odborníci zabývali hlavně problematikou a léčbou závislosti na alkoholu, podporou zmiňovaných svépomocných skupin atd. V případě drog a látkových závislostí nebyli ze strany odborníků vyvíjeny žádné aktivity směrem k předcházení závislosti a léčbě. Tento postoj vycházel z přesvědčení socialistické politiky, že tato problematika nevzniká, neexistuje, a tudíž jí není potřeba věnovat vědeckou pozornost. Svépomocné aktivity v tomto případě vznikají až počátkem 90. let.

Vývoj adiktologie je v poválečném Československu značně různorodý oproti okolním státům střední Evropy. Kromě klasických postupů, jež do středu staví abstinenci, vznikají výzkumné psychiatrické pokusy s různými halucinogeními substancemi v oblasti závislostí nebo vznik dnes proslulého uskupení SUR v 70. letech. V druhé polovině 20. st. byla znatelná větší mezinárodní spolupráce. Největší změnou však adiktologie prochází po roce 1989, kdy převrat politického systému výrazně ovlivnil protidrogovou politiku ČR a adiktologii samotnou. V 90. letech vzniká široká síť služeb, která se zabývá předcházením vzniku závislostí a společenské poškození způsobené drogami. Na základě nového přístupu v protidrogové politice slaví Česká republika mnoho úspěchů. Včasnými zásahy a opatřeními se zamezilo šíření viru HIV a žloutenky typu C mezi intravenózními (nitrožilními) uživateli na otevřené drogové scéně. Výrazný úspěch je patrný také v substituční léčbě opiátových uživatelů, kde se

podalil snížit počet úmrtí z důvodu předávkování. Za velice úspěšný také lze považovat vzdělávací a preventivní systém, který je integrovaný se školstvím a umožňuje velice efektivní primární prevenci v problematice užívání drog a alkoholu.<sup>29</sup>

## 2.2 Současné drogové trendy v ČR

Po definici adiktologie a jejího vývoje až po současnost je podle mého názoru důležité reflektovat realitu a zabývat se současnou problematikou a trendy v užívání návykových látek. Aktuálními tématy je kromě nebezpečného užívání návykových látek a jejich léčby nová problematika nelátkových závislostí a virtuálního prostoru jako nové rizikové společenské prostředí generující novou a specifickou patologii. Jako hlavní témata jsou on-line závislost, závislost na internetu, počítačových hrách, sociálních sítích atd.<sup>30</sup>

Kalina uvádí jeden z nejrozšířenějších trendů v současnosti užívání konopných drog. Tento jev se nejčastěji vyskytuje ve formě experimentování a testování psychotropních účinků u mladých lidí za účelem relaxace a tzv. rekreačního braní. Konopí a z něj získané extrakty v ČR užívá velice početná část dospívajících, přičemž tato skupina uživatelů je rizikem vzniku závislostí ohrožena více než jiné. V současnosti panuje přesvědčení, že například kouření marihuany patří k životnímu stylu dospívající a mladé generace stejně, jako tomu bylo užívání alkoholu v minulosti. Více odborníku tuto situaci popisuje jako epidemii v užívání konopných drog v České Republice.

U takzvaných tvrdých drog je patrná tendence rozšiřování drogové scény za hranice hlavního města Prahy. V tomto případě se jedná o opiáty, konkrétně o heroin. Kromě Prahy a severočeského kraje, kde má tato návyková látka pevnou a tradiční uživatelskou základnu, dochází k rozšiřování této drogy jak do ostatních velkých měst, tak zároveň i na venkov.

U pervitinu lze v posledních letech pozorovat změny ve stereotypech užívání. Na místo malých uzavřených skupin uživatelů pervitinu, kteří se centralizují kolem jednoho nejčastěji lokálního výrobce, jsou v současnosti vynahrazeny organizovanými

---

<sup>29</sup> Klinika adiktologie. *Adiktologie jako obor* [online]. [cit. 2018-03-20]. Dostupné na WWW: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/632/4369/Adiktologie-jako-obor>.

<sup>30</sup> KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup* 1, s. 25.

skupinami osob, jež se podílejí na výrobě a distribuci pervitinu. Takto organizovaný trh má tendence expandovat do zahraničí a vytváří další široké spektrum kriminality apod.

Silný nárůst a změny v užívání návykových látek probíhají také na taneční scéně. Původní prostředí tvořené převážně techno subkulturou, v dnešní době zažívá posun k zprofanování v podobě přenášení vzoru trávení volného času a užívání typických návykových látek mimo taneční scénu a její typické členy směrem dospívajícím a mladým lidem (rekreační užívání MDMA, LSD).<sup>31</sup>

---

<sup>31</sup> KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup* 1, s. 25-26.

### **3. SKUPINOVÁ PSYCHOTERAPIE**

Ve třetí kapitole Skupinová psychoterapie, se budu zabývat vymezením pojmu skupinové psychoterapie a jejímu stručnému představení a dělení. Dále se zaměřím na její historický vývoj a přiblížím rozdíl mezi skupinovou a kolektivní psychoterapií. V kapitole skupinová psychoterapie se budu zaměřovat na její cíle, přínos klientovi a pravidla. Za důležitý pojem v této části práce považuji skupinovou dynamiku, hlavně termíny tenze a koheze, kterými se budu také podrobněji věnovat.

#### **3.1 Rozdělení skupinové psychoterapie**

Skupinová psychoterapie je nedílnou součástí léčby závislostí. V současnosti se skupinová psychoterapie ubírá mnoha směry. Jejich vývoji se budu více věnovat v následující kapitole. Podrobný popis a dělení skupinové psychoterapie jsem v této kapitole nemohl z rozsahových důvodů více přiblížit. Považuji ovšem za důležité alespoň zmínit hlavní školy, metody a kategorie skupinové psychoterapie. Mezi hlavní využívané přístupy používané pro léčbu závislostí patří kognitivně-behaviorální psychoterapie, dynamická psychoterapie, humanistická psychoterapie, systemická psychoterapie, gestalt psychoterapie a další. Z terapeutických metod se při léčbě závislostí nejvíce používá nacvičování rolí, psychodrama a psychogymnastika, arteterapie, muzikoterapie, socioterapie, pracovní terapie atd. Dále můžeme dělit skupinovou psychoterapii podle dalších hledisek, jako jsou direktivní a nedirektivní, podpůrná, náhledová nebo rekonstrukční psychoterapie. Skupinová psychoterapie se dá dělit ještě podle jejího složení. Skupina může být umělá (osoby se navzájem neznají), přirozená (osoby se již znají). Skupina může být dále uzavřená (všichni členové začínají a končí stejně) nebo otevřená (členové odcházejí a přicházejí různě). Při léčbě a doléčování závislostí se skupinová psychoterapie kombinuje s její individuální formou. Hojně se využívá u všech typů léčby, tedy jak ambulantní, tak pobytové formy, kam také spadají doléčovací centra nebo terapeutické komunity. Speciální formou jsou svépomocné skupiny, které fungují bez řízení odborníků. Způsob vedení a užívané metody se liší na základě rozličných cílů a zaměření psychoterapeuta. V této kapitole se budu zabývat hlavně obecnými principy, kterými se skupinová psychoterapie řídí a funguje, společnými znaky a celkovou problematikou, která je snadněji aplikovatelná a využitelná v doléčovacích centrech pro práci sociálních pracovníků.

Kratochvíl popisuje skupinovou psychoterapii jako: „*Skupinová psychoterapie je postup, který využívá k léčebným účelům skupinovou dynamiku, tj. vztahy a interakce jak mezi členy a terapeutem, tak mezi členy navzájem. Tím se liší od individuální psychoterapie, v níž jde o vztah mezi terapeutem a jedním pacientem, tak od kolektivní či hromadné psychoterapie, ve kterých působí terapeut psychologickými prostředky na více pacientů současně, avšak nevyužívá systematicky k léčebným účelům to, co se mezi nimi děje.*“<sup>32</sup>

Skupinová psychoterapie je aktivita, která si klade velice podobné cíle jako psychoterapie individuální. V sociální a klinické oblasti má skupinová práce své nezastupitelné místo. Důležité je poukázat na efektivitu současné práce s více klienty. V běžné podobě zvládá jeden nebo dva pracovníci, kteří se podílejí na vedení skupiny, pracovat s mnoha klienty zároveň. Obecně se tedy dá hovořit o úspoře času odborníka a financí v poměru k práci s jedním klientem. Důležité je také porovnání s individuálním přístupem v psychoterapii. Zásadní rozdíl mezi individuální a skupinovou prací je vyšší počet interakcí a vztahů, které se stávají zásadním psychologickým prostředkem a obohacením oproti procesu psychoterapeutické práce jednoho odborníka s jedním klientem. Vznikající spolupůsobení a vytváření vztahů probíhá ve skupinové psychoterapii jak mezi klienty či klienty vůči sobě, tak zároveň i mezi psychoterapeuty. Takto provázaná a reagující skupina vytváří prostředí, ve kterém účastníci mohou soustředěněji naslouchat druhým, citově se podporovat a povzbuzovat ostatní členy. Proto má velký vliv při skupinové psychoterapii zpětná vazba, a to i její negativní podoba. Je více než žádané, aby účastníci skupiny poukazovali na chybné chování, postoje nebo interpretace ostatních členů skupiny. Mezi další výhodu skupinové psychoterapie bychom měli zmínit vznik prostoru, ve kterém lze snadněji nacvičovat nové způsoby chování a posilovat sociální dovednosti. Skupina, jež nabyla takovýchto kvalit a procesů, se dá označit za psychoterapeutickou a lze již hovořit o probíhající skupinové dynamice. Procesům vně psychoterapeutické skupiny, tedy skupinové dynamice, se budu podrobněji věnovat v následujících kapitolách.<sup>33</sup>

---

<sup>32</sup> KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*, s. 15.

<sup>33</sup> Tamtéž. s. 15.

### 3.2 Historický vývoj skupinové práce v psychoterapii

V druhé polovině 20. st. se práce s širším počtem osob dostává do popředí v psychoterapeutické praxi. Skupinová psychoterapie zažívá velký rozvoj i rozmach, vznikají inovativní praktické přístupy. Ze skupinové práce se stává do jisté míry i módní záležitost. Zároveň lze pozorovat, jak vzestupné užívání skupinové psychoterapie vytváří změny soudobé psychoterapeutické praxe. Konkrétně v psychiatrii dochází k určité revoluci, kterou Stanislav Kratochvíl popisuje takto: „*V rámci první revoluce Pinel roku 1793 osvobodil duševně nemocné z řetězů. Druhou revolucí byl vznik psychoterapie, kterou připravili Dubois, Bernheim a Janet a který pro svou dobu dovršil Freud. Třetí revoluci představuje vznik skupinové psychoterapie, období, kdy si psychiatrie uvědomila význam sociálního faktoru*“<sup>34</sup>.

Mezi hlavní představitele skupinové psychoterapie, kteří zásadním způsobem podnítili její vznik a vývoj, se řadí práce Jacoba L. Morena a přístup S. R. Slavsona. Velký „boom“, kterým se skupinová psychoterapie dostala do obecného popředí praxe psychoterapie, odstartoval díky vzniku takzvaných skupin setkání (Encounter groups), které nabyli v USA již výše zmíněné popularity. S rozvojem skupinové psychoterapie taktéž souvisí skupinový přístup – tzv. Transakční analýzy Erica Berneho. Mezi současně dominující směry patří integrativní či eklektické přístupy, které se snaží slučovat různé teorie a pojetí skupinové psychoterapie za cílem získat co nejvíce užitečnou praktickou využitelnost. Nejčastěji nalezneme kombinace dynamických a behaviorálních přístupů.<sup>35</sup>

### 3.3 Kolektivní psychoterapie

Během vývoje skupinové práce a jejímu rozmachu do mnoha směrů a podob, kterým jsme se věnovali v předchozí kapitole, vzniká i členění, které skupinovou činnost rozděluje na kolektivní psychoterapii a skupinovou psychoterapii. Psychoterapie kolektivní pracuje s více klienty najednou takovým způsobem, kterým bychom mohli jednat s jednotlivým klientem samostatně. Hlavní výhodou je tedy úspora času a

---

<sup>34</sup> KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*, s. 219.

<sup>35</sup> Tamtéž. s. 221 – 236.



nehomogenita členů skupiny. K tomu, aby kolektivní psychoterapie mohla efektivně fungovat, se nemusí klienti mezi sebou sbližovat a nejsou důležité vztahy ve skupině.<sup>36</sup>

Tento přístup je hojně využíván u léčby neurotických nebo závislých klientů v různých psychiatrických institucích a nazývá se racionální kolektivní psychoterapií. V tomto konkrétním případě se klientům a účastníkům skupin vysvětluje problematika psychických poruch a chování, původ obtíží, či zásady správného zacházení se sebou. V léčbě závislostí je tento přístup ještě prohlouben a hojněji využíván. Kromě edukace o problematice závislého chování získává tento přístup podobu odborných přednášek, besed a sdílených sezení. Klienti předkládají své poznatky z léčby, předčítají skupině své deníky, vypracované eseje (elaborát) nebo hovoří o svých snech. Pro práci v kolektivní psychoterapii se často používají různé pomůcky, například schémata psychických modelů, obrazce a výtvarná díla a odborně vytvořené brožury. V současnosti se používají hojně flipcharty nebo interaktivní tabule.<sup>37</sup>

V kolektivní psychoterapii se též často využívá hypnóza a pracuje se s takzvanou hypnoterapií. „*Provádění hypnotických sezení s terapeutickými sugescemi pro více pacientů současně, a kolektivní trénink (např. u autogenního tréninku, tréninku sebezprosažení aj.)*.“<sup>38</sup>

Pojem skupinová psychoterapie stojí vedle kolektivní psychoterapie jako druhý způsob, kterým lze práci s více klienty naráz uchopit. Na první pohled mohou být obě aktivity podobné. Zásadní rozlišení ovšem vytváří takzvaná skupinová dynamika, jež činí skupinovou psychoterapii specifickou v širokém spektru možností, jak se skupinou v praxi zacházet a jakých cílů dosahovat.

### **3.4 Hlavní cíle skupinové psychoterapie**

Hlavní cíle skupinové psychoterapie se obecně uvádějí jako vytvoření náhledu jednotlivce nebo skupiny na nesprávné či problematické postoje, snaha o proměnu vztahových způsobů chování, tak aby bylo co nejpřiměřenější sociálním podmínkám.

---

<sup>36</sup> KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*, s. 219.

<sup>37</sup> Tamtéž. s. 219.

<sup>38</sup> Tamtéž. s. 219.

Dále umožnit Klientům pochopit procesy skupinové dynamiky směrem k interpersonálním dějům skupiny za záměrem lepší komunikace a chování s lidmi a podporovat osobnostní rozvoj účastníků skupinové psychoterapie např. k vhodné pracovní výkonnosti nebo k vyšší životní spokojenosti.

K další cílům patří zbavit klienta příznaků choroby nacvičováním nebo přeučováním, konfrontací s interpersonálním nebo intrapsychickým konfliktem apod.<sup>39</sup>

### 3.5 Pravidla psychoterapeutické skupiny

Důležitým prvkem skupinové práce a psychoterapie jsou normy skupiny. Ke skupinovým normám řadíme veškerá psaná i nepsaná pravidla, která určují, co se považuje za vhodné a co ne. Toto pojetí pravidel má blíže k etice, kdy na skupinovou dynamiku nahlížíme v kategoriích správného či nesprávného lidského jednání. Během vzniku a prohlubování skupinové dynamiky vzniká i normativnost vycházející směrem ze skupiny, jejich členů a jejich osobnostních individualit a preferencí. Sami členové si postupně určí, co je přijatelné a co nikoliv. Účastníci skupinové psychoterapie pak přebírají určitou kontrolu nad pravidly a chodem skupinové dynamiky tak, jak to začalo být členům skupiny příjemné. Klienti se pak dostávají do pozice, kdy mohou spoluurčovat, kde je hranice správného. Vzniká tak tlak na členy skupiny, aby tyto normy přijímaly a podřizovali se jim.<sup>40</sup>

Pro skupinovou dynamiku a z ní generovaných pravidel členů skupiny stojí obrazně v protikladu norma technická či organizační: Tento soubor pravidel vychází ze strany organizace, teoretického zakotvení přístupu (dynamicky nebo nedynamicky orientovaná psychoterapie) a samotných psychoterapeutů. Do této kategorie spadají pravidla časového průběhu skupinové psychoterapie například pozdní příchod na skupinu, opuštění skupiny na WC, dřívější odchod ze skupiny, konzumace potravin a tekutin, žvýkání, způsob sezení během skupinové práce, stanovení přestávek během skupinové práce, přítomnost mobilních telefonů, stanovený sankční systém atd. Tato norma direktivního rázu směřuje od terapeutů proti normě vycházející od členů skupiny.

---

<sup>39</sup> KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*, s. 15.

<sup>40</sup> Tamtéž. s. 16.

Tímto způsobem ohraničuje skupinu pravidly a zároveň zde dochází k určitému střetu. Vzniklé napětí posiluje skupinovou dynamiku, která umocňuje procesy ve skupině.<sup>41</sup>

Ze strany psychoterapeutů vznikají vůči skupině další terapeutické normy. Mezi terapeutické normy se řadí požadavek ke členům skupiny, aby vyvíjela adekvátní aktivitu a pozornost zúčastněných, přinášení osobních témat, respektování názorů a důstojnosti druhých, dostatečnou zpětnou reflexi, orientaci na pozitivní změnu sebe a členů skupiny. Proti těmto nárokům vzniká tzv. antiterapeutická norma ze strany skupiny, která skrze ni produkuje odpor a omezuje skupinovou dynamiku. Nejčastěji se může jednat o zastírání opravdových pocitů klientů, vznik podskupin či členských koalic (skupina proti sobě, skupina proti psychoterapeutům apod.), navazování partnerských nebo sexuálních vztahů mezi klienty v rámci skupiny, agresivní chování vůči ostatním ve skupině apod.<sup>42</sup>

### **3.6 Přínos skupiny klientovi**

Jak jsem již nastínil v předchozích kapitolách, práce ve skupině přináší klientovi mnoho specifických výhod, jež potvrzují její nedílnou součást v širokém spektru praxe. Možnost a prostor určen ke sdílení vlastních zkušeností několika lidí zároveň, se v praxi ukázali jako velice přínosný. Pro mnoho klientů přináší tato možnost podělit se o své problémy značnou úlevu. Zároveň jim přináší podporu a určitou naději na změnu v jejich životě. V momentě kdy klient zjišťuje, že svým problémem netrpí pouze on, ale i další účastníci skupiny, získává pocit sebevědomí a sounáležitosti. Tato skutečnost dále posiluje klienty hovořit intenzivněji o svých problémech, protože zjišťují, že mohou důvěřovat ostatním účastníkům. Takto otevřená témata napomáhají zbytku účastníkům se dotknout i svých vlastních problémů a starostí, od kterých mohli úspěšně odvracet svou pozornost. Naopak malý krůček ve změně jednotlivého klienta ostatní klienti vnímají jako zdroj povzbuzení a inspirace. Účastník skupiny se také může pokoušet překonávat vlastní komunikační bariéry díky otevřené a důvěrné komunikaci ve skupině, které pak může aplikovat do svých vztahů mimo skupinu. Potenciál otevřené komunikace přináší do skupiny i možnost zvyšování náhledu členů skupiny na řešení problému skrze vyměňování názorů a myšlenek bez přehnané sebekontroly či

---

<sup>41</sup> KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*, s. 16.

<sup>42</sup> Tamtéž. s. 16.

ostráživosti. Celková otevřenost a důvěra, vybudovaná v rámci určité skupiny, poskytuje svým členům nácvik nových způsobů chování a osvojování nových sociálních dovedností.<sup>43</sup>

### 3.7 Skupinová dynamika

*„Skupinová dynamika je souhrn skupinového dění a skupinových interakcí. Vytvářejí jí interpersonální vztahy a interakce osobností členů skupiny spolu s existencí a činností skupiny a silami z vnějšího prostředí.“*<sup>44</sup> Do skupinové dynamiky tedy můžeme zařadit tematický cíl, vlastní pravidla, vůdčí postavení člena nebo členů, soudržnost skupiny, napětí či nervozitu. Skupinová dynamika je taktéž závislá na stáří skupiny. Oproti individuální práci s klientem získáváme díky skupinové práci, a hlavně jejímu potenciálu, posílený prostor, ve kterém se klienti setkávají s chutí a odvahou k naplňování cílů skupiny např. zlepšování vnitřních nebo vnějších podmínek svého života.<sup>45</sup>

#### 3.7.1 Koheze

Do českého jazyka se termín koheze překládá jako soudržnost nebo pospolitost. Tento jev označuje ve skupinové dynamice vůli členů k celistvosti skupiny, zájmu na její existenci a tendenci zůstat v ní. Přítomnost koheze v souboru fenoménů skupinové dynamiky je indikátor terapeutického fungování skupiny, které přímo ovlivňuje kvalitu a rychlost dosahování stanovených cílů. Fungující kohezi v rámci skupiny lze přirovnat k vybudované důvěře v individuální psychoterapii.

Při vzniku skupiny a formování skupinové dynamiky je důležité věnovat se a podporovat nárůst koheze. Rychlost a úroveň koheze závisí hlavně na osobnostních kvalitách a maladaptivních schopnostech jejich členů. Mezi základní prvky, které posilují sounáležitost skupiny, patří osobní potřeby členů a jejich adekvátní naplňování, benefity z členství ve skupině, navazování pozitivních vztahů v rámci skupiny, motivace jedince být součástí skupiny atd.

---

<sup>43</sup> KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*, s. 17.

<sup>44</sup> KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*, s. 15-16.

<sup>45</sup> Tamtéž. s. 15.

Pokud se ve skupině podaří uspokojit a vybudovat výše uvedené příklady, můžeme pak hovořit o skupině s fungující kohezí. V této skupinové dynamice nalzáme hlubší vztahy a harmonii mezi jejími členy.

Na základě takto fungující akceptaci druhých ve skupině může být vyjádřena hostilita. Termín hostilita se používá jako označení negativních a nepřátelských postojů vůči členům skupiny. Ve stabilní a funkční skupinové kohezi jsou tyto postoje možné vyjádřit konstruktivním způsobem, který je bezpečný a neagresivní. Umožňuje vyřešit situaci bez vzniku antiterapeutických jevů, konkrétně tabuizovaný konflikt jedince se členy nebo psychoterapeuty apod.<sup>46</sup>

### 3.7.2 Tenze

Pojem tenze se dá vyjádřit jako napětí či nervozitu. Tento stav vzniká při přirozeném bytí ve skupině a jeho základních interakcích se členy skupiny. Vznik tenze má jasné a logické příčiny. Souvisí s lidskými potřebami a jejich frustrací. Ve skupinové součinnosti je každý člen nucen kromě svých potřeb akceptovat potřeby ostatních členů. Musí se konfrontovat s osobnostní odlišností druhých, jejich odlišnými názory, postoji a hlavně chováním. Do této individuální různorodosti se musí jedinec přizpůsobit. Adaptace obnáší i přijetí všech norem, které ve skupině vznikají nebo jsou zavedeny. Přizpůsobení není vždy absolutní a u každého člena dochází vždy alespoň v malé míře k nesvobodě a frustraci.<sup>47</sup>

---

<sup>46</sup> KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*, s. 18.

<sup>47</sup>Tamtéž. s. 19-22.

## **4. SYSTÉM LÉČBY A PÉČE O ZÁVISLÉ OSOBY V ČR**

V kapitole Adiktologie jsem se již zabýval historickým vývojem léčby závislostí na území ČR. V této kapitole se zaměřím na vývoj systému léčby a péče o závislé osoby v České republice po roce 1989. Také se budu zabývat návazností základních složek systému, podrobněji na systémovou kvalitu a kvantitu.

### **4.1 Vývoj systému léčby a péče o závislé osoby v ČR po roce 1989**

Současný systém péče získal nynější podobu v průběhu devadesátých let. Se vznikem neziskových organizací se systém péče značně rozrůstá a dochází k prolínání zdravotnických a sociálních institucí. V počátcích devadesátých let si obě složky systému konkurovali, ovšem postupem času dochází k jasnému vymezení rolí obou složek. Z konkurence se postupně stala spolupráce a sociální sektor se změnil na partnera a doplňující součást systému léčby a péče v ČR. Ze sociálních subjektů bych rád uvedl organizace SANANIM a DROP-IN, kteří se stali průkopníky v neziskové oblasti. Pro období devadesátých let dále typické rozšiřování poskytovaných služeb. Vznikající systém se nejvíce snažil orientovat na aktuální potřeby cílové skupiny uživatelů drog na nově vzniklé a rychle se měnící drogové scéně. V těchto rychle měnících se podmínkách dobře zafungovaly neziskové organizace díky své flexibilitě. Pro toto období se také stal klíčový větší důraz na výzkum a financování léčby závislostí, přínos zahraničních metod a celkový terapeutický přístup.

V této době jsou zakládána první kontaktní centra a terénní programy, které cílí na aktivní uživatele návykových látek. Dále se zaměřují na minimalizaci škod a zprostředkovávají uživatelům možnost léčby závislostí. Dále vznikají pobytové sociální služby, a to terapeutické komunity a doléčovací centra. Zde byl kladen důraz na terapeutickou práci se závislými klienty. Spolu se sociálními organizacemi vznikají a rozšiřují se také další státní léčebná zařízení. Vývoj systému léčby a péče devadesátých let doplňují substituční metadonová centra pro léčbu uživatele opiátů a opioidů, dále se systém začal orientovat na specifické cílové skupiny mezi uživateli drog (matky

s dětmi, mladiství, osoby s duševním onemocněním atd.) V takové podobě můžeme systém léčby a péče o závislé pozorovat i v současnosti.<sup>48</sup>

## **4.2 Současná podoba systému léčby a péče o závislé osoby v ČR**

Systém léčby a péče v ČR si tedy můžeme představit, jako řadu na sebe navazujících institucí zdravotnického a sociální charakteru. Při léčbě závislostí postupují klienti nejčastěji od kontaktních center a poraden na detoxikační jednotky v ústavních léčebnách, kde je nutné překonat abstinenční příznaky. Po jednom až dvou týdenním odvykáním klienti přecházejí z detoxu do jiných oddělení léčeben nebo mohou ve své léčbě pokračovat v terapeutické komunitě. Po několika měsíční léčbě systém dále umožňuje doléčování v doléčovacích centrech či ambulantních programech následné péče. Mnoho klientů využívá různé podpůrné a svépomocné skupiny.

Současné pojetí léčby a péče o osoby závislé na návykových látkách stojí v ČR (ale také v zahraničí) na dvou klíčových faktorech. Jednoznačně se jedná o pojmy kvality a kvantity poskytovaných služeb. Pro efektivní fungování systému pomoci, někdy také označovanému jako síť adiktologické péče či služeb, je důležité zachovat obě složky v rovnováze s důrazem na jejich rovnoměrné rozvíjení, navyšování odbornosti jejich pracovníků či financování.<sup>49</sup>

## **4.3 Kvalita systému**

Pod prvním zmiňovaným klíčovým faktorem (kvalitě) se skrývají i další hodnoty. Jako vnitřní uspořádání léčebného systému, jeho celistvost s důrazem na mnohotvárnost, komplexnost – této vlastnosti se dá rozumět jako schopnost pokrývat potřeby různých specifických skupin uživatelů (mladiství, matky, různé etnické skupiny atd.), reagovat na změny v užívání drog (změna stereotypů drogové scény) a specifickým problémům, které tyto změny doprovázejí (kriminalita nebo onemocnění). Komplexnost poskytovaných služeb dále představuje množství různých typů zařízení, které mohou snadno reagovat na specifika závislých osob s ohledem na stádium jejich závislosti.

---

<sup>48</sup> KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*, . s. 155.

<sup>49</sup> Tamtéž. s. 155.

Mezi typické zařízení patří terénní práce (streetwork) a nízkoprahová kontaktní centra sloužící aktivním uživatelům k výměně injekčního materiálu (Harm Reduction materiál) a práce na motivaci ke změně směrem k abstinenci. Dalším důležitým prvkem v síti služeb jsou různá terapeutická a poradenská centra na ambulantní bázi. Stěžejní část systému jsou střednědobá léčebná zařízení. Ty mohou být částí nemocnic, převážně tedy psychiatrických, jako samostatné oddělení, nebo jako samostatné subjekty systému (léčebny závislostí). Zvláštním případem jsou zařízení dlouhodobého typu zvané terapeutické komunity, kde se závislá osoba může léčit například až po dobu jednoho roku. Velký význam v současnosti zaujímají služby následné péče a takzvaná doléčovací centra, ve kterých dochází ke zpětné socializaci osob za cílem jejich stabilizace a abstinence.

Mezi dílčí faktory kvality se též řadí provázanost či následnost, která je nedílnou součástí pojetí kvality při léčbě závislostí. Důraz na kvalitu je zde kladen hlavně na pohyb závislého skrze léčebný systém vertikálním způsobem, což v praxi znamená předávání a posun klienta od prvních intervencí při terénní nebo kontaktní práci směrem ke kvalitnímu sociálnímu a adiktologickému poradenství, dále pak k léčbě a sociální stabilizaci. Další prvek kvality provázanosti spočívá v integraci samotného systému. Jeho součástí jsou zdravotnická a sociální zařízení, která tvoří samotnou síť pomoci. Ideálně fungující systém tedy spočívá na správné spolupráci zdravotnických a sociálních organizací (nejčastěji neziskového typu). Do kvalitní spolupráce se řadí správné vedení a předávání klientské dokumentace, adekvátní komunikace při předávání klientů mezi jednotlivými složkami systému, jednotné pojetí kvality práce a její vhodná kontrola (supervize) apod.

Do složky kvality jistě patří efektivita sítě. Zjednodušeně se dá efektivita popsat jako vztah maximálního fungování léčebné sítě a péče za co nejnižší možné vynaložené finanční prostředky. Tato hodnota je monitorována a spravována direktivními nástroji, mezi které se hlavně řadí všechny varianty odborných standardů kvality, pravidelný systém akreditací všech typů zařízení a namátkovými kontrolami ze strany řídicích orgánů systémů.<sup>50</sup>

---

<sup>50</sup> KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*, s. 142.



#### 4.4 Kvantita systému

Druhý klíčový pojem je kvantitativní hodnota systému léčby a péče o závislé osoby. Tu představuje horizontální orientace struktury systému (sítě) a její vnější podoba. Mezi dílčí pojmy kvantitativního pojetí systému je jeho rozsah a dostupnost. Rozsahem se míní adekvátní četnost fungujících částí systému ve všech regionech a lokalitách tak, aby byla umožněna co nejvyšší dostupnost poskytované péče a služeb. Jedná se hlavně o rozdíl mezi velkými městy a venkovem a specifiky drogové scény v různých částech České republiky.

Při dostatečném rozsahu může být realizována adekvátní dostupnost léčby a péče o drogově závislé. Dostupnost složek systému by měla reflektovat specifika uživatelů návykových látek. Jedná se hlavně o čas a denní dobu poskytovaných služeb, umístění v dostupných částech města nebo naopak v jejich bezpečných lokalitách. Například kontaktní centrum nebo terénní služby fungují spíše v odpoledních a večerních hodinách. Mezi aktuální intervence patří noční terénní práce na různých hudebních akcích (tzv. noční terén), nejčastěji na techno a taneční scéně atd. Dostupnost by měla být pro uživatele jednodušší také v rámci geografické polohy. Poskytované služby by měli být snadno dosažitelné v rámci oblastí, kde se nejvíce vyskytuje uživatelská komunita, popřípadě v její blízkosti. Naopak služby následné péče by se měli těmto oblastem spíše vyhýbat.<sup>51</sup>

---

<sup>51</sup> KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*, s. 142.

## **5. NÁSLEDNÁ PÉČE A DOLÉČOVÁNÍ**

V páté kapitole se budu podrobně zabývat pojmy doléčování, následná péče a jejich vzájemným rozdíly. Dále se zaměřím na doléčovací centra, jejich specifika, cílovou klientelu, skupinovou psychoterapii a program, fáze a přechody klienta ze systému pomoci k vlastnímu zodpovědnému životu.

Historii následné péče a doléčování v ČR jsem popsal v minulé kapitole. Pro návaznost částí práce je důležité přiblížit rozdíl mezi léčbou závislostí a následnou péčí s doléčováním. Mezi fázemi léčby a následnou péčí je jasný rozdíl. Léčba závislosti probíhá v psychiatrických léčebnách a terapeutických komunitách, přičemž následná péče je vše, co následuje. Další hlavní rozdíl je ve změně intenzity programu léčby, většího podílu sociální práce a skupinové psychoterapie orientované na abstinenci a aktuálně vzniklé problémy.

### **5.1 Rozdělení následné péče a doléčování**

Následnou péči a doléčování jasně definuje společný cíl, a to udržení abstinence u osob, které se léčili ze závislostí na návykových látkách. Mezi dílčí cíle patří nácvik a posilování chování, které abstinenci léčeným osobám pomáhají udržet (prevence relapsu), posilování zdravého životního stylu bez návykových látek, opětovné zařazení do zdravé (neužívateľské) části společnosti a směřování ke smysluplnému životu.

V odborné literatuře pojmy následné péče a doléčování mísí a je podstatné vymezit jejich podstatu. Následná péče je více obecný termín pro intervence s klientem, který absolvoval léčbu závislosti. Sem spadá docházení do ambulantních poradenských programů, docházení na skupinová sezení vyléčených osob (anonymní alkoholici, různé pastorační služby atd.)

Doléčování znamená větší důraz směrem k posilování zdravého životního stylu, prohlubování návyků k udržení abstinence a resocializace. Doléčovací zařízení dále také nabízí možnost chráněného bydlení klientům, kteří přicházejí bezprostředně z ambulantních a pobytových druhů léčeb závislostí. Kombinace posilování abstinence

a možnost bezpečného prostředí chráněných ubytováním vytváří specifické doléčovací prostředí.<sup>52</sup>

## 5.2 Cílová skupina doléčovacího centra

Doléčovací zařízení jsou určena především osobám, které se léčí ze závislosti na návykových látkách, a to nejméně po dobu tří měsíců, kdy musí být doložena jejich abstinence od prvotní návykové látky. Nejčastějším klientem doléčovacích center následné péče jsou osoby, které absolvovali střednědobou a dlouhodobou léčbu závislosti (léčebny, terapeutické komunity). Ve výjimečných případech se může jednat o osoby, které mohou doložit čtyřměsíční abstinenci od užívané látky, na které mají závislost, ale neprošly pobytovou formou léčby své závislosti. Tyto osoby nejčastěji docházejí do různých ambulantních center, kde jsou podrobovány pravidelnému testování. Dále to mohou být osoby, které ukončují výkon trestu, ve kterém taktéž abstinovali nejméně čtyři měsíce.

Důležitým kritériem pro přijetí klienta do následné péče je jeho motivace a podíl aktivity, kterou pro udržení abstinence je klient sám schopen vynaložit a dlouhodobě vynakládat. Nedílnou součástí přechodu osob z léčby do doléčování je přijímací řízení, ve kterém je zkoumána a přehodnocována právě klientova motivace k udržení pozitivních změn, dostatečný náhled na sebe a svou závislost, cíle v osobním a pracovní rovině, úroveň práce na svých terapeutických tématech apod.<sup>53</sup>

## 5.3 Personální zajištění doléčovacích center

Doléčovací centra nebývají kapacitně velká zařízení s vysokým počtem personálu. Nejčastěji v doléčovacích centrech pracuje mezi třemi až šesti zaměstnanci. Počty se samozřejmě liší od palety poskytovaných služeb, kapacit všech programů a velikosti chráněného ubytování. Důležité pojmy jsou ovšem multidisciplinarita a odborné složení týmu. Multidisciplinární tým doléčovacích center bývá nejčastěji složen z psychologů, psychoterapeutů, adiktologů, sociálních pracovníků a režimových pracovníků. Velký důraz je kladen na vzdělání pracovníků v poradenské a psychoterapeutické oblasti, dále

---

<sup>52</sup> KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2.* s. 208.

<sup>53</sup> Tamtéž. s. 208.

v práci s modely správné prevence relapsu, dluhové a trestní problematiky. Složení týmu pracovníků částečně vychází z potřeb klientů, které ovšem není možné a paradoxně ani žádoucí plně sytit. Z ekonomických důvodů nelze v doléčovacích centrech zaměstnávat např. odborně vzdělaný zdravotnický personál. Typickým příkladem specialisty je psychiatr, lékař a další odborníci, kteří patří k externím spolupracovníkům doléčovacích center. Klienty vyšetřují a nabírají přednostně, ovšem nejsou stálými zaměstnanci. Další důvod spočívá v uschopňování klientů, kteří jsou nuceni další odborníky vyhledat a spolupracovat s nimi v rámci aktivního začleňování do společnosti mimo prostory doléčovacího centra. Zvláštním případem je ještě zapojování do programu doléčovacích center tzv. ex-users (bývalí uživatelé). Označení bývalý uživatel znamená člověk, který v minulosti užíval návykové látky a nyní samovolně či po léčbě dlouhodobě abstinuje a jeho životní situace je z pohledu dlouhodobé perspektivy stabilní. Ex-users mohou docházet na skupinový program, účastnit se volnočasových aktivit apod. Jejich hlavní úkol v procesu doléčování je motivace aktuálních klientů vlastními pozitivními výsledky v životě, zprostředkování jedinečných zkušeností a laickým pohledem na léčebné a doléčovací procesy.<sup>54</sup>

#### **5.4 Program doléčovacích center**

K hlavním složkám programu doléčovacího centra patří jednoznačně psychoterapeutické aktivity, edukace směrem k prevenci relapsu, intervence sociální práce, hledání adekvátního zaměstnání a rekvalifikace, aktivita ve volnočasových aktivitách atd.

Psychoterapeutické aktivity probíhají vždy individuální a skupinovou formou. Některá doléčovací centra poskytují také párovou a rodinou psychoterapii. Důležitost psychoterapeutického přístupu ke klientům má několik vážných důvodů. V anamnestických spisech klientů, kteří za sebou mají dlouholeté užívání návykových látek, nalezneme různé traumatické události (smrt blízké osoby, znásilnění, týrání, šikana apod.), silné patologické vlivy z výchovy a dětství (např. neúplná nebo dysfunkční rodina), poruchy osobnosti, které se při abstinenci výrazně projevují nebo obecně psychické poruchy způsobené dlouhodobým a nadměrným konzumováním drog. Kromě širokého spektra psychoterapeutických témat mohou vznikat témata nová, která

---

<sup>54</sup> KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*, s. 208-209.

generují nový životní styl bez návykových látek. Nejčastěji se jedná o navazování partnerských vztahů, stres, craving, obavy z budoucnosti, absence smyslu života, nuda atd. Pro příslušného pracovníka je ovšem důležité ctít primární úkol doléčovacího centra a tedy psychotherapeutickou aktivitu směřovat k abstinenci. Není povinnost ani nutnost otevírat nebo znovuotevírat traumatické události, popřípadě řešit vše, ideálně hned a co nejrychleji. Špatnou praxí tedy může být otevírání traumatického zážitku v novém terapeutickém prostředí a vztahu, řešit ochablé vztahy s rodinou, věnovat se psychickým poruchám atd. Dobrou praxí v psychotherapeutickém přístupu jsou zásahy nikoli hluboké a orientované na osobnost, spíše povrchní a podpůrné směrem k udržení abstinence a celkové životní stabilitě. Žádoucí je také správné načasování při vstupu do témat vzhledem ke klientově aktuální stabilitě, emocionálnímu rozložení atd.

Slovní spojení prevence relapsu označuje soubor aktivit, které mají klientovi sloužit ke zvládnutí bažení, krizových situací a budování zdravého životního stylu v abstinenci. Dále se jedná o zvyšování sebekontroly u abstinujícího klienta do takové míry, aby riziko recidivy (relapsu) vznikalo co v nejnižší míře.

Sociální práce má v programu doléčovacího centra své nezastupitelné místo. Adiktologický klient často po dobu svého užívání drog způsobil mnoho protiprávních deliktů, byl odsouzen k výkonu trestu, svým závislým chováním si přivodil mnoho vysokých dluhů, má záznamy v trestním rejstříku, je pod dohledem probační a mediační služby, chce se evidovat na pracovním úřadě nebo potřebuje využít podpory dávek hmotné nouze. Z těchto a jistě mnoho dalších důvodů by již měl být sociální pracovník stabilním členem týmu doléčovacích center. Klient má již možnost řešit všechny výše uvedené problémy v rámci svého doléčování s odborníkem sociální problematiky. Tento multidisciplinární posun odlehčil práci psychotherapeutům a jiným odborníkům v týmu doléčovacího centra od intervencí, které nespádají do jejich odborných kompetencí.

Velice důležitou složkou doléčování je pro klienty nalezení vhodného zaměstnání. Klienti se často potýkají s finančními problémy a mnohdy do doléčovacího centra přicházejí jen s minimální našetřenou částkou. Dále klienti platí různé pohledávky s měsíčním splátkovým rozmezím, platí výživné atd. Z těchto důvodů je nezbytné zajistit si stálý a co možná nejvyšší finanční příjem. Problémy často bývají se záznamy v rejstříku trestů, které v mnoha případech znemožňují nalezení kvalitního a dobře placeného zaměstnání. Dalším problémem u hledání zaměstnání jsou malé

pracovní zkušenosti nebo pracovní návyky bývalých uživatelů drog. Problém, který se také v poslední době objevuje je práce ve hlučných nebo stresujících výrobních podmínkách, vícesměnný nebo nepřetržitý provoz.

Pro zdravou existenci abstinujících klientů je zásadní smysluplné trávení volného času, sportování a osobní záliby klienta. Mnoho doléčovacích zařízení má povinné volnočasové aktivity v rámci programu a poskytuje tak klientům podporu a inspiraci pro trávení volného času. Mnoho abstinujících klientů se často uchyluje ke sportu, nejčastěji k jízdě na kole, plavání, posilování apod. U intelektuálně založených klientů můžeme pozorovat zvýšený zájem o četbu literatury, navštěvování kulturních a uměleckých akcí nebo tendence k dokončení vzdělání či rekvalifikacím.<sup>55</sup>

### **5.5 Fáze a délka doléčování**

Fáze doléčování bývají nejčastěji tři. Přičemž hlavní úkol tkví v postupném rozvolňování pravidel a četnosti programu, tak aby byl klient schopen samovolně opustit doléčovací zařízení a žil na základě svého odpovědného jednání v abstinenci.

V první fázi se klient musí účastnit všech aktivit programu, které bývají každý týden, nejčastěji. Spadají tam skupinové a volnočasové aktivity, individuální konzultace, práce na sociálních tématech, výpomoc při správě budovy doléčovacího centra atd. Ve vyšších fázích se program rozvolňuje a ubývá skupinových aktivit. Klient přecházející do následné ambulantní části programu, navštěvuje skupinové i individuální aktivity například s týdenní prodlevou. Fáze doléčování se také týkají času, kdy se určí, do kolika hodin se musí dostavit klient do doléčovacího centra a jak často a na kolik dnů může klient opustit zařízení na výjezd.

Délka doléčovacích programů se napříč různými zařízeními liší. Nejčastější model je půlroční měsíční pobyt v chráněném bydlení, a pak dalších několik (zde je počet měsíců zcela individuální dle případu klienta) měsíců ambulantní následná forma programu. Existují ovšem výjimky. Pokud doléčovací centra poskytují své služby specifickým skupinám klientů (matka s dítětem, duální klient, tělesně postižený klient atd.) V těchto případech bývá celková délka prodloužena až na 1,5 roku. Znevýhodněné osoby mají větší problém hledat adekvátní pracovní pozici, často se také

---

<sup>55</sup> KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*, s. 209-210.

potýkají s problémy v oblasti hledání bydlení. Obecně ovšem platí princip sloučení klientovi zakázky a rozhodnutí týmu doléčovacího centra o adekvátní délce procesu doléčování a následné péče. Klienti doléčovacích center mají tendence jak k nadužívání služeb a programu, tak zároveň jeho opuštění v kratší době. Sklony k prodlužování délky programu mají klienti, kteří řeší mnoho terapeutických zakázek, nebo mají rozpracované velké osobní téma (často traumatického charakteru). Další důvod pro delší setrvání v doléčovacím centru mohou být obavy z budoucnosti nebo z obecného zvládnání běžného života jeho každodenních problémů. Zřídka se můžeme setkat s fixací na terapeuta, komunitu klientů doléčovacího zařízení nebo sociální služby jako takové. Opačná varianta, kdy klienti mají snahu doléčovací program opustit dříve, může signalizovat nejčastěji dvě situace. První situace platí u stabilních, silně motivovaných a málo komplikovaných případů klientů (netrpí psychickými poruchami z nadužívání drog, mají fungující rodinné vztahy, mají zažitá zdravé životní návyky již z doby před užíváním návykových látek apod.). U této části klientely není příliš důležité prodlužovat dobu doléčování a skrze dlouhou účast ji v programu držet od samostatného života. Druhou variantou jsou klienti, kteří oplývají přehnaným sebevědomím, mají skreslené představy o svých možnostech, kompetencích, silách, zvládnání bažení a často mívají velice chybný náhled na svou celkovou životní situaci. V ojedinělých případech motivují klienty k předčasnému odchodu tzv. skryté chutě. Ty se odehrávají na nevědomé úrovni psychiky klienta, na základě kterých pak jedná iracionálně nebo impulzivně v kontextu opuštění doléčovacího zařízení či systému podpory.<sup>56</sup>

## 5.6 Ukončení doléčování

Jak jsem již psal v předešlé kapitole, správná doba ukončení doléčování je u každého klienta různá a podléhá shodě mezi klientem a týmem doléčovacího zařízení. Za nejdůležitější hodnoty, které by si měl doléčený klient odnést z doléčovacího centra a celého spektra léčebného systému, patří hlavně náhled na svou aktuální životní situaci (kvalitní reflexe tady a teď) a její indikovatelná rizika. K dalším důležitým kompetencím patří schopnost sebekontroly při bažení a naučené postupy, jak jej

---

<sup>56</sup> KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*, s. 210-211.

překonat. V poslední řadě také umění být citlivý k sobě, svému životu a respektovat diagnózu závislostí se všemi těžkostmi, které přináší.<sup>57</sup>

---

<sup>57</sup> KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*, s. 211-212.



## **6. SKUPINOVÉ AKTIVITY A SOCIÁLNÍ PRÁCE V DOLÉČOVACÍM CENTRUM V BRNĚ**

V předposlední šesté kapitole se budu zabývat konkrétním sociálním zařízením a jeho stěžejními skupinovými aktivitami. Podrobně představím ranní plánovací komunitu, komunitní a dynamickou skupinu, tematickou skupinu prevence relapsu, klub a poskytovanou sociální práci. Na základě přiblížených činností provedu v poslední kapitole kritickou reflexi.

Doléčovací centrum v Brně, které funguje v rámci sociální neziskové organizace Podané ruce o.p.s., datuje svůj vznik k roku 1999. Sídlí v Brně – Řečkovících, v bývalých prostorech základní školy. Chráněné bydlení je součástí doléčovacího centra. V budově dále sídlí centrum preventivních programů a ordinace psychiatra Mudr. Ronalda Marka. Zařízení má aktuálně šest zaměstnanců. Tým pracuje pod dohledem supervizorů Daniela Kouckého a Jana Roubala.

### **6.1 Ranní plánovací komunita**

Základní a nejčastější skupinovou prací je ranní plánovací komunita. Ranní komunita spočívá v každodenním setkání všech přítomných klientů v 8:45 ve společenské místnosti vždy s jedním členem týmu, který ranní plánovací komunitu vede a zaznamenává sdílené informace. Cílem tohoto setkání je kontrola emocionálního rozpoložení přítomných klientů a určení plánu na nadcházející den. V pátek klienti sdělují své plány na víkend, včetně plánu a harmonogramu výjezdu mimo prostory doléčovacího centra.

### **6.2 Komunitní a dynamická skupina**

Každé pondělí od 18:00 do 20:00 probíhá komunitní a dynamická skupina. Nejčastěji ho vedou dva členové týmu a to v pozicích vedoucí terapeut a ko-terapeut. Této skupinové činnosti se musejí účastnit všichni klienti doléčovacího centra. Omluva je možná pouze u klientů, kteří jsou v práci na odpolední směně nebo na nemocenské dovolené. Aktivita je rozdělena do dvou částí, přičemž v první klienti odpovídají na otázky typu: jak se aktuálně cítím, jaké mám starosti, jak u sebe vnímám chuť, úzkosti a nálady, jaký mám spánek apod. Klienti musejí také nadefinovat vlastní aktuální

terapeutické téma, které by v druhé části skupiny chtěli řešit. Mezi dynamickou částí si přítomní terapeuti vyberou dle závažnosti jedno nebo více témat, které pak ve skupině otevrou. Vždy záleží na časové náročnosti téma. Práce se skupinou se orientuje hlavně na její dynamiku a psychoterapeutické cíle v rámci vybraného téma. Nejčastěji se jedná o dílčí témata psychoterapeutických procesů zúčastněných klientů v rámci jejich doléčování.

### **6.3 Tematická skupina prevence relapsu**

Každý čtvrtek se koná od 18:00 do 20:00 tematická skupina prevence relapsu. Spolu s komunitní a dynamickou skupinou jsou tyto dvě varianty nejdůležitějšími skupinovými složkami programu doléčovacího centra. Pro tuto skupinu platí stejná pravidla a je stejně personálně zajištěna jako komunitní a dynamická. Hlavní rozdíl je ve strukturovanosti jejího vedení a menšího důrazu na skupinovou dynamiku. Tematická skupina prevence relapsu je určena pro témata spojená s držením abstinence, chutěmi, krizovými situacemi, zvládáním stresu, posilováním motivace a mnohé další. Klienti mohou přinést vlastní téma z této problematiky nebo téma přinášejí terapeuti a moduly prevence relapsu aplikují na konkrétní situace klientů. V takovém případě je skupinová práce více strukturovaná. Celkový ráz tematické skupiny prevence relapsu je edukativní, nácvikový a podpůrný.

### **6.4 Klub**

Poslední skupinová aktivita se jmenuje Klub. Tuto aktivitu vede socioterapeut a koná se nejčastěji každou středu od 18:00 do 20:00. Klubu se musejí opět účastnit všichni nepracující a zdraví klienti. Princip této činnosti je zaměřený na smysluplné trávení volného času. Vedoucí pracovník klubu představuje klientům různé sportovní, společenské a kulturní aktivity, kterých se klienti pravidelně účastní. Může to být běh, jízda na kole nebo kolečkových bruslích, společná návštěva kina, hudebních koncertů apod. Organizace Klubu se po týdnu střídá mezi vedoucím pracovníkem a vybraným klientem.

## 6.5 Sociální práce

Závěrečnou a nezbytnou složkou programu doléčovacího centra v Brně je poskytovaná sociální práce. Intervence sociální práce personálně zajišťují dva sociální pracovníci. Od roku 2018 začal fungovat nový projekt komplexní péče podporou sociální práce v doléčovacím centru v Brně. Klienti tak mohou řešit svoje veškeré sociální problémy s vyhrazenými pracovníky. Nejčastěji se jedná o řešení dluhové situace klientů směrem k oddlužení a insolvenčnímu řízení, registrace na úřadě práce, zprostředkování dávek hmotné nouze, hledání zaměstnání a kariérní poradenství, zvyšování počítačové a finanční gramotnosti, vedení finančního deníku, podpora při šetření financí na vlastní bydlení, hledání vlastního bydlení, příprava na dokončení přerušného studia atd.<sup>58</sup>

---

<sup>58</sup> KLEIN, P. a kol. *Doléčovací centrum v Brně*, s. 7-10.

## **7. REFLEXE**

Jak jsem již zmínil, v poslední části provedu kritickou reflexi skupinových aktivit programu, sociální práce a vlastní náplně práce sociálního pracovníka. Jako poslední bod reflexe budou plánované změny pro rok 2018.

### **7.1 Skupinové aktivity programu**

Skupinové aktivity programu doléčovacího centra jsou nosným prvkem celého procesu doléčování. Jejich podoba a kvalita má zásadní dopad na průběh doléčování a měla by být jasnou profesionální výzvou na klientovu snahu o změnu.

Ranní plánovací komunita je skvělý nástroj, jak být s klienty v kontaktu, mluvit o jejich plánech a povinnostech, nabízet jim případnou pomoc nebo podporu, ale také je kontrolovat. Často se stává, že klienti předchozí den na skupině otevřeli nebo probírali nějaké téma, které je nějak ohrožuje, a mohou zažívat bažení nebo jsou ve špatném emocionálním rozpoložení. Také pracovník zjišťuje, v jakém stavu přijel klient z výjezdu, zda nedošlo k užití drogy, zda se mu něco neděje. V těchto případech může personál okamžitě reagovat např. krizovou intervencí, klienta otestovat na přítomnost drog v moči, poskytnout mu prostor pro konzultaci nebo začít jakoukoliv intervencí. Další význam ranního setkání je nutit klienty k plánování dne, pokud mají volno nebo před plánovaným odjezdem na výjezd z centra. Pracovník kontroluje plán a úroveň jeho promyšlení tak, aby klienti neměli možnost nadměrné zahálky a většinu volného času trávili pasivně. Důležité je dbát na smysluplnost a přínos vykonávaných aktivit. Kromě kontroly činnosti je potřeba se s klienty bavit o plánech z pohledu prevence relapsu. Upozorňovat na rizika jejich plánů, nedomyšlenost nebo nízký náhled na situace, které chtějí absolvovat. Nejčastěji se jedná o kontakt s rizikovými situacemi, výjezd do rizikového prostředí atd. Ranní plánovací komunitu provádějí všichni pracovníci včetně sociálních pracovníků. Pokud nastanou krizové situace, o kterých jsem psal výše, sociální pracovník musí situaci a problém vhodně vyhodnotit a rozhodnout se pro správné řešení. Pokud problematika není v jeho kompetenci, předává klienta odborným pracovníkům zařízení.

Komunitní a dynamická skupina se orientuje hlavně na psychoterapeutická témata, prožívání klientů, více pracuje s dlouhodobými procesy v doléčování. Myslím

si, že je velice přínosné kombinovat hodnotící část s psychodynamickou. Klienti se mohou o svých aktuálních problémech a tématech rozmluvit skrze dílčí zadané otázky a také si sami zodpovědně určit, co by na této skupině označili za své téma. Tato varianta je také vhodná, pokud by se nikdo z přítomných klientů nechtěl téma chopit. Často se to děje ve spojení s nějakou zatajovanou informací, problémem či překročení pravidel. Pokud se skupina dostane do určitého odporu a nechce spolupracovat, přítomní terapeuti si mohou snadno spojit, čeho se odpor týká na základě informací z komunitní části a téma na skupině udělit klientovi, kterého pak sami určí. Jako nevýhodu spatřuji v nízké míře uzavřenosti skupiny. Pro dobrý dynamický chod skupiny je potřeba, aby se klienti více znali, účastnili se pravidelně co nejvíce společných setkání. V praxi je složení ovšem různé, do skupin docházejí klienti z ambulantního programu, do doléčovacího centra nastupují noví klienti, a celkově je skupina nestálým prostředím co se týče zúčastňovaných osob. Sociální pracovníci se také účastní této skupiny. V komunitní části provádějí zápis účasti, dále zaznamenávají popisované informace a vybrané téma klientů. V dynamické části pouze doplňují práci vedoucího skupiny, pokládají doplňující otázky a doptávají se.

Tematická skupina prevence relapsu je pro klienty ideálním prostorem pro práci s udržováním a posilováním své abstinence. Spadá do ní mnoho témat z různých fází doléčování. Za největší přednost skupiny považuji možnost zpětné vazby v rámci skupiny, sdílení zkušeností a případné debaty o tom, co je vhodné, které jednání se v praxi neosvědčilo a jaké vede k jasnému návrat k užívání návykových látek. Při této skupinové činnosti jsou velice důležité zkušenosti klientů s užíváním. Jednoduše starší a zkušenější klienti mohou předávat zkušenosti mladším a méně zdatným klientům. Velký význam má také opakovaná recidiva a počet léčeb, které klienti absolvovali. Při opakovaných pokusech o léčbu mají starší klienti mnoho zkušeností s podceněním své závislosti, podceněním svých limitů a sil, riskováním s užíváním lehkých drog a mnoho dalšího. Tematickou skupinu je ideální doplnit ex-userem. Bývalý uživatel, který dlouhodobě abstínuje, může přinášet do skupiny své „know how“ jak úspěšně abstinovat, co mu pomohlo a na co se nejvíce soustředit. Jeho autentické zkušenosti mají vysoce terapeutický potenciál. Velkou výhodou se může stát, pokud ve skupině také figuruje ex-user pracovník nebo psychoterapeut. Ve složení skupiny krátkodobě abstinujících klientů, dlouhodobě abstinujícího bývalého uživatele a terapeuta se zkušenostmi s užíváním návykových látek vzniká skupinové prostředí, které je vysoce

efektivní pro přípravu dalších dlouhodobě abstinujících klientů. Naopak za velkou nevýhodu tematické skupiny prevence relapsu považují právě různé fáze doléčování klientů. Pokud do doléčovacího centra nastoupí několik nových klientů, chtějí nejčastěji řešit témata, která jsou pro ně důležitá. Ostatní klienti, kteří jsou v programu delší dobu již často o „nástupní“ témata nemají zájem. Nejčastěji se jedná o témata typu: jsem v novém městě a nikoho tu neznám, jak mám o své závislosti mluvit v práci, mám strach, jak všechno budu zvládat, co když mi někdo nabídne na ulici marihuanu atd. Služebně starší klienti raději řeší jak více šetřit na vlastní bydlení a jak jej nalézt, partnerské problémy, jak více vydělávat, aby mohli efektivněji splácet své dluhy apod. Této skupiny se také účastní sociální pracovníci. V tematické skupině mají větší prostor pro vedení skupiny, jelikož zde zaznívá více sociálních témat. Oproti dynamické skupině je zde sociální pracovník nalezne odbornější uplatnění.

Poslední skupinová aktivita je Klub, který podporuje klienty ve smysluplném trávení volného času. V první řadě musím ocenit samotnou existenci klubu v programu doléčovacího centra. Jak jsem již popisoval v předešlých kapitolách, trávení volného času je velice podstatná část stability abstinujících klientů. Proto považují za důležité nabízet klientům aktivní podporu ve zkoušení nových možností trávení volného času. Za velice důležité považují vedení Klubu pracovníkem, který se věnuje mnoha sportům na vrcholové úrovni, zná správné zásady a techniky mnoha sportovních aktivit a dále má dobrý přehled o kulturních a společenských akcích v Brně. I v této kategorii má být klient podporován profesionálně, a to adekvátně vzdělaným a proškoleným pracovníkem. Tuto aktivitu také může vést sociální pracovník. U klubu jsou odborné nároky minimální, a proto s vedením nevznikají žádné komplikace.

## **7.2 Sociální práce**

V Doléčovacím centru v Brně jsem zaměstnán jako sociální pracovník. Rád bych popsal dvě formy, kterými se dá sociální práce poskytovat. Od roku 2018 se v organizaci Podané ruce o.p.s. zaváděl projekt Komplexní poskytování služeb pro drogově závislé na území Brna formou odborného sociálního poradenství (KPSVL). Na základě tohoto projektu vznikly v doléčovacím centru dvě nová pracovní místa pro sociální pracovníky. Do roku 2018 sociální práci prováděl veškerý personál, bez ohledu na vzdělání pracovníků. V praxi to vypadalo, že problémy na sociální rovině řešili s klienty

jejich garanti, kteří jsou psychologové. U komplikovanějších případů byli klienti odkazováni na kolegy nebo kolegyně v organizaci nebo předávání jiným sociálním službám. Tento koncept je velice problematický hned ve dvou zásadních bodech. Psycholog nemá adekvátní vzdělání vzhledem k sociální problematice a hlavně tyto intervence pracovníci vykonávali během času, který je vyhrazen pro poradensko - terapeutickou činnost. Druhý zásadní problém je při odkazování na jiné sociální služby v tom, že nevíme, kdo konkrétně bude do případu klienta vstupovat, jakým způsobem s klientem bude pracovat apod. Se vznikem dvou pracovních míst pro sociální pracovníky tyto služby zůstaly pod jednou střechou, v rámci jednotných týmových porad, intervizí a supervizí. Na základě tohoto konceptu, který začal v doléčovacím centru fungovat od ledna 2018, tak klient dostává maximální péči zajištěnou multidisciplinárním týmem. V rámci sociální práce můžeme lépe pracovat s určitým načasováním s ohledem na fázi klienta v doléčování. Klientovy zakázky jsou více pod kontrolou celého zařízení, což umožňuje citlivější, individuálnější a efektivnější přístup k řešení klientových problémů v rámci celého doléčovacího a resocializačního procesu. Mezi nejčastější intervence patří dluhová problematika. Téměř každý klient je zadlužený nebo je na něj uvalena exekuce. Další častá sociální témata bývají finance a jejich šetření, hledání práce, hledání bydlení, dokončování vzdělání (nejčastěji výučních listů a maturitních zkoušek), osvojování dětí do péče atd.

V rámci sociální práce se budou do budoucna služby rozšiřovat pro více ambulantních uživatelů, matky s dětmi a klienty s duální diagnózou. Specifická klientela jistě přinese vlastní odbornou sociální problematiku, kterou personál Doléčovacího centra bude muset akceptovat a vhodně řešit. V roce 2018 je plánovaná spolupráce s Potravinovou bankou jihomoravského kraje. Od této spolupráce si slibují podporu klientů formou dotovaných krátkodobých a dlouhodobých potravin. Největší přínos předpokládám pro předlužené klienty, matky s dětmi a všech klientů, kteří nastupují do chráněného bydlení. Zmíněné skupiny klientů bojují s nízkým finančním rozpočtem a základní potraviny nakupují na úkor realizace ve volnočasových aktivitách a podpory zdravých vztahů (např. permanentní vstupenka do posilovny, vzdálená cesta k rodině).

## ZÁVĚR

V mé bakalářské práci jsem se věnoval skupinové psychoterapii s adiktologickými klienty v Doléčovacím centru v Brně. Teoretická část mé práce je nezbytným prvkem pro zorientování se ve zkoumané problematice. Teorie je důležitá především pro přiblížení kontextu a lepšímu porozumění následné reflexe. Pro mou práci bylo nezbytné vytyčit a charakterizovat téma závislosti a skupinové psychoterapie, abych mohl následně provést kritickou reflexi v polední kapitole své práce.

Zde jsem kriticky hodnotil skupinové aktivity a sociální práci v konkrétním doléčovacím centru na základě poznatků z předchozích kapitol, vlastních znalostí a zkušeností odborné praxe v adiktologických sociálních službách a nabytých poznatků a dovedností ze studia Sociální a charitativní práce na Teologické fakultě Jihočeské univerzity. V reflexivní části své bakalářské práce jsem prokazoval integraci výše uvedených zdrojů, které považuji za nosné prvky odborné stránky této práce. Takto sjednocené odborné kompetence mi posloužily hodnotit a posuzovat skutečnou podobu a procesy v poskytovaných službách doléčovacího centra v Brně. Takto nabytá optika mi dále umožnila přehodnotit kvalitu a kvantitu poskytovaných služeb nebo jejich silné a slabé stránky.

Reflexivní činnost neprobíhala pouze v poslední části práce, kdy jsem posuzoval Doléčovací centrum v Brně, ale v rámci všech předcházejících kapitol a jejich primárních obsahů. Takto ambivalentně reflektované poznatky jsem vztahoval k práci sociálního pracovníka, na jehož místě v tomto zařízení působím.

Hlavní závěr práce, který přinesla reflexe je diskutované téma o účasti sociálních pracovníků ve skupinové psychoterapii. Z personálních důvodů se musejí sociální pracovníci účastnit skupinové psychoterapie, aby skupiny vždy vedli dva pracovníci. Jejich vzdělání ovšem neodpovídá nárokům, jež na ně klade práce s psychoterapeutickou skupinou. Sociální pracovníci ovšem obohacují vedení skupinové psychoterapie, pokud dochází k řešení témat vycházející nebo týkající se sociální problematiky.

Mezi další výsledky práce rozhodně patří skutečnost, že znalosti odborné problematiky závislostí, skupinové psychoterapie a sítě poskytované léčby a péče jsou nutnými předpoklady pro odbornou kompetentnost výkonu sociálního pracovníka



v tomto typu sociálního zařízení. Ačkoli tyto tematické kategorie nespádají do standardního vzdělání sociálního pracovníka, je potřeba se v nich dále profesionálně rozvíjet. Jako možné řešení se nabízí řada odborně akreditovaných kurzů problematiky závislostí, prevence relapsu užívání návykových látek či dalších edukativních aktivit v kontextu cílové skupiny uživatelů drog. Dále se nabízí možnost vzdělávání v psychoterapii, které je pro sociálního pracovníka velkou profesní hodnotou a rozšiřuje jeho odborné kompetence. V doléčovacích centrech a podobných zařízeních je tento důraz na vzdělávání sociálních pracovníků častý, jelikož je velice přínosný pro kvalitu poskytovaných služeb v její komplexnosti.

Pojem komplexnost služeb a jejich kvalita je patrná hlavně v multidisciplinarity týmu. Důležitým poznatkem je již nutnost a nezbytnost samotné existence samostatně pracujícího sociálního pracovníka, který se výhradně orientuje na problematiku v sociální oblasti klientů. Takto obohacený tým umožňuje intenzivnější a odbornější práci na klientově sociálním případě, efektivní organizaci intervencí jednotlivých odborníků týmu, která spadá pod jednotné intervizní a supervizní řízení. Takto uchopená práce na případě klienta je transparentní, manažersky kontrolovatelná a maximalizuje se její účinnost.

Východisko uvedených poznatků může posloužit jako inspirace pro studenty sociální práce a začínající pracovníky doléčovacích center a následných péčí. Výsledky práce mohou také oslovit vedoucí a manažerské pracovníky v adiktologických sociálních službách v otázce rozšíření pracovních týmů o pozice interních sociálních pracovníků, popřípadě více podporovat jejich dodatečné vzdělávání a odborný rozvoj.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Knižní publikace:

COREY, G. a kol. *Techniky a přístupy ve skupinové psychoterapii*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-160-3.

HARTL, P. *Psychologický slovník*. Praha: Budka, 1993. ISBN 80-90 15 49-0-5.

KALINA, K. a kol. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.

KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6

KALINA, K. a kol. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4361-5.

KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*. 3. dopl. vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-347-8.

KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 5. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-122-0.

MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-502-8.

MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0211-0.

NEŠPOR, K. *Jak překonat hazard: prevence, krátká intervence a léčba*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0009-3.

NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4. aktualiz. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8.

NEŠPOR, K. *Sebeovládání: stres, rizikové emoce a bažení lze zvládat!*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0482-4.

VÁGNEROVÁ, M. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2003. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0253-3.

YALOM, I. D. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-304-8.

#### Internetové zdroje:

Klinika adiktologie. *Adiktologie jako obor* [online]. Praha: Univerzita Karlova v Praze. Posl. úpravy 16. 11. 2013 [cit. 2018-03-20]. Dostupné na WWW: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/632/4369/Adiktologie-jako-obor>.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (F10–F19)* [online]. Praha: ÚZIS ČR. Posl. úpravy 3. 7. 2018 [cit. 2018-03-20]. Dostupné na WWW: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>.

Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. Posl. úpravy 1. 10. 2017 [cit. 2018-03-20]. Dostupné na WWW: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.

#### Nepublikované texty:

KLEIN, P. a kol. *Doléčovací centrum v Brně*. Brno: Společnost Podané ruce o.p.s., 2016. Operační manuál.

## ABSTRAKT

BÍLÝ, O. *Adiktologický klient ve skupinové psychoterapii*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Teologická fakulta, Katedra etiky, psychologie a charitativní práce, Bakalářská práce, 2018. Vedoucí práce A. Pikhartová.

### Klíčová slova:

závislost, drogy, skupinová psychoterapie, adiktologie, doléčovací centrum, poskytované služby, sociální pracovník, reflexe.

Teoretická bakalářská práce se primárně zabývá adiktologickými klienty ve skupinové psychoterapii s důrazem na doléčování a následnou péči z pohledu sociálního pracovníka působícího v Doléčovacím centru v Brně. Práce je rozdělena do sedmi hlavních kapitol, jež se zabývá závislostí, skupinovou psychoterapií, adiktologií, následnou péčí a doléčováním, Doléčovacím centrem v Brně a reflexí. V poslední části práce dochází ke kritickému zhodnocení a porovnání výše zmiňovaných teoretických poznatků s konkrétní praxí poskytovaných služeb Doléčovacího centra v Brně a vlastních praktických zkušeností. Hlavním východiskem této práce je význam sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu a nároky na jeho specializaci.

## **ABSTRACT**

### **Key words:**

addiction, drugs, group psychotherapy, addictology, aftercare centre, provided services, social worker, reflection.

The theoretical bachelor thesis deals primarily with addictological clients in group psychotherapy with an emphasis on aftercare and aftercare from the perspective of a social worker working at the Aftercare centre in Brno. The thesis is divided into seven main chapters dealing with addiction, group psychotherapy, addictology, follow-up care and aftertreatment, Aftercare centre in Brno and reflection. In the last part of the thesis there is a critical evaluation and comparison of the above mentioned theoretical knowledge with the specific practice of the services provided by the Aftercare centre in Brno and own practical experience. The main starting point of this work is the importance of a social worker in a multidisciplinary team and the demands of his/her specialization.