

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH
BUDĚJOVICÍCH**

**Pedagogická fakulta
ATELIÉR ARTETERAPIE**

**RODINNÉ KONSTELACE U DROGOVĚ ZÁVISLÝCH
A JEJICH VYUŽITÍ V ARTETERAPII**

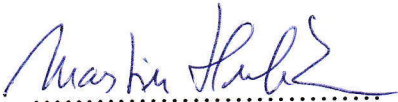
bakalářská práce

2006

**Vypracoval: Martin Hulík
Vedoucí práce: PaedDr. Milan Kyzour**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně, pouze za pomoci uvedené literatury, rad a připomínek vedoucího práce.

Ve Velešíně dne


.....
Martin Hulík

Děkuji panu PaedDr. Milanovi Kyzourovi za odborné vedení práce.

Martin Hulík

ANOTACE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Rodinné konstelace u drogově závislých a jejich zpracování v arteterapii

Autor: Martin Hulík

Vedoucí práce: PaedDr. Milan Kyzour

V teoretické části práce jsou zmapovány nejčastěji uváděné teorie vzniku závislosti s ohledem na dynamiku rodinného prostředí, styly výchovy a další. Závěr teoretické části obsahuje východiska ověřovaná či dokladovaná dále v praktické části. Základní východiska jsou tyto: 1. Při rozvoji látkové závislosti a jiných typů závislého chování hrají klíčovou roli nepříznivé (rizikové) faktory, působící v původních anebo náhradních rodinách závislých. 2. Tyto faktory jsou v jednotlivých případech retrospektivně dostupné pomocí arteterapeutických metod.

Úvod praktické části práce spočívá ve vymezení obsahu zkoumaných jevů a metodických postupů. Je zpracován soubor více než třiceti dobrovolníků, klientů Doléčovacího centra SANANIM. Zkoumaný materiál je tvořen kolážemi na téma Moje rodina, malbami s rodinnou tematikou a testy KTC. V praktické části je dále zpracován pomocí interpretace výtvarného díla, semistrukturovaného rozhovoru s dobrovolníkem a s využitím údajů ze zdravotnické dokumentace (anamnestických dat).

Závěr práce porovnává zjištěné skutečnosti s teoretickými východisky a stanovenými hypotézami a obsahuje úvahu nad možnostmi a limity práce s rodinnou historií v arteterapii, zejména vzhledem k hlubinně-psychologickému pojetí.

THE BACHELOR THESIS ANNOTATION

The family constellations in drug dependent persons and processing them in art therapy

Author: Martin Hulík

Supervisor: PaedDr. Milan Kyzour

Most commonly featured theories of dependency development with regard to the family environment, education styles, etc. are surveyed in the theoretical part of the thesis. The presumptions which have been confirmed and exemplified further in the practical part are included at the end of the theoretical part. The main presumptions are: 1. The unfavourable (risky) factors, taking effect in primary or substitutive families, have the key-role within the substance dependency and other types of dependent behavior development. 2. These factors are comprehensible with use of art-therapy methods on case-by-case basis retroactively.

The preface of the practical part of the thesis consists in specifying of the explored phenomena and the methodic approaches. The group of more than 30 volunteers (clients of the SANANIM Aftercare Centre) is processed. „My family“ collages, paintings with family motives and KTC tests compound the observed material. It is further processed by the art objects interpretation, semi-structured interviews, and the use of personal medical data (anamnesis) in the practical part of the thesis.

At the conclusion of the thesis, the findings are compared with theoretic approaches and defined presumptions. It also comprises a consideration of possibilities and limits of working on the family history in art therapy, mainly with regard to the deep-psychological approach.

OBSAH:

1. ÚVOD	6
2. TEORETICKÁ ČÁST	8
2.1. Návykové poruchy jako fenomén doby	8
2.2. Souhrn teorií vzniku a rozvoje závislosti	9
2.2.1. Účinné faktory terapie	9
2.2.2. Hlavní teorie závislosti	10
2.2.3. Bio-psycho-sociální model	16
2.2.4. Rodinné prostředí a závislost	17
2.2.4.1. Vývojové aspekty závislosti	18
2.2.4.2. Rodinné faktory vzniku, rozvoje a udržování závislosti	21
2.2.4.3. Teorie kodependence	22
3. PRAKTICKÁ ČÁST	24
3.1. Charakteristika léčebného programu v PL Červený Dvůr	24
3.2. Arteterapie v léčebném programu	25
3.3. Metodika praktické části	26
3.4. Kazuistika ženy závislé na pervitinu	27
3.5. Kazuistika muže závislého na heroinu	37
4. ZÁVĚR	47
5. POUŽITÁ LITERATURA	48
6. POZNÁMKY	49

1. ÚVOD

V zařízeních léčby závislosti pracuji od r. 1997 a podobně jako většina kolegů a autorů odborné literatury i já si čas od času kladu zdánlivě nezodpověditelné, byť základní otázky: co to je, co pomáhá lidem měnit se, co vlastně léčí? Jaká je moje úloha během procesu změny u klienta? Jakou roli hraje závislost v životě některých lidí? Jaký má smysl a má vůbec nějaký? Někdy se potýkám s pochybnostmi, zda terapeutická práce, která pomáhá (zdaleka ne vždy a nikdy dokonale) klientovi k lepšímu sebezpoznání, sebepřijetí, pochopení a zvládnutí jeho důležitých životních peripetií, atd., má vůbec váhu ve srovnání s utrpením, které dlouhá léta prožívají klientovi nejbližší a s tou velkou částí klientů, jejichž životním programem je neúspěch a v závislosti či jiném druhu závažných potíží setrvávají i přes naši upřímnou snahu a nasazení.

Aby tyto pochybnosti zmírnili, uchylují se někdy terapeuti, včetně mně, k „expertnímu“ přístupu, místo sebe sama nasazují odborné poučky a doktríny, které v rámci uzavřeného systému fungují, ale člověka ve své jedinečnosti míjejí obloukem. „Expert“ ve mně, jakési terapeutické superego, pak naráží na situaci z Murphyho zákona, kdy „všechny živé organismy si za přísně regulovaných podmínek tlaku, teploty a vlhkosti vzduchu dělají, co je zrovna napadne“.

Opačným extrémem „expertního“ přístupu je přístup rezignující na teorii i zkušenosti jiné než vlastní, postavený na intuici, o které tiše předpokládám, že ji mám a skvěle funguje. Objevuje se mesiášský komplex, terapeutické orgie, potřeba udělat si z terapie rámeček řešení vlastních problémů, v němž je klient vítané publikum nebo dokonce rukojmím. Případný úspěch terapeutovy intervence je pak spíše kouzlem nechtěného a klient abstínuje terapeutům navzdory.

V této práci se pokouším především o uměřenost – reflektovat teorii a přitom nepouštět ze zřetele konkrétní klienty (pacienty PL Červený Dvůr), s nimiž jsem pracoval.

Za téma práce jsem zvolil rodinnou dynamiku v arteterapii (pojem konstelace je pro potřeby této práce někdy příliš úzký) u závislých na nealkoholových drogách. Důvodů k tomu mám několik. Práci s rodinou jsem se v počátcích mé praxe záměrně vyhýbal kvůli vlastní nechuti k této problematice. Jak jsem se této nechuti postupně zbavoval, docházelo mi nejen to, kolika podstatnými momenty primární rodina přispívá k rozvoji téměř všech našich problémů a to až osudovým způsobem, ale především jak mocná

zbraň je práce s rodinnou tematikou (či přímo s rodinou a blízkými, jsou-li k dispozici) v úzdravě od závislosti. Přestal jsem zastávat iracionální postoj, že já i naši klienti můžeme být nezávislí na tom, jaké limity, nedostatky, případně traumata jsme od rodiny získali a jak jsou pro nás během celého života důležité, někdy i určující. Část práce na změně tohoto postoje jsem udělal i v rámci sebezkušenostní části studia arteterapie a považuji za důležité v tom pokračovat i volbou tématu bakalářské práce.

Vztahování se k vlastním rodičům a rodině samozřejmě v dobrém i zlém ovlivňuje můj způsob práce s klienty a její zpracování v bakalářské práci. I když se má všeobecně za to, že terapeut nemá sdílet s klientem symptomy, pro oblast rodiny se spíše kloním k postoji, že žijeme s našimi klienty ve stejném světě.

Přestože těžištěm mé práce má být praktická zkušenost, považuji v teoretické části za nutné shrnout současné teorie závislosti, blíže se zastavit u těch, které souvisejí s otázkami rodiny a do takto připraveného základu zasadit praktickou část práce.

Oproti anotaci jsem strukturu práce zjednodušil. V praktické části jsem na doporučení vedoucího práce vyřadil kompletní anamnestické vyšetření a semistrukturovaný rozhovor a zaměřil se více na interpretaci výtvarného díla s ohledem na rodinnou problematiku. Ke zpracování praktické části jsem použil výtvarná díla pacientů PL Červený Dvůr namísto klientů DC SANANIM, neboť jsem tam v roce 2005 pracoval a navíc tamní způsob arteterapeutické práce lépe odpovídá metodice vyučované na PF JČU (tedy zaměření na výtvarné vedení a interpretaci výtvarného díla). Opustil jsem také původní představu zpracovat „extenzivně“ 30 kazuistik, protože by to nebylo vzhledem k rozsahu práce možné – soustředil jsem se na dvě kazuistiky. V neposlední řadě jsem na rozdíl od anotace nepracoval se dvěma předpoklady, které jsem chtěl „dokazovat“ v praktické části práce, neboť jsem během zpracování teoretické části došel k názoru, že jsou samozřejmé a není tedy co dokazovat (první je dobře popsána v mnoha odborných publikacích a druhá je součástí celého studia arteterapie na PF JČU).

2. TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Návykové poruchy jako fenomén doby

Aniž bych chtěl pominout celou historii užívání návykových látek napříč všemi civilizacemi, chci zmínit několik základních pohledů na závislost a jejich vývoj v posledních cca 200 letech. Prvním z nich je tradiční **přístup z hlediska morálky** – pojetí závislosti jako provinění proti společnosti, hříchu proti Bohu. Toto pojetí zůstává zachováno dodnes - trestnost držení některých drog i pro vlastní potřebu, všeobecné odsouzení místního alkoholika, paradoxně právě ve chvíli, kdy nastoupil léčbu, naprosté sociální vyloučení uživatelů tzv. tvrdých drog, atd. Zhruba od Velké francouzské revoluce s nástupem osvícenství lidé trpící duševními poruchami (závislost je obdoba šílenství), začali zavírat do speciálních ústavů a vznikl základ **medicínského přístupu**, který se v moderní podobě uplatnil ve 20. století. Pojímá závislost jako chorobu, kterou lze léčit (byť není jednotný názor, zda ji lze také vyléčit). Od 80. let 20. století s rozvojem epidemie HIV se začal též uplatňovat **přístup minimalizace rizik**, který doplňuje morální pojetí a léčbu o intervence, které pro společnost i zasaženého jedince zmírňují některá zdravotní, sociální a ekonomická rizika, aniž by řešily závislost samu. [1]

V současné době se prosazuje snaha o tzv. vyvážený přístup [2], který kombinuje výše uvedené a prevenci, s cílem snižovat nabídku a poptávku po nelegálních drogách a snižovat poškození související s užíváním. (Arte)terapeut je při své práci na straně snižování poptávky anebo poškození, uplatňuje se též hledisko morálky a klient se mezi profesionály setkává se škálou osobních postojů k této problematice v různých podobách.

V České republice dosahovala v roce 2000 prevalence problémových uživatelů nelegálních drog (dále v textu jen drog) 30 – 45 tisíc osob (za „problémové“ byli označeni injekční anebo dlouhodobí uživatelé především pervitinu a heroinu). [3] Náklady společnosti způsobené drogovou epidemií byly pro rok 1998 odhadnuty na 2,8 miliardy korun (z toho 68% náklady na prosazování práva), k tomu lze připočítat cca 1,9 miliardy vyčíslených škod obětí trestných činů páchaných v souvislosti s drogami. [4]

Na straně snižování poptávky u nás (pominu-li aktivity primární prevence) funguje různorodá síť státních i nestátních zařízení - většina bývalých okresních měst disponuje kontaktními centry a terénními programy pro uživatele drog a ambulantními poradnami, na úrovni krajů fungují substituční programy pro závislé na opiátech (metadon,

Subutex®), celorepublikově působí specializovaná oddělení psychiatrických léčeben provozujících krátkodobou a střednědobou léčbu (většinou 3-6 měsíců) a cca 15 terapeutických komunit (dlouhodobá léčba, obvykle 6-15 měsíců), systém péče završují doléčovací programy. V oblasti léčby a sociální rehabilitace drogových závislostí existuje u nás i ve světě nepřeberné množství metod a přístupů. Žádný z nich nepostihuje problematiku závislostí úplně, přesto se klade důraz na snahu o komplexnost i v rámci jednotlivých programů léčby závislosti. [5] Arteterapie nachází uplatnění ve většině léčebných programů (především residenčních), přestává platit, že arteterapeutický ateliér je místo, kam se odkládají pacienti, aby se „zabavili“ a uvolnila se kapacita pro zdravotnický personál – arteterapeuti se stávají rovnocennou součástí odborných interdisciplinárních týmů.

2.2 Souhrn teorií vzniku a rozvoje závislosti

Teorie, které dokládám z literatury, se zdají jasně vymezené. Jsem ale přesvědčen, že se v praxi málokdy uplatňují v čisté podobě. Spíše se prolínají a navzájem ovlivňují. Už proto, že klient či pacient na cestě k uzdravě většinou prochází rukama více terapeutů a zařízení, v procesu změny se opakovaně pohybuje mezi pokusem o léčbu a větším či menším selháním – a to spíše po spirále než znovu „od nuly“. [6] Bylo by tedy velmi obtížné s jistotou určit, který přístup byl u konkrétního pacienta tím rozhodujícím a zda by byla terapeutická intervence účinná i bez předchozí péče jiných terapeutů. I v rámci jednoho programu bývá nemyslitelné použít pouze jeden oddělený přístup. Těžko např. klientovi pomůžeme pouze arteterapií, pokud v rámci léčby nezíská chybějící praktické dovednosti ke zvládnání rizik relapsu, nebude řešit svou neutěšenou sociální situaci a neposkytne se mu neodkladná somatická péče.

2.2.1 Účinné faktory terapie

Zůstaneme-li u psychoterapie (včetně arteterapie), je vhodné určit obecné **účinné terapeutické faktory**. Yalom na základě výzkumu z hlediska úspěšných klientů skupinové psychoterapie uvádí výčet deseti položek, které jim nejvíce pomohly (pořadí podle významnosti): [7]

1. „Objevení a přijetí dosud neznámých a nepřijatých částí sebe sama.
2. Schopnost říct, co mě trápí, místo toho, abych to držel v sobě.
3. Ostatní pacienti otevřeně říkali, co si o mně myslí.
4. Naučil jsem se, jak vyjadřovat své city.

5. *Dozvěděl jsem se od skupiny, jaký na ně dělám dojem.*
6. *Vyjadřoval jsem negativní a/nebo pozitivní pocity k ostatním ve skupině.*
7. *Dozvěděl jsem se, že musím přijmout naprostou zodpovědnost za to, jak žiji svůj život, bez ohledu na to, kolik vedení a podpory dostávám od ostatních.*
8. *Dozvěděl jsem se, jak se prosadit mezi ostatními.*
9. *Viděl jsem, že ostatní mohli otevřeně mluvit o problematických věcech a i jinak riskovat a pomohlo jim to, takže i já jsem to mohl zkusit.*
10. *Cítil jsem, že mohu skupině i jiným lidem více důvěřovat.* “

Kalina vymezuje faktory pro účinnost léčby závislého klienta takto: *Životní změny*: abstinence, přátelské a vrstevnické vztahy s neuživateli drog. Intimní vztahy s neuživateli drog. Změna ve vztazích k původní rodině – získání emoční autonomie na původní rodině, vytvořit předpoklady návratu (zejména u mladších klientů), vyrovnání se a smíření (zejména u starších klientů), zapojení rodiny do procesu léčby. Práce a příprava na povolání. *Časové faktory*: věk při začátku závislosti – čím pozdější manifestace potíží, tím lepší prognóza. Délka drogové kariéry – čím delší závislost, tím horší prognóza. *Faktory v léčebném procesu*: Délka programu – je pokládána za účinný faktor sama o sobě, léčba pod 3 měsíce není pokládána za účinnou, časový faktor lze částečně kompenzovat jinými faktory – obsah léčby, následná péče. Udržení v programu a zapojení do programu – nejčastější a nejrizikovější je vypadnutí z programu (drop-out) v 1. třetině léčby, udržení klienta v programu vyžaduje individualizovaný, podpůrný a motivující přístup. Obsah programu – efektivní je strukturovaný program, kombinující psychoterapeutické působení skupiny a trénink sociálních dovedností v rámci režimu a jasných pravidel. *Práce na problémech* v těchto okruzích – drogy a léčba, sebepojetí, vztahy, sociální schopnosti a dovednosti. [8]

2.2.2 Hlavní teorie závislosti

Wallace vyčleňuje pět vůdčích teoretických a praktických přístupů v léčbě drogových závislostí: Přístup 12 kroků, psychodynamický přístup, manželská/rodinná terapie, behaviorální přístup a posilování motivace. [9]

Přístupy založené na **programu 12 kroků** Anonymních alkoholiků dominují zejména v USA, u nás z těchto přístupů čerpá dodnes zásadní „skálovská“ tradice v léčbě (Apolinář, Červený Dvůr, KLUS) a již méně významně systém psychoterapeutického vzdělávání SUR (Skála, Urban, Rubeš). Tato československá škola ovšem nepřebírá ideologii a teorii AA jako celek, ale využívá některé její prvky

(spirituální dimenze není významná a systém SUR je především psychodynamický, byť eklekticky). Přístupy 12 kroků nemají jednotnou teorii, zahrnuje „*přístup zdravotních následků*“ (akcentovaný ve skálovské tradici), „*přístup biopsychosociospirituálních následků*“. [10], který je jedním ze zdrojů moderního bio-psycho-sociálního modelu závislosti (viz dále) a „*modely predispoziční*“, které zahrnují „*model genetické determinance*“ - předpokládá specifický gen pro alkoholismus, heroinismus, atd., „*model genetického vlivu*“ - k rozvoji závislosti dochází pod vlivem kombinace biologických faktorů a psychosociálního prostředí a „*model kombinované genetické determinance/vlivu*“ – různé typy závislostí, k jejichž objasnění jsou nutné různé etiologické teorie (např. rozlišení alkoholismu I a II typu). [11]

Psychodynamický přístup se uplatňuje podle Leedse a Morgensterna v **psychoanalytických teoriích** zneužívání návykových látek. Psychoanalytické teorie jsou teorie motivace – snaží se vysvětlit, proč osoba začne užívat návykové látky a proč si závislost na nich udržuje. Užívání návykových látek je považováno za symptom – kompromis, produkt konfliktu mezi potlačenou myšlenkou (tendencí) a obranou vůči ní. [12] Leeds a Morgenstern uvádějí čtyři významné autory, představující škálu současných psychoanalytických teorií: pudovou teorii (Wurmser), teorii objektivních vztahů (Krystal), self psychologii (Khantzian) a teorii psychosomatických poruch (McDougall).

Tab. 1. Současné psychoanalytické teorie drogové závislosti podle Leedse a Morgensterna: [13]

Autor	Prototypická patologie	Zranitelnost	Požadovaný účinek drogy
Wurmser	Neurotický konflikt	Odsouzené ego	Osvobození
Khantzian	Self deficit	Poškozené ego	Náprava/usměrnění
Krystal	Narušené objektivní vztahy	Hraniční self	Splynutí/extáze
McDougallová	Psychosomatická porucha	Externalizované self	Vyhýbání se/únik

Wurmser: uživatelé drog mají kruté a destruktivní super ego, které je hrozí zaplavit *zafívností* a strachem. Užívání drog je pokusem uniknout těmto nebezpečným afektům, jde tedy o výsledek *konfliktu* mezi psychickými instancemi a super egem. Tento stav pramení ze *skutečných* zničujících traumat z raného dětství (násilí, sexuální zneužití,

kruté opouštění, nespolehlivost, prolhanost, zradu, opuštění, neodbytnost nebo odtažítost rodičů). Zde chci doplnit několik Kudrleho poznámek ze statí Trauma a závislost [14], neboť vychází z podobných předpokladů jako Wurmser: Kudrle rozlišuje trauma I (jednorázové) a II typu (chronické). Trauma I typu vyúsťuje v různě závažnou posttraumatickou stresovou poruchu, trauma II typu zastavuje vývoj a vzniká téměř vždy v dětství. Posttraumatické symptomy zahrnují afektivní poruchy, (auto)destruktivní chování, poruchy učení, disociativní problémy, somatizaci. Deformace v sebepojetí ústí v poruchy osobnosti nebo komplexní posttraumatickou stresovou poruchu. Trauma přerušuje kontinuitu a tím je věčné. Oběť chronické traumatizace není schopna dosáhnout uspokojení z vlastních zdrojů, a tak se spoléhá na činy, zejména negativní přehrávání. Komplexně narušený vztah k tělu otevírá možnosti agování: sebepoškozování, prostituce, apod., tedy sebepotvrzení oběti. Zapojují se všechny obranné mechanismy, zejména potlačení a disociace. Tyto obranné mechanismy jsou dlouhodobě neúčinné, trauma se manifestuje nejrozličnějšími poruchami – aby mohly být obranné mechanismy účinné, musí být silné, ale potom překážejí vývoji. K posílení disociace slouží dobře psychoaktivní látky – tzv. chemická disociace, navozující falešný pocit kontroly. Retraumatizace, která je vlastní životu závislých, vede ke zvýšené potřebě obrany. Tak se upevňuje bludný kruh traumatu a závislosti.

Khantzian: podstatou problémů osob závislých na drogách nejsou konflikty, ale *deficity* – nedostatky a slabiny „*ego*“ nebo „*self*“. Nedostatky *Self*, které je činitelem, vědomé si vlastní identity a své role subjektu a činitele [15], v oblasti péče o sebe, sebepojetí a sebeusměrňování, kompenzuje uživatel drog specifickým účinkem drogy. Khantzian ve své teorii dává důraz na rozlišení jednotlivých typů drog podle účinku.

Krystal: závislost na droze je symbolický vztah, droga zastává funkce, které jsou připisovány postavě matky. Člověk závislý na drogách touží po splnutí se svým ideálním objektem a zároveň se toho hrozí. Má zábrany v přijímání péče za sebe sama, protože taková činnost je vyhrazena pro matku a dítěti je zapovězená: převzetí těchto mateřských funkcí je zakázané a velmi nebezpečné. [16] Druhá Krystalova teorie se zabývá *alexithimií* u závislých, tedy neschopnosti rozeznat kognitivní aspekty emočních stavů – namísto diferencovaných emocí prožívají globální fyziologické stavy a napětí. Tedy chybí důležité zpětnovazební informace, člověk nedokáže rozpoznat smysl emocí a již jejich přítomnost vyvolává úzkost. Užívání drog je způsob jak tuto úzkost utiшит. Krystal podle Leedse a Morgensterna předpokládá, že základem užívání drog je vážná porucha objektivních vztahů [17]. Krystal popisuje pacienta, který je ve stavu (tělesného)

napětí úplně bezmocný. Nemůže si nijak pomoci či uvolnit napětí, pokud nepoužije vnější prostředek jako jídlo nebo drogy. Terapeutova interpretace, s přihlédnutím k výše uvedenému, zní: „*nejenže je neschopen se upokojit nebo utišit, ale takové aktivity mu byly zakazány, stejně jako získání dovedností k nim*“. [18] Tento příklad vysvětluje souvislost mezi oběma Krystalovými teoriemi. Paralelu s Krystalovou teorií vidím u Schmidbauera v souvislosti s kodependentními vztahy v rodině, jak uvedu v kapitole 2.2.4.3.

McDougallová: užívání drog je jedna z forem závislého chování (spolu s poruchami příjmu potravy, nutkavým sexuálním chováním a závislými vztahy). Všechny tyto poruchy považuje za psychosomatické. Závislost je psychosomatickým pokusem, jak se vyrovnat s bolestivým konfliktem dočasným otupěním vědomí, které se odehrává více navenek než v mysli. Výsledkem je, že pocity a prožitky, které by člověk jinak prožíval jako bolestivé nebo nepříjemné, se stávají nepodstatnými. Užívání drog je součástí „falešného self“. [19] Příklad z praxe: injekční uživatel pervitinu ještě nedávno omdléval při odběru krve u lékaře, teď si naprosto samozřejmě „šlehá“ drogu, aniž by jakkoliv vnímal závažnost tohoto autoagresivního život ohrožujícího úkonu. Poněšinský uvádí tyto předpoklady vzniku tělesného (somatického) příznaku: vnitřní konflikt: 1. není uvědoměn jako patřící k lidskému údělu, 2. není afektivně připuštěn, prožíván a vyjádřen, 3. není vyvinuto (nalezeno) nějaké řešení, vhodné mezilidské chování. [20]

Na pomezí psychodynamických a kognitivně – behaviorálních přístupů řadí Keller přístup **prevence relapsu** [21], který se uplatňuje v léčbě a zejména doléčování závislosti. Tuto metodu vyvinuli Marlatt a Gordonová v klasickém díle „Relaps Prevention“ z roku 1985. Jedná se o přístup psychoedukativní, který pomáhá klientům v predikování a účinné obraně vůči tendencím směřujícím k relapsu (relaps – jednorázové či krátkodobé užívání drogy následující po určité souvislé době abstinence). Kognitivně – behaviorální složka (práce s cravingem nebo tzv. vysoce rizikovými situacemi) se odehrává na pozadí psychodynamického přístupu (dynamika relapsu, pojem „syndrom porušení abstinence“). Prevence relapsu směřuje podle A. Kudy k udržení navozených změn a ke globální změně životního stylu. [22]

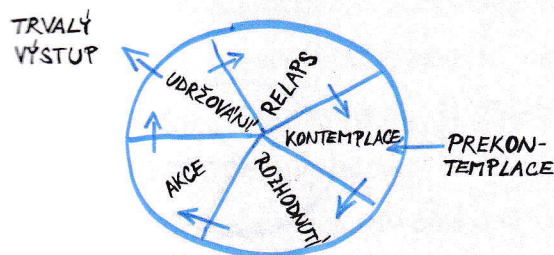
Zajímavým příspěvkem (nejen) k prevenci relapsu je přístup **posilování motivace**, konkrétně v podobě díla Millera a Rollnicka. Tito autoři, vedeni zřetelnou snahou „depatologizovat“ úvahy a terapeutická východiska ohledně užívání drog, polemizují s rozšířeným názorem Johnsona, zakladatele tzv. hierarchické tradice v terapeutických komunitách, že „*prvotním faktorem alkoholismu je iluze nebo narušené posuzování*

věci, jež udržují nebezpečně závislou osobu v kleci destruktivního chování. ... Alkoholik se vždy vyhýbá pomoci nebo přímo popírá, že by ji potřeboval. Je třeba si uvědomit, že není v kontaktu s realitou“. [23] Dále popírají koncept závislé osobnosti (tedy názor, že závislí lidé mají pevně zakořeněné osobnostní rysy, jako patologické lhaní, vysoká míra sebeklamu a vysokou míru obranných mechanismů, obtížně ovlivnitelných terapií) [24], z něhož pramení i tradiční, na konfrontaci zaměřený terapeutický přístup reprezentovaný tzv. hierarchickými terapeutickými komunitami - Minnesotský model léčby, v modifikované podobě uplatněný i v našich terapeutických komunitách pro závislé.

Motivaci chápou jako „...stav připravenosti ke změně či touhu k ní“ [25], přičemž „je zjevné, že klient si přináší do terapie určitou ambivalenci..., a záleží na terapeutovi, jestli tuto nerozhodnost promění v odpor nebo v žádoucí změnu“. [26].

Miller s Rollnickem rozpracovávají tzv. Kruhový model změny, modifikovaný teoretický koncept, s kterým poprvé přišli J. Prochaska a C. DiClemente v r. 1982.

Obr. 1: Kruhový model změny: [27]



Charakteristika jednotlivých fází změny (týká se osobnostní změny stejně jako změn v průběhu terapie): [28]

Prekontemplace: fáze před uvažováním. Člověk si svůj problém ještě neuvědomil, ani si nepřipustil, že změna by byla žádoucí. Okolí o potížích ví, ale postižený si je neuvědomuje. Uplatní se předávání informací, zpětná vazba. Naopak méně vhodné jsou předpisy, udílení rad. Klienti v této fázi o pomoc nežádají a pokud ano, pouze na nátlak.

Kontemplace: objevuje se již jisté vědomí problému. Charakteristická je ambivalence: klient uvažuje o změně a zároveň ji odmítá, tj. vykonává „pohyb na

houpačce mezi důvody pro a proti". Terapeutický přístup se zaměřuje na udržení rovnováhy směrem ke změně, naopak předčasná jsou konkrétní opatření a akce.

Rozhodnutí: „okno“, které se otevírá pouze po určitou dobu. Pokud člověk přikročí k činům, proces změny pokračuje. Pokud ne, vrací se zpět do kontemplace. Terapeutický přístup: vyhledat konkrétní postup – „*přijatelný, dostupný, správný a efektivní*“.

Akce: tato fáze zahrnuje terapii, léčbu. „*Akce je závazek k určitému činu za účelem dosažení změny v dané problémové oblasti*“. Změna sama ale nezaručuje, že si ji klient udrží.

Relaps: autoři předpokládají, že „*pro lidské myšlení jsou přirozená dobrá předsevzetí a nakročení ke změně, následované drobnými nebo většími relapsy – kroky zpět*“. Úkolem terapeuta je udržet změnu, zabránit ztrátě odvahy a demoralizaci, obnovit záměr a rozhodnutí, podpořit akci.

Udržení: cílem je zachovat změnu, prevence relapsu.

Miller a Rollnick, tedy zahrnují prevenci relapsu do širšího teoretického uvažování o motivaci a jejím vývoji. „*...problémy, které u klientů nazýváme „nemotivovaností“ nebo „odporem“ se objevují, když terapeut používá postupy nevhodné pro danou fázi na kruhu změny*“. [29] A dále uvádí: „*...motivace nespočívá v tom kterém klientovi, ale závisí na kontextu a situaci... Motivace je základní součástí profesionální práce v terapii*“ [30] Z toho přímo vyplývá, že těžiště zodpovědnosti za motivaci klienta náleží nikoliv klientovi, ale terapeutovi.

Behaviorální přístup vychází původně z experimentální psychologie, která kvantitativně zkoumala principy učení a změny chování.

Behaviorální přístup zahrnuje „*...psychologické teorie klasického podmiňování, operantního podmiňování, kognitivní teorii a teorii sociálního učení*“. [31] Souhrnně tyto teorie v současnosti označujeme jako kognitivně-behaviorální. Shodují se v následujících předpokladech tezích o závislosti a její léčbě: „*1. Lidské chování je spíše výsledkem procesu učení než výsledkem determinace genetickými faktory. 2. Stejně procesy učení, které vytváří problémové chování, mohou být použity k jeho změně.*“ [32] Toto tvrzení volně odpovídá názoru Millera a Rollnicka, že neexistuje osobnostní konstelace typická pro závislé jedince a že na normální procesy, jako je váhavost, popření problému, atd., pohlížíme jako na patologické až při jejich spojení se závislým chováním, viz výše. „*3. Chování je z větší části určeno působením situačních a environmentálních faktorů. 4. Skryté procesy, jako myšlení a prožívání, lze ovlivnit*

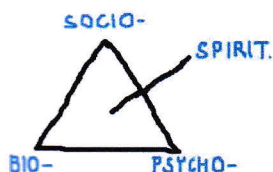
prostřednictvím aplikace principů učení. 6. Každý klient je jedinečný a musí být hodnocen jako jedinec v daném kontextu. 7. Základním kamenem adekvátní léčby je důkladná behaviorální diagnostika“. [33]

Přínosem behaviorálního přístupu je např. rozvinutí technik prevence relapsu (myšleno ovšem v užším smyslu, než jak je dnes obecně prevence relapsu vnímána) a v mírně kontroverzním pragmatickém názoru, že tzv. kontrolované užívání drog může být legitimním cílem léčby. [34]

2.2.3 Bio-psycho-sociální model

Než přejdu k rodinným přístupům a teoriím závislosti, které jsou klíčové pro praktickou část této práce, krátce zmíním tzv. bio-psycho-sociální model závislosti. Kudrle tento model rozšiřuje o jednu dimenzi a hovoří o bio-psycho-socio-spirituálním modelu. [35] Tento model nepředstavuje konkrétní teorii závislosti, je spíše integrujícím modelem, který říká, že ke vzniku, rozvoji a udržování závislosti a též při její léčbě se zapojují biologické, psychologické, sociální (a spirituální) faktory. Poměr těchto faktorů se interindividuálně liší a navíc se u jednoho (závislého) člověka vyvíjí v čase. [36]

Obr. 2: Schéma bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti podle interních materiálů o.s. SANANIM (nepublikováno):



Do *biologické úrovně* patří např. samotný účinek drogy na somatické a úrovni, včetně dávkování a frekvence užívání, zdravotní komplikace související s užíváním drog (poškození organismu drogou a jejími příměsemi, zdravotní rizika spojená se způsobem užívání, atd.), na úrovni léčby vedení detoxikace a léčení zdravotních komplikací, včetně případné medikace u duálních psychiatrických diagnóz).

Psychologická úroveň zahrnuje např. individuální očekávání od účinku drogy a jeho prožívání, okamžité emoční nebo kognitivní nastavení spojené s užitím drogy (např. nálada, pozornost), osobnostní předpoklady (např. temperament), na které nasedá účinek drogy. Kudrle [37] sem řadí veškerou psychopatologii, která má souvislost s užíváním drog (tzv. duální psychiatrické diagnózy, pokud za primární / akutní

problém považujeme závislost). Tato psychopatologie má obecně trojí možný vztah k užívání drog: 1. předchází užívání drog (a drogy zde mohou hrát stabilizační či kompenzační roli – sebededikace), 2. duševní poruchy se navzájem s užíváním drog ovlivňují a probíhají současně (např. uživatel pervitinu s rozvíjející se psychózou může zpočátku pomocí drogy paradoxně příznaky psychózy mírnit, s rozvojem závislosti a ztrátou kontroly nad užíváním se ale zhoršuje i průběh duševní choroby; poruchy příjmu potravy v kombinaci s užíváním drog se typicky vyskytují komplementárně, tzn., že postižená např. abstinuje, přitom se přejídá a zvrací, nezvládnutí stravovacích návyků vede k drogovému relapsu, během užívání drog je porucha příjmu potravy relativně stabilizována, atd.), 3. užívání drog může duševní poruchu provokovat (toxické psychózy, flash-backy, propuknutí schizofrenie „pomocí“ halucinogenů či stimulantů).

Nešpor řadí [38] mezi nejčastější duální psychiatrické diagnózy poruchy příjmu potravy, deprese a úzkostné stavy, dissociální a narcistickou poruchu osobnosti, patologické hráčství a opakované dekompenzace psychotických onemocnění. Kalina odhaduje výskyt duálních psychiatrických diagnóz mezi závislými na drogách až na 70% (osobní sdělení).

Sociální úroveň zahrnuje vliv primární rodiny, např. naučené způsoby řešení konfliktů, míra pozornosti a péče ze strany rodičů, socio-ekonomický statut rodiny, atd. O rodinných faktorech se zmíním dále podrobněji. Do sociální úrovně patří též vliv vrstevníků, výchova ve škole a v rámci aktivit volného času, možnosti seberealizace, i to, co můžeme nazvat „duchem doby“ – celková atmosféra ve společnosti, společenský řád, psané i nepsané normy a hodnoty společnosti, např. převažující postoje k užívání jednotlivých typů drog, atd.

Spirituální úroveň zahrnuje potřeby transcendence a (ne)schopnost jejich realizace, mimo jiné i prostřednictvím drog. Kudrle trefně popisuje časté dilema klientů v léčbě: „Jsem střízlivý, kdy budu šťastný?“. [39]

2.2.4 Rodinné prostředí a závislost

Chvála a Trapková, představitelé rodinné psychosomatické terapie, píší o vzniku a úloze symptomu v rodině (využijme-li teorie McDougellové – viz výše, můžeme sem legitimně dosadit i excesivní užívání drog jednoho ze členů): „*Nabídka symptomů se u každého člena rodiny neustále proměňuje a obnovuje. V období vývojových krizí (jako jsou narození a úmrtí člena rodiny, nástup do školy, začátek puberty, odchod do důchodu apod.) se každý člen i rodina jako celek vyrovnávají s novou situací, hledají*

ztracenou rovnováhu, a tak pochopitelně také častěji stonají...“ „V zásadě jsou dvě možnosti, jak příznak vzniká právě v době dramatických změn. Nejčastěji to bude souhra obou: Buď okolí nemocného v těchto obdobích zaměřuje více pozornosti na symptomy, víc si jich všímá a tím je posiluje nebo organismy spontánně zvyšují v období přechodů tvorbu symptomů a „nabízejí“ tak vlastní pokusy o vyrovnání se s novou životní situací.“ [40] Smyslem příznaku je nutný vývojový krok oddalovat, protože např. vzbuzuje úzkost.

Chvála s Trapkovou zdůrazňují fakt, že „*Patrně neexistuje choroba, která by svým smyslem nezapadala do příběhu člověka.*“ [41]

Tyto teze z jejich originálního a široce pojatého díla dávají podle mého soudu dobrý základ k uvažování o rodinné problematice a závislosti.

2.2.4.1 Vývojové aspekty závislosti

M. Hajný se zabývá některými vývojovými aspekty závislosti, kterými jsou propojení závislosti s raným obdobím dítěte, narušený vývoj ve vytváření mezilidských vztahů a význam užívání drog během adolescence. [42]

V souladu s psychoanalytickým názorem spojuje Hajný užívání drog s fixací osobnosti v orálním stádiu vývoje. „*Odkaz tohoto období v životě dospělého lze pak spatřovat v momentech, kdy člověk vyžaduje, aby o něj bylo pečováno, aniž by se on sám na tom nějak aktivně podílel. Dalšími znaky orální fixace jsou: nízká tolerance k napětí, bolesti a frustraci.*“ [43] Uspokojení orálních potřeb je závislé na vnějších podmínkách, z čehož pramení zdánlivá pasivita závislých osob. „*...jejich blízcí (a někdy i terapeuti) jsou nepřímou vedou k tomu, aby dotyčnému poskytovali péči, která se zdá být někdy neúměrná jejich věku, schopnostem i ocenění.*“ [44]

Do narušeného vývoje schopnosti vytvářet vztahy s druhými řadí Hajný závislost na osobě nebo instituci (ta může být v určité fázi léčby ale prospěšná). Závislost na osobě spočívá ve využívání určitých funkcí druhého, nejedná se o plnohodnotný vztah. (K závislosti na osobě více v kapitole 2.2.4.3.) Předmětem léčby je „*...neschopnost vnímat a přijmout druhého, tudíž i terapeuta, jako komplexní osobnost a vytvořit plnohodnotný vztah.*“ [45] Tento závěr je ve shodě s Yalomovými účinnými terapeutickými faktory (viz výše), v praxi je např. častá situace, kdy se klient učí vyjadřovat a přijímat kritiku a nepříjemné emoce, aniž by to pro něj znamenalo odmítnutí či destrukci vztahu. V souladu s konceptem orální fixace (období před mezilidským mezi já a ty a integrací „dobrých“ a „špatných“ aspektů ambivalentně

pečující a odmítající matky) je⁴ další Hajného postřeh, že závislí mají tendenci využívat vztahu se zdánlivě všemocnou osobou. „*V léčbě se pak projevuje jejich kolísání mezi naprostou idealizací terapeutů (či terapeutických systémů, pracovišť, týmů atd.) i jejich totální devalvací.*“ [46] Zde Hajný varuje před rizikem, že jinak vhodná a snad i nezbytná idealizace může u terapeuta nadměrně sytit jeho potřebu být vnímán jako mocný a vševědoucí. Terapeut pak může klienta udržovat v postoji idealizace příliš dlouho a ponechá ho „...v iluzorním a infantilním stavu, kde se lidé dělí na dobré a zlé“. [47]

V této souvislosti je zajímavý „syndrom pomáhajících“ W. Schmidbauera. Schmidbauer se zaměřuje na patologie ve vztazích terapeut – klient, jeho příspěvek se ale dle mého názoru týká i kodependentních vztahů v rodinách (který samostatně popisuje dále). Vychází z Freudova pojmu *primárního narcismu*, stavu splynutí mezi dítětem a matkou v rámci nitroděložního vývoje, který trvá i v raném kojeneckém období. Zvědavostí je dítě puze k fázi distance, kdy vyhledává vztahovou osobu jen v situacích, které přesahují vlastní ochranu dítěte před podněty. Z toho pramení prvotní konflikt mezi symbiózou a individuací. Primární stav „...se dá odhalit v určitých prožitkových kvalitách, jejichž fascinace je u narcisticky narušených lidí obzvlášť velká: pocity v horké lázni, ...plavání, létání, ...rychlé jízdy autem... Společné je jim to, že nejsou přítomny vymezitelné vztahové osoby“. [48] V rámci separace dítěte se vyvíjí jeho sebeobraz a obraz vztahových osob. Toto ohraničení se zdaří v případě dobré „podnětové ochrany“ dítěte vztahovými osobami (objekty), naopak je-li podnětová ochrana narušována, „...bude dítě mít sklon k tomu, aby vztahy k objektům zcela nebo částečně přerušilo a vrátilo se do narcistického primárního stavu nebo jeho náhražek“. [49] K regresi dochází často přeměnou pasivity v aktivitu: „Co nechceš, aby ti někdo dělal, to si raději přivod' sám“. [50] Tato regrese má charakter fantazií nebo jednání, jejichž tématem je splynutí, extáze, v případě stabilnějšího já jsou použity obranné mechanismy popření, vytěsnění a idealizace. „Děti vědomě nebo nevědomě odmítnuté vztahovými osobami ... zůstávají vázány na předstupně stabilního Já.“ [51]

Ve všech případech odmítnutí, které mohou mít mnoho variant, dochází k poškození. Jedinec není schopen vytvářet vztahy založené na vzájemnosti, protože „...hledání splynutí se všemocným objektem (ke kterému se dítě navracelo, když se reálná rodinná situace stávala neúnosnou), je právě kvůli nanejvýš bolestnému zklamání prožíváno s velkou úzkostí, jakmile se z něj vyvíjí skutečný vztah.“ [52]

Narcistické poškození, spojené se strachem ze splynutí, se projevuje beznadějností vztahu, přičemž beznadějnost může reprezentovat jak milující, tak milovaný.

Pro situaci narcisticky poškozeného terapeuta nebo rodinného příslušníka závislého na drogách má velký význam vývoj Superega. Ideál já se váže na dětské idealizace, proto vše, co „postižený“ vykoná, je důkazem jeho nedostatečnosti a má souvislost s nutkavým pomáháním, protože to, co si běžně člověk poskytne sám pomocí zvnitřnělého pozitivního egoideálu, „... se musí narcisticky narušený jedinec pokoušet hledat venku“. [53] Schmidbauer rozlišuje dva typy postojů pramenících z výše uvedeného: *Narcisticky-schizoidní* postoj se vyznačuje snahou vyhnout se blízkosti. *Narcisticky-depresivní* postoj umožňuje mezilidskou blízkost, ale vyznačuje se snahou o vyhnutí se závislosti. Tak dle autora vypadá vztah pomáhajícího ke klientovi (a já se domnívám, že takovou podobu mívá často vztah kodependentního rodinného příslušníka k závislému na drogách). „Větší závislost a separační úzkost u partnera působí jako pojistný ventil. Ten „slabší“ začne trpět separační úzkostí a pevně se připoutává, zatímco ten „silnější“ má ještě prostor pro to, aby se cítil nezávislý a silný. Tímto způsobem může „silnější“ svou slabost a závislost popřít.“ [54] Schmidbauer v rámci konceptu syndromu pomáhajících předpokládá vzájemně se doplňující patologii motivace ve vztahu terapeuta a klienta, přičemž cílem není primárně léčba závislosti (či jiné poruchy) – ta je spíš záminkou. Skutečným cílem je vzájemné uspokojování neuspokojitelných potřeb ve vztahu, budování „nemožného“ vztahu. [55] Podobná dynamika se objevuje v rodinách závislých.

Dalším vývojovým aspektem závislosti je dle Hajného je význam užívání drog během adolescence, kdy se první pokusy o intoxikaci drogami nejčastěji objevují. „*Překročení norem je dobrodružstvím a zážitkem odvážného a samostatného kroku, který je výzvou pro autority společnosti.*“ [56] Hajný tvrdí, že závislost, s jednoduchým zaměřením na dosažení změny prožívání prostřednictvím drog, se může stát úlevou a útočištěm před složitými otázkami a nejistotami tohoto vývojového období, jako jsou reálné přijetí svého těla, ujasnění si sexuální preference a realizace sexuálních potřeb bez nadměrného studu. Užívání drog vnímá Hajný jako možnost úniku a náhradních řešení.

„*Proces separace a individuace v dospívání má svůj předobraz v raném vývoji dítěte a ... testuje, jak byl úspěšný.*“ [57]

2.2.4.2 Rodinné faktory vzniku, rozvoje a udržování závislosti

M. Hajný se ve sborníku Drogy a drogové závislosti ptá, zda existují určité rodinné faktory nebo typická struktura rodiny závislého. Dochází k závěru, že rodinné prostředí závislého sice nelze jednoznačně charakterizovat, ale lze určit některé obecné opakující se znaky a konstelace, které se na rozvoji závislosti (spíše než na jejím vzniku) podílejí. [58] Následující přehled je pouze výběrem.

Nedostatečná pozornost nebo problematická reakce rodičů na chování dítěte. Nedostatečná pozornost k pozitivnímu chování dítěte spolu s nadměrnou pozorností k chybám dítěte a s nejistou a neočekávanou reakcí (byť trestající) mohou mít udržující roli ve vztahu k závislosti.

Narušené či přetížené vztahy mezi dítětem a rodičem. V praxi se často opakuje struktura, která zahrnuje nadměrně ochraňující a pečující matku a citově chladného, slabého nebo chybějícího otce. (Hajný upozorňuje na riziko zkreslení ze strany terapeuta, protože situace, kdy se rodina obrací o pomoc je specifická a rozložení vlivu a rolí v rodině může být za jiných okolností jiné.) „Závislý, který se při svém chování setkává jen s nedůslednou a přitom milující matkou, nezískává dostatečný kontakt s realitou. V případě dlouhodobé nepřítomnosti stenických, konkretizujících reakcí a disciplíny (kterou otcové často představují) může... jít o jeden z faktorů, které přispěly i ke vzniku závislosti.“ [59] U závislých žen se často objevuje kontrolující či úzkostná matka, též výrazně chladný a racionální přístup matky k dceři. Matka např. má od malička dceru za důvěrnici (neboť nemá uspokojivý důvěrný vztah s adekvátním partnerem). To dceři může imponovat, problém vzniká během dospívání, kdy matka dceru nechce nechat „dorůst“. Variantu této konstelace doložím v praktické části práce. Specificky rizikové jsou (především pro dcery) matky závislé na drogách a alkoholičky. Identifikace dcery s matkou vede např. k „...rezignaci na uspokojení z ženské role“, nebo je „...návodem, k řešení citových problémů pomocí alkoholu či jiných látek“. [60]

Chaotické či špatně vymezené vztahy mezi generacemi. Hajný uvádí záměny rolí (jak jsou vymezeny společenskými a kulturními normami) – např. dcera je v rodině v roli partnerky otce, starší sestra jedná v roli matky, tchyně vychází s manželem dcery lépe než ona sama, děti se angažují v rozvodové situaci rodičů, atd. Častější než naprostá záměna rolí je zmatek v rolích a kompetencích, tedy i v míře svobody a zodpovědnosti. Krajním porušením mezigeneračních hranic je incest a sexuální zneužívání. „Následky... vedou k problémům se sebeúctou a v partnerských vztazích, sebevražedným myšlenkám, poruchám tělového schématu a poruchám příjmu potravy.“

[61] Hajný uvádí, že až 90% závislých žen má zkušenost se sexuálním zneužíváním v rodině – podle mého názoru je toto číslo nadsazené.

Skryté, nedostatečné či naopak excesivní vyjádření hněvu v rodině. Situace, kdy jedinec má zvládat a vyjadřovat vlastní hněv, stejně jako hněvivá reakce někoho blízkého, má častou souvislost s drogovým relapsem. V rodině závislého jsou některé zlostné projevy nadměrně potlačovány a jiné se objevují ve zvýšené a neadekvátní míře – představa otevřené výměny názorů a hádky je spojená s katastrofou nebo jakákoliv rodinná komunikace probíhá ve zlostném tónu, s výčitkami, zastrašováním, a podobně. „Zvýšená hladina napětí, obava ze zneužití otevřené komunikace nebo pocit ohrožení ... vedou k různorodým nepříznivým důsledkům pro všechny členy rodiny. Pro uživatele drog jsou nepochybně udržujícím faktorem.“ [62]

Jeden či více závislých členů rodiny. Riziková je především závislost u rodiče (rodičů). V rodinách klientů se setkáváme nejčastěji se závislostí na alkoholu u rodičů, dnes již však není výjimkou ani závislost na drogách. Závislost u rodiče vede k poruchám identifikace, „závislosti nápodobou“, též k rozpadům rodin (neúplnou rodinu nemůžeme vzhledem k velké rozšířenosti tohoto jevu označit za rizikový faktor vzniku závislosti, v individuálních rodinných anamnézách je to však přinejmenším komplikace). Hajný uvádí, že závislost rodiče narušuje u dítěte proces žádoucí idealizace (jako součást identifikace s rodičem) a popírání závislosti ze strany rodiče vede k hluboké nedůvěře a hromadění vzteku. [63]

2.2.4.3 Teorie kodependence

Pochopení této teorie má u mnoha klientů velký význam k objasnění vzniku a udržování závislosti v rodině. Podle S. Kudrleho se dá jednoduše nazvat závislostí na druhém. „Vychází z pocitu neadekvátnosti, rozštěpenosti, nízkého sebehodnocení, strachu z opuštění a ze ztráty identity.“ [64] Tyto znaky umožňují využít pro vysvětlení vzniku kodependentních vztahů Schmidbauerovy úvahy o narcistickém zranění, které jsem popsal v kapitole 2.2.4.1. a zároveň zahrnout do kodependentních vztahů za určitých okolností i terapeutů pracujících se závislými na drogách. Sebehodnocení postiženého vychází z toho, jak si myslí, že jej vnímají ostatní. Značně kontroluje ostatní a tím vylučuje možnost nechat se oslovit vlastními potřebami, proto nemůže vytvořit funkční a zralé hranice ve vztazích. [65] Hajný uvádí, že kodependentní členové rodiny se chovají tak, že drogovou závislost *umožňují* podle principu homeostázy. [66]

Příkladů z praxe je mnoho. Rodiče, jejichž vztah je prázdný, k sobě znovu nacházejí cestu prostřednictvím „řešení“ drogových excesů dítěte; ve chvíli, kdy se jejich potomek úspěšně léčí a tedy i separuje od rodičů, se jejich vztah rozpadá. Vystaví tedy dítě silnému tlaku výčitek a nedůvěry spojené s minimem emoční podpory, aby nevědomky dosáhli svého – tedy drogového relapsu a návratu situace do starých kolejí.

Jiný příklad (z kapitoly 2.2.4.2): osamělá matka, pro kterou je její dcera důvěrníci a kamarádkou, prožívá úzkost z toho, že dcera dospívá a chystá se matku „opustit“. Drogová závislost napomáhá dceru udržet v dětské závislosti a zajišťuje trvalou kontrolu matky nad dceřiným životem – dcera není schopna se postavit na vlastní nohy. V léčbě závislosti bude matka pravděpodobně odmítat spolupráci a zpochybňovat úspěch léčby. Bude-li spolupracovat, pak jedinečně za účelem posílení vlastní kontroly nad situací (bude dohlížet, aby dcera nebyla terapeutky nežádoucím způsobem indoktrinována a vyvolávat v dceři pocity viny kdykoliv se v terapii narazí na rodinnou problematiku). Tato matka bude také dělat přesně cílené „chyby“, zvyšující pravděpodobnost relapsu dcery. Je jasné, že všechny tyto procesy jsou nevědomé. Jedinou šancí terapie je zvědomit je dceři, která stojí před náročným úkolem separovat se od matky a zároveň ji „neopustit“.

3. PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Charakteristika léčebného programu v PL Červený Dvůr

Psychiatrická léčebna Červený dvůr se zaměřuje na residenční léčbu alkoholismu, drogové závislosti a patologického hráčství. Léčba je střednědobá, tj. 3 až 6 měsíců. Kapacita léčebny je cca 100 pacientů, kromě pacientů na detoxikačním oddělení. Pacienti jsou rozděleni do 3 oddělení, každé oddělení se dále dělí do 3 skupin. Většina terapeutických aktivit se odehrává v rámci celého oddělení. Struktura terapeutického programu se během posledních 30 let téměř nezměnila, změnila se ovšem struktura klientely. Zatímco v 80. letech byla většina pacientů v léčbě kvůli potížím s alkoholem, od 90. let se zde léčí i závislí na nealkoholových drogách – těch je dnes kolem 50%. Terapeutický program je zaměřený na režim, tj. plnění a zvládání režimových povinností. Režim je zářmován složitým systémem pravidel, za jejichž plnění či neplnění se uděluje kladné a záporné body. Bodové hodnocení je pak vázáno na jisté výhody, např. vycházky, návštěvu posilovny, atd. V léčbě se využívají tzv. komunitní principy (např. podíl patientské samosprávy na provozu oddělení, skupinová a komunitní dynamika), je však třeba říci, že od systému terapeutické komunity se zásadně liší – mezi odbornou obcí např. převažuje názor, že terapeutická komunita má mít pouze několik „kardinálních“ pravidel, o nichž se nediskutuje, komunita s příliš mnoha pravidly je mrtvá. V PL Č. Dvůr je relativní nedostatek skupinové psychoterapie (během 3 měsíců absolvuje pacient v ideálním případě 12 skupinových sezení, 12 arteterapeutických skupin a 84 „komunitních“ sezení, tj. aktivit v rámci celého oddělení. V programu terapeutické komunity je to za stejné období cca 108 skupinových sezení, vč. arteterapie a 72 „komunitních“ sezení). Z toho mimo jiné vyplývá neobvykle silné a důležité postavení arteterapie v programu léčebny. Jelikož již tradičně v léčebně pracují absolventi arteterapie na PF JČU, je zdejší arteterapie také jednou z mála příležitostí pracovat s pacienty z hlediska hlubinně-dynamického přístupu. V léčebně se s úspěchem využívá týdenních návštěv rodičů nebo blízkých pacientů, kteří se s pacientem účastní celého programu, včetně arteterapie. Taková spolupráce rodiče je doložena v jedné z následujících kazuistik.

3.2 Arteterapie v léčebném programu

Arteterapie v léčebném programu se koná pro pacienty jednou týdně v rozsahu cca 2,5 hodiny. Na odd. C, kde jsem působil, byla účast pacientů na můj návrh rozdělena po skupinách, jejichž byli pacienti členy, pracoval jsem tedy ve 3 blocích za týden pokaždé s jinou skupinou. (Dosavadní praxe byla dělit na arteterapii pacienty z oddělení na dvě skupiny - dělení tedy neodpovídalo terapeutickým skupinám). Účelem této změny bylo navázat arteterapeutické skupiny na další skupinovou práci a snížit počet účastníků arteterapeutického sezení.

V rámci arteterapie pacienti obvykle malovali vodovými barvami, terapeutické vedení a instrukce k malování odpovídaly metodice vyučované na PF JČU. Pacienti měli k dispozici sadu základních témat, po jejich zpracování (zpravidla v pokročilejší fázi léčby) jsme se s pacienty domlouvali na individuálních tématech. Individuální témata jsme zařazovali také v případě účasti rodičů či partnerů na arteterapii. K podpoře výtvarného posunu v tvorbě jsem místy zařazoval realistickou kresbu nebo malbu – např. „Portrét muže“, „Kresba celé postavy“, „Kresba stromu“, „Podzim v parku“, atd. Několikrát jsem zařadil modelování – práci s hlinou.

Základní témata z větší části odpovídaly tématům zpracovávaných během studia arteterapie na PF JČU. Jsou to: Adam a Eva, Matka a dítě, Mořská panna, Červená Karkulka, Šípková Růženka, Já, partner a jeden z rodičů, Loutkové divadlo. Od kolegů arteterapeutů, kteří v léčebně působili přede mnou, jsem převzal další témata, která jsem se rozhodl v nabídce ponechat: Nejhorší zážitek z dětství, Dárek, Pohled z okna, Sport, Bůh.

Pacienti též během prvních týdnů léčby vytvářeli koláže, základem byla Rodinná koláž, Studená koláž (lidé, situace, místa..., která jsou pacientovi nepříjemná, nepřijatelná) a Teplá koláž (opak studené, věci, lidé, situace, místa, kde se pacient cítí dobře, jsou mu příjemná, spojená s bezpečím, pohodou, atd.). Další témata se většinou z časových důvodů nedařila pomocí koláže zpracovat, obvyklé ale bylo, že pacienti vytvářeli koláž na stejné téma podruhé (protože nedodrželi metodické zadání nebo potřeba nové koláže vyplynula z interpretace).

Oproti běžné praxi vyučované na katedře arteterapie PF JČU jsem až na výjimky nepracoval s testem KTC. Tento test se mi nepodařilo integrovat do praxe tak, aby jeho používání při práci s klienty pro mě bylo užitečné a smysluplné. Hlavním důvodem bylo moje přesvědčení, že proces terapie má být pro klienta v každé fázi pokud možno

srozumitelný, neboť je tím posilována klientova kompetentnost a zodpovědnost v terapii. Tento rozpor se mi nepodařilo překonat.

Interpretace výtvarného díla probíhala formou „individuálu ve skupině“, s přiměřeným zapojením skupiny tam, kde to bylo možné a žádoucí. První interpretaci jsem zařazoval obvykle až poté, kdy měl pacient vytvořenu Rodinnou koláž a minimálně 3 až 4 obrázky na základní témata. Tato interpretace měla mimo jiné pomoci pacientovi lépe se zorientovat ve svých vztahových a dalších osobních problémech (nebo je vůbec objevit a zformulovat) a připravit je k dalšímu zpracovávání během terapie v léčebně. Před ukončením léčby probíhala tzv. závěrečná interpretace, jež měla mimo jiné pomoci pacientovi zrekapitulovat výsledky práce na osobních problémech dosažené v léčbě a ujasnit si, na kterých tématech chce dále systematicky pracovat v rámci doléčování nebo následné psychoterapie. Snahou bylo, aby měl pacient během léčby tři interpretace – to se ale z časových důvodů málokdy podařilo a u většiny pacientů tedy proběhly maximálně dvě interpretace.

Z interpretací jsem pořizoval zápis v rozsahu půl až jedna strana A4, který byl součástí osobní dokumentace pacienta. Kopii tohoto zápisu jsem předával pacientovi – zde bylo třeba dbát na to, aby součástí zápisu byly pouze závěry, které zazněly během interpretace, případně doplněné mým komentářem. Pacient tak mohl závěry z interpretace použít při další arteterapeutické práci (např. výtvarně-metodická doporučení) a témata zmíněná v zápise zpracovávat během skupinové terapie. Pořizování zápisu z interpretace jiným pacientem se mi neosvědčilo, neboť tyto zápisy měly velmi kolísavou kvalitu. Výtvarná díla klientů se archivovaly, jak fyzicky, tak elektronicky. Během praxe v PL ČD jsem takto zdokumentoval výtvarnou produkci cca 100 pacientů a pořídil podobné množství zápisů z interpretací.

3.3 Metodika praktické části

V praktické části zpracovávám dvě kazuistiky. Výběr pacientů k oběma kazuistikám spočíval v následujících kritériích: zastoupení obou pohlaví, oba jsou závislí na nealkoholových drogách, každý z nich na jiné (pervitin a heroin – nejčastěji zastoupené nelegální drogy u klientů všech typů léčebných zařízení), vybraní pacienti nepatří mezi sexuální, etnické či jiné menšiny, oba jsou mladí a tedy je pro ně aktuální řešení problémů v primární rodině, rodinná problematika se jevila během arteterapie jako zásadní a oba byli v práci na této problematice celkem otevření a ochotní

spolupracovat (v jednom případě se podařilo ke spolupráci v arteterapii přizvat i matku klienta).

3.4 Kazuistika ženy závislé na pervitinu

Devatenáctiletá Eliška přišla do léčebny z psychiatrie v Praze, kam ji nechal otec hospitalizovat pod záminkou detoxikace kvůli toxické psychóze vyvolané masivním užíváním pervitinu. Stav byl pro ni tak nepříjemný, že se nechala přesvědčit k léčbě ze závislosti. Na oddělení bylo v té době nejmladší a jedna z mála žen. Rychle se stala benjamínkem oddělení pro svůj dětsky otevřený, roztomilý, ale nikoliv „rozcvičený“, či pubertální projev. Bylo překvapivé sledovat, jak rychle si získala sympatie a určitý respekt celého oddělení, včetně personálu. V rámci terapeutického programu vystupovala vůči ostatním aktivně, s přiměřeným zájmem a nápadně zralými postoji – uvážíme-li její nízký věk a fakt, že od 14 denně užívala alkohol a marihuanu, od 15 let pak pravidelně pervitin. Dětské chování, „zlobení“ nebo nějakou formu vzdoru vůči autoritě personálu, typické pro mladé uživatele drog v léčebně, jsme u ní ani ve volném čase mimo strukturovaný program nezaznamenali. Jednalo se o první pokus o léčbu, proto můžeme vyloučit naučené „léčebenské manýry“ některých zkušených konzumentů systému péče. Stručně řečeno: právě Eliščíno bezproblémové chování bylo známkou vážných problémů.

Obr. 3: Šípková Růženka



Eliška zvolila jako první téma v arteterapii Šípkovou Růženku. Zámek, ve kterém spí Růženka, má charakter ruiny, je nápadný dvěma věžemi, větší a menší a dvěma

vyvěšenými smutečnými prapory. V každé věži je veliké zamřížované okno, okna jsou prázdná (bílá čtveřka). Jakoby se zde držel smutek za dvě osoby. Růžové keře v okolí zámku jsou zvalené a oproti pohádce zde netvoří překážku ke vstupu do zámku. Zámek zato nemá žádný vchod. Ponurou atmosféru zdůrazňuje antropomorfizované slunce se smutným, nešťastným výrazem, mraky na nebi a černí ptáci. Ti se ve výtvarné produkci dále opakují. Princ tedy možná přichází pozdě (v okolí zámku již muselo proběhnout cosi dramatického, co zvalelo růže). Princ je výrazně orientován do identifikačního místa, Eliška sama může být tím princem (přestože je docela pohledná, je zvyklá se oblékat v neženském stylu drogové techno-subkultury, do volného, chlapeckého oblečení). Dvě osoby, uvězněné v zámku, mohou být ona, se svou matkou (větší a menší věž), ve spojení, ze kterého není úniku. Doporučuji pokoušet se budovat prostor – neohraničený obzor. Takto Eliška otevřela klíčový problém terapie.

Obr. 4: Červená Karkulka



Obrázek zaujme černým orámováním (možná úvaha o trestu či pocitech viny v souvislosti s tématem, též zastavený čas). Karkulka se vydává na cestu, na kterou ji poslala matka. Barva Karkulčiných šatů směřuje opět k matce (fialová s růžovým podtónem). Je zde již snaha o jisté budování prostoru – na rozdíl od prvního obrázku rozlišuje obzor, pokus o tři plány vyznívá ale ploše, první plán je prázdný, malování v pásech odkazuje na možnou incestní problematiku. Absence prvního plánu, „provozní roviny“, kde se nachází jen špinavá šedohnědá plocha, může souviset s pokračujícími psychotickými stavy, které ji znepokojují, je si vědoma, že tyto potíže již měly dávno odeznít (před nástupem do PL Č. Dvůr strávila již měsíc na psychiatrii, tam ale halucinace disimulovala – bála se psychiatrické medikace a chtěla brzy propustit). Nyní toto téma otevírá. Halucinace mají povahu nesmyslných vizí, např. vidí automat na

žvýkačky tam, kde není a slyší hlasy, které „vtipně“ komentují dění kolem ní. Ve společnosti pacientů se začíná cítit ohrožená a ve volném čase se stahuje do samoty. V rámci programu léčby je ale stále aktivní, o svých potížích otevřeně mluví a všichni ji obdivují, jak to vše dobře zvládá. To ale není přesně to, co by potřebovala. Jejím programem je nezhroutit se za žádnou cenu, pokračuje ve stejné strategii jakou zaujímala před léčbou, zejména vůči rodině.

Karkulka na obrázku, zdá se, opět přichází v jistém ohledu pozdě – vlkovi kape z tlamy krev. Karkulka má prázdný košík, nemá tedy co nabídnout. Situace působí spíše rozpačitě než jako ohrožující, přestože je patrný Karkulčin afekt. Ten může být jak útočný, tak vyděšený. Malování v pásech a postavy umístěné na spodní lince odkazují k věku kolem 6 let. To byl věk rozchodu rodičů a období kdy si začala uvědomovat matčiny psychické potíže. Otec ji kontaktoval až ve 14 letech, neměla však zájem se s ním stýkat, vyčítá mu, že od nich odešel. (Vlk se nasytil jinde a Karkulka už mu stejně nemá co nabídnout.) Matka se ale na otce obrátila o pomoc s Eliščinou závislostí na drogách krátce před léčbou.

Zmiňovaná incestní problematika pramení z otáčení rolí v rodině. Matka je duševně labilní, trpí depresemi a je závislá na alkoholu. Od dětství často doma úplně chyběla, neboť opakovaně pobývala na psychiatrii. Eliška ji nazývá skleníkovou květinou. Často měla o matku strach, při návratech ze školy s obavami očekávala, „jak na tom máma zase bude“. Matka se již od doby rozchodu s otcem (nebyli manželé) dceři svěřovala se svými problémy, včetně partnerských. Eliška byla angažovaná v následných matčiny partnerských vztazích (matka si několik známostí našla v psychiatrické léčbě, několikaletý vztah ukončila sebevraždou těžce depresivního partnera – i takto lze vnímat setkání Karkulky s vlkem). Sama se matce bála svěřovat se svými starostmi, „aby jí nepřitížila“. O Elišku se průběžně staral strýc, matčin bratr. Ten se k nim i se svou přítelkyní nastěhoval a společně Elišku prakticky vychovávali. Strýcův partnerský vztah se záhy rozpadl a spolu s Eliškou vedli domácnost. Strýc je pro Elišku starším kamarádem, bez autority. Mezigenerační hranice jsou narušeny i tím, že spolu opakovaně kouřili marihuanu.

Skutečné sexuální zneužití Eliška negovala, to ale nic nemění na faktu, že situace v rodině byla nastavená zmateně pokud jde o sexuální role.

Obr. 5: Matka a dítě



Zde se po počátečních nejistých pokusech o vyrovnávání se s matkou již nevědomky vyslovuje sama za sebe a méně s ohledem na matku. Ve výtvarné produkci ale chybějí úhlopříčky, výraznější pohyb (přes jistou snahu o komunikaci). Eliška nemá dostatečně zvědoměno, že pracuje na vztahu s matkou a vzhledem k jejímu špatnému psychickému stavu ji do ničeho nenutím (to se nakonec ukázalo jako rozumné, když po 10 týdnech z léčby k překvapení všech odešla). V teoretické části práce zmiňuji problematiku primárního narcismu, která se objevuje v obr. Matka a dítě – regresivní touha po Jednotě s matkou a vědomí její nedosažitelnosti (dveře jsou zavřené); žádný skutečný kontakt, dítě je zde jako věc, bez rukou, tedy bez možnosti se matce přiblížit. S tím souvisí Eliščina bezmoc vůči matce, kterou se pokoušela kompenzovat pervitinem (a identifikací s ní).

Ve výtvarné produkci se objevuje hnědá, vztahující se k otcovské autoritě, jako protipól „mateřské“ fialové. Přes chronicky velice nepříznivou rodinnou situaci od 15 let žije pro ni relativně uspokojivým sexuálním životem za vydatného střídání partnerů, jejím cílem je „neskončit jako matka“, slabá a sama. Pervitin, který užívá od 15 let, byl pro ni nástroj separace a zdroj energie, kterou z ní matka vysávala. Paradoxně ale matčin osud kopíruje. Žena na obrázku je velmi podobná Elišce – negativní identifikace s matkou (matka na identifikačním místě) se nakonec stává identifikací bez přívlastku. V této chvíli jsme dosud netušili, že navázala poměr se spolupacientem (podobně jako to dělala matka), který ji nakonec přiměl k rychlému odchodu z léčby.

Obr. 6: Adam a Eva



Eliška zde zaujímá určitý odstup od tématu sexu a partnerských vztahů. Identifikační místo není obsazené, blíže je postava muže. Opakuje se problém otáčení či zmatení tradičních rolí ve vztazích. Eva i Adam mají mužské přirození; jablko, které by mělo patřit k Evě, visí nad Adamem, Eva má jistější výraz než Adam. V produkci se již podruhé vyskytuje motiv černé skvrny či díry v kmeni stromu – muž je slabý, „poškozený“ a nezakryje to širokými rameny a muskulaturou – možná souvislost s postavou strýce a též posledního partnera (méně „zkušený“ uživatel pervitinu, uprchlík z výchovného ústavu, velmi mladý a bezprizorní), o kterého Eliška materiálně pečovala. Černou skvrnu posunula nyní více do středu, zvětšila ji a zarámovala hadem – to mě vedlo opět k úvahám o sexuálním zneužívání - ale dále nepodloženým.

Eliška zde rezignuje na doporučení ve výtvarné metodice, pokouší se lépe propracovat postavy, ale nezvládnutí prostoru a úplná absence komunikace postav a pohybu je krokem zpět. (Pacienti často volili téma Adam a Eva jako první v léčbě, „začít od Adama“, obr. měly většinou podobné jednoduché schéma – Eva s Adamem „pózuji“ čelem k divákovi, mezi nimi strom a kolem téměř nic.) Potřebu přehlednosti v obrázku – nepřekrývání, větší čisté barevné plochy – vnímám jako odpověď na Eliščinu dezintegroující psychotické stavy.

Obr. 7: Já, partner a matka



„Deprivační“ kontext situace – objevuje se v motivech, které zobrazují prostor, domov, opakují se mříže v oknech a jakási bezvýchodnost (v předchozích obrázcích zámek a prodejna Jednota). Matka a partner jsou lačně orientováni na Elišku, která před oběma skrývá své pocity (odvrácená tvář), oba od Elišky něco chtějí, ta působí jako spojující prvek, ruce v uklidňujícím gestu. Matka i partner mají nápadně krátké ruce (pasivní), navíc v křeči – hrozící pevné sevření. Na postavě uprostřed je patrná bezradnost, nemožnost se emočně projevit, proti ní stojí zeď. Přítel (a pervitin) pro ni znamenají únik, svobodu. Vybírala si společnost lidí „na okraji“, mohla si s nimi popovídat, „jak to mají doma blbě“. Užívání pervitinu a život mezi ulicí a bydlením „po kamarádech“ jí umožňovalo necítit se jako oběť, dělat to jako vzdor rodině, situaci doma – jedná se tedy o typický příklad negativního odehrávání (agování), formou přeměny pasivního v aktivní, jak je popsáno v teoretické části práce.

Otec, který svým odchodem výrazně přispěl k rozvoji Eliščiných pozdějších problémů, může být podle výkladu symboliky barev zastoupen nejasnou hnědou plochou. Eliška se k němu nevědomky vztahuje jako k naději či východisku, jeho pokus o sblížení před několika lety ale odmítla, nechce mu odpustit.

Obr. 8: Mořská panna



V obr. Mořská panna si Eliška poprvé s lehkostí vychutnala hru s barvami. Nedostatky ve zpracování prostoru v případě tohoto tématu nejsou tak markantní (nevadí tolik), poprvé zvládla barevnou doplňkovost.

Je to první téma, ve kterém neřeší vztah nebo interakci s jinou osobou – objekty kolem nejsou osoby, ale hračky. Sama je s obrázkem spokojena, vzhledem k jejímu věku a poměrně náročným tématům, vyplývajícím z předchozí produkce, má na takovou hru nárok (téma samo odkazuje na období „hraní si s panenkami“). Chybí vztahová osoba, což spolu se zdůrazněnou orální problematikou dávám do souvislosti s uvolněním, splnutím v rámci narcistického primárního stavu – viz výše. Nutno ale dodat, že „hračkami“ kolem mořské panny byly u Elišky v pozdějším věku drogy (kromě pervitinu mohutně popíjela a pravidelně užívala MDMA – k této droze nejvíce odpovídá „diskotéková“ barevnost a rybičky s hvězdicemi u dna) a náhodné dobrodružné sexuální kontakty.

Opakující se motiv neúplnosti představuje hrnec, ve kterém bychom očekávali poklad, ale není tam nic. Hovoří-li se v souvislosti se symbolikou Mořské panny o její nedostupnosti pro muže, zde se nabízí ženský pohled – mořské panně chybí muž a s hračkami si věčně nevystačí.

Obr. 9: Ledová královna



Eliška se obloukem vrací k problematice „negativního aspektu matky“, který toto téma (mimo jiné) symbolizuje. Opakuje se motiv dvou věží, který, jak předpokládám, legitimizuje interpretaci obr. Šípková Růženka. Opakování dalších motivů (mříže, černí ptáci) zřejmě znamená nevědomou rekapitulaci léčby a přípravu na předčasný odchod – to si samozřejmě mohu dovolit soudit zpětně, během arteterapie s Eliškou jsem takto neuvažoval. (Pozn.: Vzhledem k značné fluktuaci pacientů a vysokému podílu předčasně ukončených léčeb, je možné, že jsem si vůči podobným varovným jevům vypěstoval určitou selektivní slepotu. Přesto se domnívám, že jsem prevenci předčasného ukončení léčby trávil více než polovinu času tráveného přímou prací s pacienty PL.)

Za významné považuji vyprázdňené identifikační místo v obrázku. Ledová královna zcela ovládá prostor, kontroluje (zvýrazněné oči), má potenciál verbální agrese. To vše je shora rámováno pocity viny, trestem – Eliška má opakované zkušenosti se sebepoškozováním, na „dojezdech“ po pervitinu se řezala do kůže, aby si ulevila od napětí. Pocity viny jsou zcela namístě – pokud byla Eliška již od 6 let matce důvěrníci a kamarádkou, ve své roli neobstála, protože matka měla a dosud má závažné problémy všeho druhu. Není třeba zdůrazňovat, že v této roli Eliška ani neměla žádnou šanci „obstát“.

Zde se také ukazuje typický příklad „zisku z nemoci“ – matka, které se několikrát rozpadl partnerský vztah a hrozí jí samota, si dceru pevně připoutává svou nesamostatností a slabostí (pomineme-li, že dcera toto připoutání přesně v duchu rodinné patologie potvrzuje svou drogovou závislostí). Přestože je matčina

psychopatologie zřejmě velmi závažná a já o ní nemám dostatek informací, můžeme na tento případ s jistou opatrností pohlížet jako na typický kodependentní vztah.

Obr. 10: Loutkové divadlo



V obr. Ledová královna i v obr. Loutkové divadlo ustupuje Eliška od předchozích mírných zlepšení v práci s barvami a prostorem, je na tom po výtvarné stránce stejně jako na začátku terapie. Maluje rychle, bez soustředění, je méně ochotná o obrázcích hovořit. Zpětně si to vysvětlují tím, že léčba pro ni fakticky skončila ve chvíli, kdy navázala vztah se spolupacientem a schylovalo se k jejímu odchodu z léčby. To je dokladem tvrzení, vyučovaného na Katedře arteterapie JČU, že vývoj výtvarného projevu kopíruje proces léčby obecně a jeho deficit, nebo vývoj směrem k méně zralejším formám výtvarného projevu znamená vážnou komplikaci v léčbě, která se v tu chvíli ani nemusí jinak projevovat.

Je až s podivem, jak konzistentně lze v rámci arteterapeutického případu sledovat linii jednoho problému a jeho variant. To mě vede k rozporuplnému dojmu: problém se jeví jako zřetelný a úvahy o problému pacientky se neustále doplňují a potvrzují dalším materiálem v průběhu arteterapie, na druhou stranu je tato linie problému až příliš nápadná a jistě není jediná. Je velice pravděpodobné, že za problém s matkou, který pacientka alespoň do jisté míry vědomě nabízí, budou ještě další, méně zřetelné a méně přístupné vrstvy. Jediným oprávněním ke zdůraznění problematiky vztahu s matkou je zde spolupráce pacientky, která se (vědomě či nevědomě) chce a potřebuje tímto v arteterapii zabývat.

Obrázek Loutkové divadlo vyjadřuje bezmoc a strach ze závislosti. Nejen z vlastní, ale i z matčiny (barva nápoje) a ze závislosti na matce (můžeme ještě dodat ze sdílení závislosti – barevnost pozadí).

Obr. 11.: Rodinná koláž



Matka (vlevo nahoře) je v akváriu, je třeba ji obklopovat hezkými věcmi, aby se jí neublížilo. Strýc rocker (úplně vpravo) je vůči Elišce v generačně nejasném postavení (zdůrazněno obousměrnými šipkami), má černé brýle, nechce ukázat, na co se dívá, možná nechce vidět. Eliška je uprostřed, bez těla. Váha vedle odkazuje k možným potížím v příjmu potravy, což později potvrzuje. Absence těla souvisí s nejasným sebepojetím a tělesným schématem – již v dětství se musela chovat dospěle, protože její matka to nedělala, užívání pervitinu a přejídání spojené se zvracením mohlo být nevědomým pokusem, jak se udržet v dětství (zůstat hubená, dětská). Úzká základna formátu koláže svědčí o celkové nestabilitě v rodině, rodina je dostupná více v představách, její běžnou realitou a „rodinou“ byly před léčbou toxikomanské byty a přátelé z ulice. Eliška se nyní nachází uprostřed mezi nefunkční rodinou, která nemůže uspokojit její potřeby (jasné hranice, bezpečí, city) a užíváním drog, o kterém již ví, že není perspektivní.

3.5 Kazuistika muže závislého na heroinu

Jiří, 28-letý muž přišel na oddělení po půlroční recidivě na heroinu, který užívá 7 let. Drogovou kariéru zahájil v 15 letech alkoholem, od 16 let pravidelně kouřil marihuanu a injekčně užíval pervitin. Má za sebou několik léčebných pokusů včetně řádně ukončené léčby v terapeutické komunitě.

Obr. 12: Adam a Eva



Modrozelená barevnost se ve výtvarné produkci objevuje i dále. Zde je ale dominantní. Barevnost svědčí o emočním chladu a potenciálu úzkosti. Chybí doplňková barva ke žluté. Jiří má problém se zvládnutím prostoru – přestože je zde pokus o perspektivu, není řádně vyřešen – nedostatečné členění plánů, prázdný prostor. Náznak pohybu je jen velmi opatrný (úhlopříčka tvořená rukama Adama). Určitá „zatuhlost“ je vidět v postavách – je dána konturováním, zejména u Evy a navíc podpořena neproporčními, příliš krátkými končetinami obou postav.

Vzniká určitý zmatek v rolích mezi postavami. Oproti kanonické předloze příběhu je to Adam, kdo trhá jablko, jsou potlačeny sexuální znaky a ženská postava má blíže k identifikačnímu místu. Při rozhovoru na toto téma (i v souvislosti s kultivovaným, „oblým“ stylem malování) připouští opakovanou homosexuální zkušenost, přestože se považuje za heterosexuála.

Doporučuji Jiřímu podpořit perspektivu překrýváním objektů.

Obr. 13: Červená Karkulka



V obr. Červená Karkulka je vidět snahu o překrývání objektů, přesto jsou postavy „vyjmenované“ na jedné úrovni. První plán, tvořený postavami, je tím nadsazen a prostor pod nimi je nevyužitý. Rozpačité vyplnění prostoru v obr. Adam a Eva zde Jiří obchází volbou interiérové scény. Zajímavá je dvojí perspektiva – podlaha je více z nadhledu než zbytek scény, podobně jako v prvním obrázku. Doporučuji srovnat pohled, např. snížením obzoru (i když zde se o skutečný obzor nejedná). Ve výtvarném rukopise se objevuje více dynamiky, ale s nedotaženými detaily – např. ve tvářích babičky a Karkulky. S detailem bude mít Jiří potíže i nadále. Dynamiky v obrázku dosahuje též perspektivní zkratkou (postava vlka), kontaktem postav (babička a Karkulka), ale též zdařile použitými „pseudoprostředky“ – dvojí perspektiva a až přehnaně dramatická postava mrtvého vlka. Prohlubuje se disproporce v postavách – doporučuji pokusit se o dospělejší postavy a dále pracovat na překrývání, odstranit dvojí perspektivu.

V rámci interpretace, pod dojmem rozsáhlé plochy světle hnědé, vedeme debatu o jeho výchově v rodině, v tomto případě zejména o otci. Jiří byl často bit, otec od něj vyžadoval vynikající výsledky ve škole, kterých ale nedosahoval. V jeho dospívání neproběhl žádný přímý střet s otcem, Jiří se vždy autoritě absolutně podvoloval. Otcovo přísné chování k němu ale chápe jako bezradnost, otec si s ním nevěděl rady, proto ho tolik trestal. Nahromaděný vztek obracel Jiří vždy proti sobě – destruktivní užívání heroinu s opakovaným předávkováním a trvalým poškozením dolních končetin (kulhá), opakované pokusy o sebevraždu podřezáním. Míru jejich demonstrativnosti lze usuzovat z dramaticky napózovaného vlka. To, co demonstruje, směřuje k otci. Obrázek nepůsobí jako šťastný konec pohádky, spíše jako tragédie vlka, které ostatní postavy

přihlíží. Přestože tvářím chybí detail, domnívám se, že Karkulka s babičkou truchlí nad jeho smrtí. Pozn.: Jiří absolvoval v PL Č. Dvůr pětiměsíční léčbu, během celé této doby neprojevil vůči personálu vztek, přestože k tomu měl mnoho dobrých příležitostí a důvodů. Když se ocitl pod tlakem, projevoval pouze lítost, kritiku přijímal bez výhrad.

Vlk leží na manželské posteli, okna mohou evokovat políčka filmu – naznačená problematika raných sex. zkušeností nebo událostí, jejichž byl svědkem. Rodiče Jiřího jsou několik let rozvedení, ale v kontaktu. V dětství otec opakovaně bil matku, nadměrně pil, více se o této problematice nepodařilo zjistit. Následná práce na vztahu s matkou a rodinná arteterapie ale mnohé objasňuje.

Obr. 14: Šípková Růženka



Ve výtvarné produkci jsou znatelné výkyvy, Jiří plní některé metodické pokyny – zde zdařilejší proporce postav, překrývání, naznačené úhlopříčky. V jiných ohledech se mu ale nedaří – opět chybí detail, výrazy tváře, prostor je celkově rozmlžený.

Nejednoznačnost ve výtvarném zobrazování odkazuje opět k jeho přehnané kultivovanosti a snaze vyhnout se konfliktu, ze kterého je zvyklý vždy odcházet jako poražený. Křehkost a tendenci podléhat ztvrzuje růžová barva v postavě prince, která je v ostrém protikladu vůči dolní polovině těla – hnědá a černá, ještě „omužnělá“ mečem.

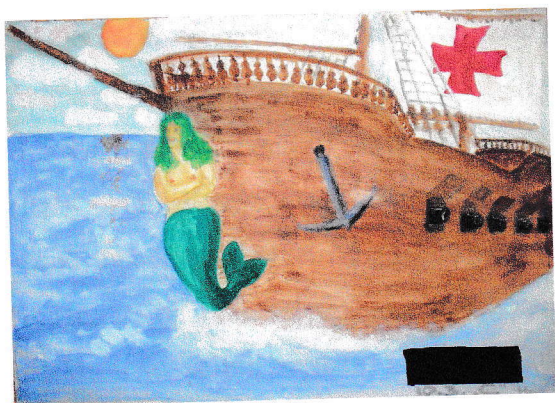
Obr. 15: Já a partnerka



V obr. je určující kombinace žluté, hnědé a (modro)fialové barvy, tedy barev nesoucích jisté napětí, problém, či patologii. Postava muže je dětská, disproporční. Daří se využívat doplňkových barev, v kompozici nechybí rytmus a pohyb – úhlopříčka. Použitím sytých barev je obrázek jednoznačnější než minulý, téma (izolace, samota, stesk) je pevně zakotvené, a to jak výtvarně, tak v životě Jiřího. Velká žlutá plocha působí ostře až jedovatě.

Jiří měl jednu vážnou známost, partnerce ale „nedokázal dát, co potřebovala“, poté, i v důsledku drogového životního stylu, měl jen nahodilé sexuální kontakty. Po partnerském vztahu a vzájemnosti touží, ale zůstává u fantazií – maluje obraz a to stále dokola (zmačkané papíry na zemi). Nízké sebevědomí (krátké nohy), silná introverze a snížená schopnost dávat najevo emoce (touhu), které jsou spojené s pocity viny (postava v modré a šedé barvě) je zesíleno dvojím rámováním představy partnerky. Tato představa může být spojená s očekáváními otce od Jiřího (hnědý rám), anebo obecněji normou (žlutý rám), která stlačuje mužskou postavu směrem dolů.

Obr. 16: Mořská pana



Oproti úvodním obrázkům už Jiří plně využívá potenciálu barev v sytějších odstínech. Problém je v izolovanosti barev – zelené a červené.

Mořská panna je vytlačována mohutnou lodí z centra obrázku. V identifikačním místě je konfliktní kombinace hnědé a černé – děla připravená k vypálení. To považuji v rámci terapie za slibné. Přesto je loď interpretačně nejasná – kromě potenciálního konfliktu je vybavena kotvou a červeným křížem, tedy určitou protiváhou děl. Objevuje se až nutkavé opakování motivu – zábradlí, děla, lanoví. Nutkavé chování, v Jiřího případě to bývala aplikace drog, je vyjádřením snahy vyhnout se konfliktu, který ho v léčbě díky jeho otevřenosti a dobré spolupráci čeká. Na straně „ty“ je výrazná studená nebo „neurotická“ kombinace modré a zelené. Chápeme-li mořskou pannu jako symbol nedostupné ženy, můžeme uvažovat i Jiřího vztahu s matkou. Společně naplánovali její týdenní účast na terapii PL.

Obr. 17: Nejhorší zážitek z dětství

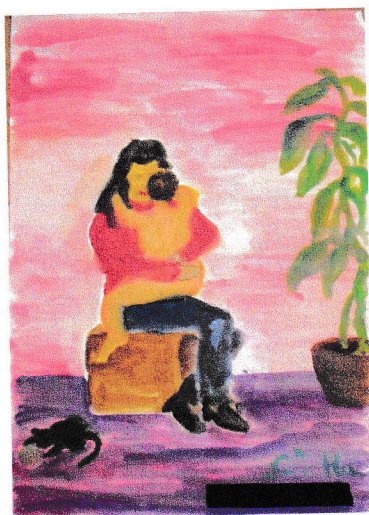


Tento obrázek se barevností – převažující modrá a zelená vrací na úroveň prvního obrázku. Jinak nežádoucí pohled shora zde nevadí, neboť podporuje dojem hloubky

vody v bazénu. Chybí výraznější dominanta, tou by mohla být topící se postava, stejně jako postava plavčíka stojícího u bazénu. U postav se konečně začínají objevovat zřetelnější výrazy v tváři.

Obrázek se vztahuje k již probíranému tématu samoty a neschopnosti navázat blízký vztah. V dětství se topil v bazénu, nakonec ho zachránili lidé okolo. Obrázek ale působí opačným dojmem – plavčík a opalující se žena v klidu přihlíží, jiná postava je otočená zády. Přestože Jiří zažívá zájem a přátelství ze strany např. spolupacientů (v kolektivu je velmi oblíbený), nedokáže se k nim lidsky přiblížit, pociťuje odstup a nedůvěru. Pozoruhodné je, že ani v terapeutické komunitě, kde se léčil, nezažíval blízkost a vzájemnost s lidmi. Uvědomil si, že za rozpor mezi skutečností (zachráněn před utopením) a představou (okolí je lhostejné k jeho starostem) je zodpovědný on sám a že pocit nedůvěry a ukřivděnosti, který vůči ostatním prožívá, si do okolí sám projikuje, aby se vyrovnal s úzkostí (modrá a zelená barva). Ukazuje se tak důležitý aspekt závislosti, popsany v teoretické části práce – závislí se často chovají v duchu výroku: „Co nechceš, aby ti ostatní činili, udělej si sám.“

Obr. 18: Matka a dítě



V obrázku Matka a dítě se objevuje pro Jiřího zcela netypická barevnost – červená, lomená do růžové a fialová. Sedící matka drží na klíně dítě, kontext chybí – pokus o vytvoření dojmu rodinného prostředí pomocí fikusů a hrajícího si zvířete na takto akcentovanou barevnost nestačí a vyznívá spíše komicky. Pro interpretaci je důležitá neproporčnost v postavě dítěte – kvůli zmenšené hlavě působí jako miniaturní dospělý.

Atmosféra na obrázku je jedovatá. Fialová, symbolizující ambivalentní matku (emočně angažovanou i odmítající) je podložena růžovou – tedy směrem k emočně

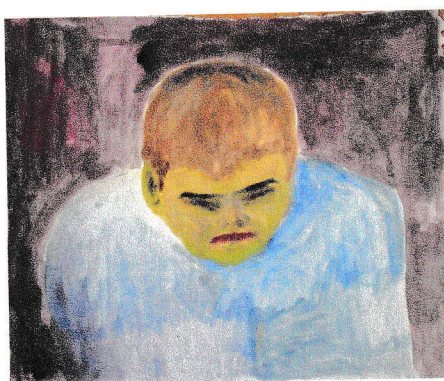
angažované podobě matky, ovšem nestabilně či patologicky. V postavě matky jsou dvě základní barvy, které tvoří fialovou, odděleny. Matka drží dítě pevným sevřením, má tvrdý úsměv. Dítě, nebo lépe zmenšený dospělý, je nahý, což podporuje dojem jeho bezmoci.

Jirího matka je dobře situovaná podnikatelka, v minulosti měla na Jirího málo času, ten to těžce nesl. Jsou na sebe hodně citově vázáni.

Obr. 19: Sport



Obr. 20: Můj nepřítel



V obrázku Sport je znovu patrný problém s dvojí perspektivou, obzor je příliš vysoko. Aby zvětšil prostor, který by jinak chyběl, pomáhá si sklápěním předních plánů do půdorysu.

Sebe namaloval jako vítězného běžce v cíli závodu, identifikačnímu místu je ale blíže druhý závodník, ve vyčerpaném postoji. To dokládá i autoportrétem na téma Můj nepřítel – postava je podobná. Hovoříme o jeho převažujících náladách – melancholie až deprese, v podstatě nezažívá pocity radosti. Tíží ho výčitky za poslední recidivu, předpokládal, že léčba v terapeutické komunitě musí být úspěšná. Stydí se hlavně před matkou a zaměstnanci TK. Jeho převažující nálady a postoj odpovídající osobám na obrázcích 19 a 20 se zdají jako nepřekonatelný úspěchu a spokojenosti (vítězný běžec).

Obr. 21: Park – malba podle skutečnosti



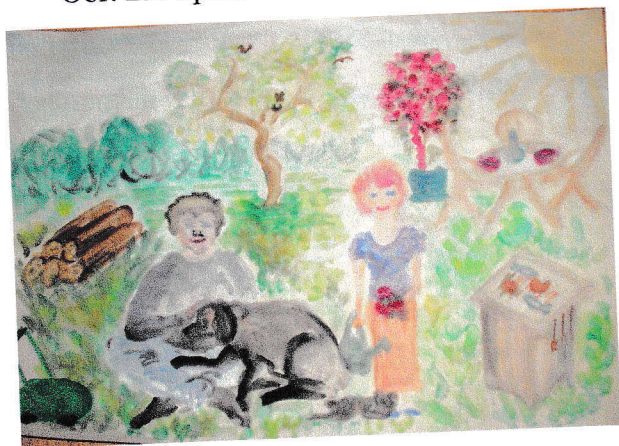
Z důvodu opakující se zdvojené perspektivy, sklápění do půdorysu a příliš vysokého obzoru ve výtvarné produkci zařazujeme malbu krajiny podle skutečnosti. To mu nečiní potíže. Drobným problémem je doslovné „akademické“ kopírování barev a tím chybějící doplňkovost barev (chybí červená).

Obr. 22: Malba Jiřího matky: Můj svět



Jiřího matka, která přijela na týdenní pobyt do PL, zde maluje na téma Můj svět. Je vidět emoční plochost, potřeba udržet emoce pod kontrolou, daná průsvitnými nevýraznými barvami (zde spíše situační, nepředpokládala, že terapeutické intervence budou směřovány také k ní). Nedostatek sytosti v barvách je bohatě vyrovnán množstvím objektů, popisností, až nepřehledností. Sama chce kontrolovat, o jakých věcech se bude hovořit, proto jich nabízí tolik a žádnou z nich výrazně. Zpočátku se chce udržet v roli přizvaného experta, chovat se konstruktivně, bez emocí. Jiří, který je připraven si s matkou vyříkat problematické záležitosti v jejich vztahu, je z matčina přístupu nešťastný, ale sám si nedokáže říci, co by chtěl. Chová se k ní ohleduplně, až s partnerskou něžností.

Obr. 23: Společná malba s matkou



Instrukcí bylo namalovat společný obrázek, kde bude Jiří a jeho matka v nějaké společné situaci. Oba se drželi na „své“ polovině obrázku. Jiřího část je výrazně temnější, s lépe zvládnutou perspektivou, matčina část je v méně sytých barvách, popisnější – tedy více vyplněná předměty.

Jde o situaci společně tráveného času na zahradě jejího domu. Jiří má byt hned vedle matky (matka mu jej koupila), jedná se o luxusnější bydlení. Jiřího příjem (většinou pracoval, přestože užíval drogy) na náklady bydlení nestačí, takže je financuje matka, ta se i o jeho byt stará. Na zahradu si zve k posezení známé a vyžaduje, aby se Jiří účastnil a byl dobrým společníkem. On to z duše nesnáší, ale nechce matku zranit a nedokáže se vůči ní vymezit. Nesamostatnost mu nevyhovuje, ale rád využije matčiných finančních dotací a péče. Vstřícnost, kterou projevuje (sekačka na trávu), vyrovnává skrytým, kultivovaným odporem (symbolizovaným šedivou barvou jeho oděvu) a občasnými drogovými excesy.

Matka (atraktivní žena kolem 50 let) působí spíše dívčím dojmem, pod dojmem obrázku můžeme říct, že až infantilním. Jejich soužití se podobá vztahu dvou partnerů. Aby se to zakrylo (jedná se o nevědomé procesy, skutečné partnerství, vč. např. sexu, tam není), jsou společné situace vysoce formalizované – posezení na zahradě má útulnou atmosféru, s důrazem na rituály (např. při stolování). Jejich vztah oba vnímají jako narušený, částečně také proto, že zejména matka má od Jiřího nevědomá očekávání, která on nemůže splnit. Přímé vyjadřování emocí je tedy komplikované. Na obrázku je mezi nimi pes jako „emoční zprostředkovatel“.

Během společné práce hledáme pro oba výhody Jiřího separace po léčbě. Jiří tuto myšlenku akceptuje lépe než matka. Ta je vůči němu úzkostná, prožila hrozné chvíle, když se Jiří předávkoval a bojoval na ARO o život. Chápe ale, že dosavadní situace jej

udržuje ve stavu „přerostlého dítěte“ z obr. Matka a dítě. V závěru Jiřího léčby se podařilo s oběma na separaci dohodnout, Jiří se odstěhoval do jiného města a podle dostupných informací se mu daří dobře.

4. ZÁVĚR

V této práci jsem se pokusil najít v různých teoretických pojednáních témata související s rodinnou problematikou. Zjistil jsem, že je jich mnoho. Ve dvou kazuistikách, uvedených v praktické části, jsem objevil množství odkazů na autory zmíněné v teoretické části. Z toho usuzuji, že praktická práce s rodinnou problematikou závislostí v arteterapii pomocí metodiky vyučované na PF JČU, má široké a do jisté míry dosud neprobádané opodstatnění a podporu v odborné literatuře nejrozličnějších teoretických směrů.

V kazuistikách popsáných v praktické části jsou popsáni dva uživatelé drog, svým příběhem podobní stovkám jiných. Největším problémem při jejich zpracování bylo zachovat v patrnosti všechny podstatné roviny arteterapeutické práce – výtvarné vedení i interpretaci, rovinu popisnou i vysvětlující, zaměření na chování v konkrétní situaci a přitom se nebránit hlubinně-dynamickým úvahám. Spojujícím prvkem těchto úrovní práce jsou dle mého názoru klienti sami, osobnosti v konečném důsledku neredukovatelné žádnými teoretickými konstrukty a terapeutický vztah, či obrazy a emoce, které se mi v souvislosti s nimi vybavují.

5. POUŽITÁ LITERATURA:

- Dodes, L. M.:** Addiction, helplessness, and narcissistic rage, on-line, www.cyberpsych.org/alcohol/dodes.htm, Re-printed from The Psychoanalytic Quarterly, 59:398 (1990).
- Erikson, E. H.:** Dětství a společnost, Argo, Praha 2002.
- Foucault, M.:** Dějiny šílenství, Nakladatelství Lidové noviny, Praha 1994.
- Freud, S.:** Výklad snů, Nová tiskárna, Pelhřimov 2002.
- Fromm, E.:** Mýtus, sen a rituál, Aurora, Praha 1999.
- Chvála, V., Trapková, L.:** Rodinná terapie psychosomatických poruch, Portál, Praha 2004.
- Kalina, K. a kol.:** Drogy a drogové závislosti 1, Úřad vlády České republiky, Praha 2003.
- Kalina, K. a kol.:** Drogy a drogové závislosti 2, Úřad vlády České republiky, Praha 2003.
- Liebmann, M.:** Skupinová arteterapie, Portál, Praha 2005.
- Miller, W. R.; Rollnick, S.:** Motivační rozhovory, SCAN, Tišnov 2003.
- Poněšinský, J.:** Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie, Triton, Praha 1999.
- Rotgers, F. a kol.:** Léčba drogových závislostí, Grada, Praha 1999.
- Rycroft, Ch.:** Kritický slovník psychoanalýzy, Psychoanalytické nakladatelství, Praha 1993.
- Schmidbauer, W.:** Psychická úskalí pomáhajících profesí, Portál, Praha 2000.
- Šicková-Fabrice, J.:** Základy arteterapie, Portál, Praha 2002.
- Yalom, I. D.:** Chvála psychoterapie, Portál, Praha 2004.
- Yalom, I. D.:** Teorie a praxe skupinové psychoterapie, Konfrontace, Hradec Králové 1999.
- Zábranský, T. a kol.,** Projekt analýzy dopadů novelizace drogové legislativy v ČR (Souhrnná závěrečná zpráva), ResAd, Praha 2001.

6. POZNÁMKY:

1. Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti 1, Úřad vlády České republiky, Praha 2003, str. 18
2. Kalina, K. a kol., tamtéž
3. Zábranský, T. a kol., Projekt analýzy dopadů novelizace drogové legislativy v ČR (Souhrnná závěrečná zpráva), ResAd, Praha 2001, str. 23
4. Zábranský, T. a kol., tamtéž
5. Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti 2, Úřad vlády České republiky, Praha 2003, str. 15
6. Miller, W. R.; Rollnick, S.: Motivační rozhovory, SCAN, Tišnov 2003, str. 15
7. Yalom, I. D.: Teorie a praxe skupinové psychoterapie, Konfrontace, Hradec Králové 1999, str. 105
8. Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti 2, Úřad vlády České republiky, Praha 2003, str. 97-101
9. Rotgers, F. a kol.: Léčba drogových závislostí, Grada, Praha 1999, str. 13
10. Rotgers, F. a kol.: Léčba drogových závislostí, Grada, Praha 1999, str. 17
11. Rotgers, F. a kol.: Léčba drogových závislostí, Grada, Praha 1999, str. 23
12. Rotgers, F. a kol.: Léčba drogových závislostí, Grada, Praha 1999, str. 59
13. Rotgers, F. a kol.: Léčba drogových závislostí, Grada, Praha 1999, str. 62
14. Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti 1, Úřad vlády České republiky, Praha 2003, str. 130-133
15. Rycroft, Ch.: Kritický slovník psychoanalýzy, Psychoanalytické nakladatelství, Praha 1993, str. 119
16. Dodes, L. M.: Addiction, helplessness, and narcissitic rage, on-line, www.cyberpsych.org/alcohol/dodes.htm, Re-printed from The Psychoanalytic Quarterly, 59:398 (1990).
17. Rotgers, F. a kol.: Léčba drogových závislostí, Grada, Praha 1999, str. 64
18. Dodes, L. M.: Addiction, helplessness, and narcissitic rage, on-line, www.cyberpsych.org/alcohol/dodes.htm, Re-printed from The Psychoanalytic Quarterly, 59:398 (1990).
19. Rotgers, F. a kol.: Léčba drogových závislostí, Grada, Praha 1999, str. 64
20. Poněšinský, J.: Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie, Triton, Praha 1999, str. 80/81
21. Rotgers, F. a kol.: Léčba drogových závislostí, Grada, Praha 1999, str. 78
22. Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti 2, Úřad vlády České republiky, Praha 2003, str. 117-121
23. Miller, W. R.; Rollnick, S.: Motivační rozhovory, SCAN, Tišnov 2003, str. 8
24. Miller, W. R.; Rollnick, S.: Motivační rozhovory, SCAN, Tišnov 2003, str. 7, 11-12
25. Miller, W. R.; Rollnick, S.: Motivační rozhovory, SCAN, Tišnov 2003, str. 14
26. Miller, W. R.; Rollnick, S.: Motivační rozhovory, SCAN, Tišnov 2003, str. 12
27. Miller, W. R.; Rollnick, S.: Motivační rozhovory, SCAN, Tišnov 2003, str. 15
28. Miller, W. R.; Rollnick, S.: Motivační rozhovory, SCAN, Tišnov 2003, str. 15-17
29. Miller, W. R.; Rollnick, S.: Motivační rozhovory, SCAN, Tišnov 2003, str. 15
30. Miller, W. R.; Rollnick, S.: Motivační rozhovory, SCAN, Tišnov 2003, str. 19
31. Rotgers, F. a kol.: Léčba drogových závislostí, Grada, Praha 1999, str. 144
32. Rotgers, F. a kol.: Léčba drogových závislostí, Grada, Praha 1999, str. 145
33. Rotgers, F. a kol., tamtéž
34. Rotgers, F. a kol.: Léčba drogových závislostí, Grada, Praha 1999, str. 157-161
35. Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti 1, Úřad vlády České republiky, Praha 2003, str. 91
36. Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti 1, Úřad vlády České republiky, Praha 2003, str. 91-94

37. Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti 1, Úřad vlády České republiky, Praha 2003, str. 92
38. Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti 1, Úřad vlády České republiky, Praha 2003, str. 233
39. Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti 1, Úřad vlády České republiky, Praha 2003, str. 93
40. Chvála, V., Trapková, L.: Rodinná terapie psychosomatických poruch, Portál, Praha 2004, str. 45-46
41. Chvála, V., Trapková, L.: Rodinná terapie psychosomatických poruch, Portál, Praha 2004, str. 48
42. Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti 1, Úřad vlády České republiky, Praha 2003, str. 135
43. Kalina, K. a kol., tamtéž
44. Kalina, K. a kol., tamtéž
45. Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti 1, Úřad vlády České republiky, Praha 2003, str. 136
46. Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti 1, Úřad vlády České republiky, Praha 2003, str. 137
47. Kalina, K. a kol., tamtéž
48. Schmidbauer, W.: Psychická úskalí pomáhajících profesí, Portál, Praha 2000, str. 38
49. Schmidbauer, W., tamtéž
50. Schmidbauer, W.: Psychická úskalí pomáhajících profesí, Portál, Praha 2000, str. 38-39
51. Schmidbauer, W.: Psychická úskalí pomáhajících profesí, Portál, Praha 2000, str. 39
52. Schmidbauer, W.: Psychická úskalí pomáhajících profesí, Portál, Praha 2000, str. 40
53. Schmidbauer, W.: Psychická úskalí pomáhajících profesí, Portál, Praha 2000, str. 42
54. Schmidbauer, W.: Psychická úskalí pomáhajících profesí, Portál, Praha 2000, str. 43-44
55. Schmidbauer, W.: Psychická úskalí pomáhajících profesí, Portál, Praha 2000, str. 13-17
56. Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti 1, Úřad vlády České republiky, Praha 2003, str. 136
57. Kalina, K. a kol., tamtéž
58. Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti 1, Úřad vlády České republiky, Praha 2003, str. 140-143
59. Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti 1, Úřad vlády České republiky, Praha 2003, str. 140
60. Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti 1, Úřad vlády České republiky, Praha 2003, str. 140-141
61. Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti 1, Úřad vlády České republiky, Praha 2003, str. 141
62. Kalina, K. a kol., tamtéž
63. Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti 1, Úřad vlády České republiky, Praha 2003, str. 142
64. Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti 1, Úřad vlády České republiky, Praha 2003, str. 110
65. Kalina, K. a kol., tamtéž
66. Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti 1, Úřad vlády České republiky, Praha 2003, str. 142