

Rodina

& *drogy*

Sborník odborné konference

Praha 16.–17. května 2013





Rodina

& *drogy*

Sborník odborné konference

Praha 16.–17. května 2013



Za podporu děkujeme České spořitelně a Magistrátu hlavního města Prahy.

Editorka:

Mgr. Štěpánka Čtrnáctá

Autorský kolektiv:

Michaela Baslerová
Pavel Bém
Jiří Broža
Eliška Caltová
Štěpánka Čtrnáctá
Aleš Herzog
Jan Hovorka
Martin Hulík
Vladislav Chvála
Ludmila Chválová Trapková
Kamil Kalina
Oldřich Matoušek
Jasenka Medenčević
Šárka Palečková Pešková
Ondřej Počarovský
Jana Putnová
Alexandra Roubalová
Pavla Stránská
Jan Toman
Kateřina Vojtková
Petra Wünschová

© Štěpánka Čtrnáctá a kol., 2013

© SANANIM, 2013

Obálka © Jan Tippman, 2013

Vydalo občanské sdružení SANANIM, Ovčích hájek 2549/64 A, 158 00 Praha 13

www.sananim.cz

ISBN 978-80-904536-5-4

Obsah

Úvodem	7
Vývoj a přehled rodinně terapeutických přístupů: Česká republika v mezinárodním kontextu	9
Kdo je klient?	
Rodina, uživatel, nebo jeho blízcí? Různé terapeutické perspektivy	19
Přechodové rituály v rodinách závislých / v závislých rodinách	27
Poruchy příjmu potravy a jejich role v rodinném systému	35
Tady je Krakonošovo!	39
Zkušenosti s domácím násilím v kontextu zneužívání návykových látek	45
Supervize v adiktologii (se zaměřením na práci s rodinou)	51
Desetičlenná rodina aneb Další, prosím!	55
Východiska sociální práce s rodinou	59
Alternativa – Integrativní programy v institucionální péči	67
Vztah rodiny a dítěte v institucionální péči	
Sdělení k probíhajícímu výzkumnému šetření	73
Užívání drog v romských rodinách pohledem terénních pracovníků.	83
Práce s rodinou „starších“ klientů v TK Němčice.	91
Klient – rodina – sociální pracovník – terapeutická komunita: společný zájem	95
Možnosti využití rodinné terapie v rámci adiktologické ambulance	101

Úvodem

Vážené kolegyně, kolegové,

dovolujeme si předložit vám sborník příspěvků z konference Rodina a drogy. Z příspěvků vyplývá, že účast rodiny v léčebném procesu výrazně zvyšuje efektivitu léčby, u některých klientů je dokonce nezbytnou podmínkou. Dále je evidentní, že práce s rodinou je velmi barevná, uplatňuje se v ní řada terapeutických přístupů a pro všechny zúčastněné může být i zábavná.

Často však máme před prací s rodinou velký respekt, obáváme se, zda tuto práci zvládneme, zda dokážeme nestranit jednotlivým členům rodiny a zda dokážeme stát na straně všech jejích členů. Doufám, že jednotlivé příspěvky nám přinesou do naší práce s rodinami inspiraci, odvahu a bezpečí pro všechny zúčastněné.

Velký dík za to, že můžeme tyto odborné konference pořádat, patří České spořitelně, která je jejich partnerem už od r. 2009, a za podporu děkujeme rovněž Magistrátu hlavního města Prahy.

dr. Martina Richterová Těmínová, odborná ředitelka SANANIM

Vývoj a přehled rodinně terapeutických přístupů: Česká republika v mezinárodním kontextu

Kamil Kalina

1. KOŘENY RODINNÉ TERAPIE

Kořeny a východiska rodinné terapie můžeme hledat ve vědách, které byly u nás i v jiných komunistických zemích v období stalinismu pokládány za „buržoazní pavědy“: v psychoanalýze, kybernetice a strukturální antropologii.

1.1 PSYCHOANALÝZA

Ačkoliv se většina směrů rodinné terapie od psychoanalýzy více či méně radikálně distancovala, byli to právě psychoanalytičtí autoři, kteří jako první formulovali rodinné téma jako terapeutický problém.

Už ve freudovském období vytvořená teorie psychosexuálního vývoje ozřejmuje, že se tento vývoj neodehrává ve vzduchoprázdnu, ale je součástí rodinného kontextu.¹ Oidipské stadium můžeme chápat jako metaforu primárního rodinného konfliktu ve vývoji jednotlivce. Tato metafora nám sděluje, že frustrace dětské incestní touhy je neodmyslitelným předpokladem pro zralost ve smyslu psychosexuálním (touhu je možné a nutné naplnit později a jinde), sociálním (přijetí řádu kultury a společnosti), interpersonálním (nacházení místa mezi druhými) a konečně i ve smyslu existenciálním (nevyhnutelnost osamění, separace od původní rodiny). Jak říká Bible: „Opustí muž svého otce i svou matku a pojme ženu cizí, a budou jedna duše a jedno tělo.“

Další významné podněty přinesla v post-freudovském období londýnská psychoanalytická škola, především v teorii objektních vztahů. „Objekt“ v psychoanalytickém pojetí pochopitelně není věc², ale živá mentální reprezentace druhé osoby, „ten druhý, jak já ho prožívám“. Na místo freudovské „touhy po slasti“ nastupuje jako základní psychodynamický princip „touha po objektu (= po vztahu)“.³

1 Viz Kalina (2003); Fonagy & Target (2005).

2 Mnozí kritici, zejména psychoterapeuti existenciálních směrů, však právě kvůli pojmu „objekt“ psychoanalýze vytýkali „zvěčňování“ lidských bytostí. Viz např. Růžička (2010).

3 Viz Fonagy & Target (2005).

Londýnská psychoanalytická škola věnovala pozornost především raným vztahům matka – dítě. Popisovala vytváření sebepečení dítěte prostřednictvím vztahu s matkou a formulovala několik významných a obecně známých teorií, jako je teorie attachmentu (J. Bowlby) a teorie containmentu (W. Bion). Z dalších autorů tohoto okruhu vzpomeňme D. Winnicotta, o němž se říká, že zachránil miliony britských matek před pocity viny, že nejsou dostatečně perfektní. Winnicotovy pojmy „dost dobrá péče, dost dobrá matka“ vycházejí z poznatků, že určitá míra frustrace je pro zdravý vývoj dítěte nezbytná; nadměrná péče stejně jako nedostatek péče může vývoj pokřivit. Později se londýnská škola zabývala i úlohou otce: otec matku podporuje, uvolňuje ji pro péči o dítě, ale také usměrňuje, je zdrojem řádu, struktury a hranic v rodině. Hlavním úzdravným činitelem psychoterapie je reparace poškození psychického vývoje prostřednictvím terapeutického vztahu nebo vztahů ve skupině („reparenting“).

I když se psychoanalytici zabývali rodinným tématem, v přímé práci s rodinou se neangažovali.⁴ K hlavním důvodům patří tzv. fenomenologické paradigma, zabývání se individuální a jedinečnou zkušeností jako jedinou zjevností. Další důvod vyplývá z teorie objektních vztahů: „ti druzí“ jsou v psychoterapii vždy přítomni, ale jako „objekty“ čili jako mentální reprezentace – jako skutečné osoby tam nemají co dělat, přímá práce s přirozenými interpersonálními vztahy do psychoanalytických teorií a metody nezapadá.⁵ V neposlední řadě je zde na překážku požadavek vztahové abstinence a obavy z přenosových a protipřenosových komplikací. Z těchto tezí (z valné části dodnes platných) vzniklo schizma mezi psychoterapiemi a generickými rodinnými terapiemi.

1.2 KYBERNETIKA

O kybernetice můžeme mluvit jako o kolébce tzv. generických rodinných terapií, tj. těch, které se v teorii i praxi programově zaměřují na jednotku vyššího řádu než jednotlivec. Tyto směry převzaly se značnou důsledností základní teze systémové teorie, jak je ve 40.–50. letech minulého století formulovali N. Wiener a L. von Bertalanffy:⁶

- Systém je víc než souhrn částí
- Systém směřuje k rovnovážnému stavu (homeostaze)
- Podstatou otevřených systémů je výměna s okolím
- Výměna s okolím znamená trvalé narušování a obnovování homeostaze
- Otevřený systém se pohybuje v homeogenetickém poli
- V homeogenetickém poli platí cirkulární kauzalita
- Pokud se otevřený systém stane uzavřeným, degeneruje

1.3 STRUKTURÁLNÍ ANTROPOLOGIE

Strukturalismus je velmi široký vědecký směr i metoda v humanitních vědách 20. století. Proti analytické metodě rozkladu a studia jednoduchých prvků zdůrazňuje význam struktur, tj. celkového uspořádání složitých systémů a vztahů mezi jejich prvky. Společným rysem uplatnění strukturalismu v různých humanitních vědách (jazykověda, literární věda, etnografie, antropologie) je přesvědčení, že celek není vysvětlitelný jako souhrn jednotlivých jeho

4 Viz Thomä & Kächele, H. (1993).

5 V psychoanalyticky orientované skupinové psychoterapii je fenomenologické paradigma zachováno a vztahy ve skupině nejsou pokládány za „přirozené“.

6 Viz Bertalanffy (1972).

složek, nýbrž že vytváří novou kvalitu, kterou lze pochopit pouze zkoumáním jeho funkce, popř. způsobu utváření. Významným průkopníkem strukturalismu v antropologii byl francouzský antropolog Claude Lévi-Strauss, který zkoumal například opozici přírodního a kulturního u jihoamerických indiánů, jejich klasifikační systémy, pravidla myšlení nebo různé struktury příbuzenských vztahů. V různých lidských společenstvích zkoumali strukturální antropologové rodiny, rody, kmeny a komunity; předmětem výzkumu bylo každodenní chování, komunikace, rituály apod. Postoj k rodině jako struktuře a strukturalistická metoda neangažovaného pozorování⁷ jsou v generických rodinných terapiích patrné dodnes.

2. PRVNÍ ETAPY RODINNÉ TERAPIE

2.1 REVOLUČNÍ ROK 1956 A GREGORY BATESON

O r. 1956 se mluví jako o „revolučním roku“ v mnoha souvislostech. V Maďarsku vzplála demokratická revoluce, kterou rozdrtily sovětské tanky vedené maršálem Koněvem, osvoboditelem Prahy v r. 1945. V USA vstoupil na scénu Elvis Presley a rock and roll, který znamenal revoluci v populární hudbě. Ve Francii začíná klinické používání antipsychotika chlorpromazinu, pokládané za nástup farmakologické revoluce v psychiatrii. Pro naše téma je r. 1956 významný tím, že ve Velké Británii antropolog a kybernetik Gregory Bateson publikoval práci „K teorii schizofrenie“, pokládanou za startovní čáru rodinných terapií a revoluci v pojetí duševních nemocí.⁸

Věnujme trochu pozornosti této pozoruhodné a nezaslouženě zapomínané osobnosti. Gregory Bateson byl syn Williama Batesona, britského genetika, znovuobjevitele Mendelových zákonů – po Řehoři (Gregorovi) Mendelovi získal křestní jméno. Vzděláním byl antropolog, jeho první manželství s Margaret Meadowovou, slavnou strukturální antropoložkou přineslo první práce o rodinných rituálech na ostrově Bali (Indonézie). Na přelomu 40. a 50. let byl Bateson členem prvních kybernetických pracovních skupin v okruhu L. von Bertalanffyho a N. Wienera, pak studoval komunikaci delfinů. Svou slavnou práci o etiologii schizofrenie postavil na konceptu „dvojnásobné vazby“ – nekongruentní, vzájemně se popírající komunikace v rodině, která vytváří potomka-psychofika; dvojnásobnou vazbu ovšem objevil už ve svých antropologických výzkumech. Později se mj. zabýval závislostí na alkoholu, zkoumal učení Anonymních alkoholiků a formuloval tzv. paradox sebekontroly. Již během 50. let přesídlil do USA, působil v Esalen Institutu⁹ a stal se jedním z duchovních vůdců své generace. Přestože zasáhl do mnoha oborů, neměl nic společného s psychoterapií. Batesonovy knihy jsou hodně složité, ale inspirující; bohužel zatím žádná nebyla přeložena do češtiny.

7 Neangažovaný pozorovatel nezasahuje, neinterpretuje, nevdává mu, že nerozumí: pozoruje a zvidňuje, jaký význam má dění pro aktéry.

8 Viz Bateson (1972).

9 Esalen Institut v Kalifornii byl Mekkou nekonformních intelektuálů a líhni mnoha inovativních proudů; zde se např. zrodilo hnutí New Age. V Esalenu mj. působil E. Perls, C. Rogers, psychodramatik L. Yablonski a také český psychiatr S. Grof.

2.2 MŮŽE ZA TO RODINA

Bateson a jeho první následovníci se zabývali především rodinami schizofreniků, jejich práce však mají širší dopad. Středem pozornosti byly komunikační vzorce v rodině, které mohou způsobit, že jeden člen rodiny je označen za duševně nemocného.¹⁰ Zde uvádíme jen několik osobností a jejich teorií.

- H. Stirling: komunikační a behaviorální strategie „jak učinit druhého šilným“
- R. D. Laing: rodinný nexus – pletivo vztahů, které vytváří psychotika¹¹
- Th. Lidz: rozštěp a pokřivení generačních hranic v rodině¹²
- M. Bowen: třígenerační model vzniku duševní poruchy¹³

Práce zapadaly do generačního konfliktu v 60. letech na Západě, kdy rodina byla pokládána za „buržoazní přežitek“. Do přímé práce s rodinami se promítal protipřenos obvinění – „vina za nemoc“ náleží rodině.¹⁴

2.3 RODINA JE SPOLUZODPOVĚDNÁ ZA BUDOUCNOST

Rodinná terapie se brzy rozšířila do oblasti sociální práce s problémovými rodinami. Tam nešlo ani o revoluci v pojetí duševních nemocí, ani o to, kdo koho učinil problémovým. Rodina má problém, není koho obviňovat. Zkusme rodině rozumět!

Jmenujme opět jen několik předních autorů a přístupů.¹⁵

- S. Minuchin (práce s hispánským etnikem v USA): strukturální RT – antropologický pojem struktury: rodina si to tak vytvořila – jaký to má pro ni význam? Jak je možná neinvazivní změna?
- J. Halley: rodinná homeostaze: rodina se brání změně kvůli sekundárním výhodám – principy systémové teorie
- I. Boszormeny-Nagy: rodinné mýty – tradované příběhy a z nich vzniklá trvalá přesvědčení, že něco takhle v naší rodině je a být musí (nic se nám nedaří, všechno zvládneme, muži mizí, ženy vládnou apod.)

10 Viz Gjuríčová & Kubička (2003); Kalina (2003).

11 Laing & Esterson (1971).

12 Lidz rozpoznával dva typy poruchy rodinných hranic: (1) manželský rozštěp (marital schizm): nefunguje vztah mezi manželi, každý z nich má „své“ dítě, ale hranice mezi rodiči a dětmi jsou zachovány; (2) manželské pokřivení (marital skew): nefunguje vztah mezi manželi, každý z nich má „své“ dítě, ale mezigenerační hranice vztahů je narušená.

13 Vícegenerační genogram umožňuje pochopení skladby genetických vlivů na chování, tudíž i na rodičovské chování ve výchově dítěte a programování dítěte prostřednictvím tzv. sociální dědičnosti.

14 Americký radikální sociolog E. Goffman nazval jednu svou knihu „Smrt rodiny“ – Negativní pojetí rodiny se částečně odráží i v pracích K. Horneyové, významné osobnosti z okruhu kulturní psychoanalýzy.

15 Viz Boš (1977); Gjuríčová & Kubička (2003); Kalina (2003).

- P. Watzlawick: princip komunikace: já – sděluji – něco – někomu – v nějakém kontextu; ujasněme si poruchu komunikace v některé z těchto komponent.¹⁶

2.4 RODINA SE MUSÍ ZMĚNIT

Zase jednou přichází ke slovu Evropa – milánská škola, založená M. Selviniou-Palazzoliovou¹⁷ (původem psychoanalytička, avšak ohlásila radikální rozchod nejen s psychoanalýzou, ale se všemi psychoterapiemi). Rodinná terapie v pojetí milánské školy byla radikálním systemicko-kybernetickým přístupem s následujícími charakteristikami:

- rychlé navození změny
- žádná empatie
- žádná diagnóza, žádná psychologie/psychopatologie, žádná „psycho“terapie
- žádný individuální příběh
- v zásadě apersonální, kybernetické pojetí rodiny a terapie
- striktní pravidla převzatá z psychoanalýzy (vztahová abstinence, dodržování času, compliance k metodě)

2.4 RODINA MÁ PŘÍBĚH A MŮŽE DOSPĚT K JINÉMU

Od 80.–90. let minulého století se objevují v rodinné terapii narativní přístupy, iniciované tzv. třetí generací RT¹⁸ (v našem počítání jde ovšem o čtvrtou generaci či spíše vlnu): L. Hoffmannová, T. Andersen, M. White, D. Epston. Jimi formulované principy upomínají na strukturálně antropologický a psychoanalytický přístup v novém podání; lze je stručně charakterizovat takto:

- vyprávění a převyprávění rodinného příběhu
- důležité není objeovávání pravdy, ale hledání významu
- změna chování není bezprostřední cíl
- novým příběhem, novou narativní realitou začíná nová skutečnost
- práce s jazykem – změna je v jazyce¹⁹
- terapeuti naslouchají a reflektují

3. SOUČASNÉ TRENDY PRÁCE S RODINOU

Na přelomu tisíciletí se na mezinárodní scéně uplatňují zejména tyto přístupy RT:²⁰

- Generické rodinné terapie – převážně systemické nebo narativní; většinou se distancují od psychoterapií, psychiatrie, medicínského či psychodynamického konceptu „duševních poruch“ jako individuálního problému.

16 Watzlawickova formule má význam i pro psychoterapii. Viz Watzlawick et al. (1999).

17 Více viz Gjuríčová & Kubička (2003); Kalina (2003).

18 Gjuríčová & Kubička (2003).

19 Princip „změna je v jazyce“, inspirovaný strukturální lingvistikou, formuloval již v 60. letech minulého století vynikající francouzský psychoanalytik J. Lacan, u nás velmi málo známý. Viz Kalina (2013a).

20 Viz např. Prochaska & Norcross (1999).

- Psychoterapie aplikované na rodinu či její část – řada psychoterapeutických směrů včetně psychodynamické psychoterapie si vytvořila metody práce s rodinou nebo párem; zejména v psychoanalyticko-psychodynamickém proudu to dělá trochu teoretické potíže (viz výše, oddíl 1.1), ale zároveň je to zajímavý teoretický i metodologický impuls.²¹
- Postmoderní integrativní terapeutické přístupy – terapeuti pracují střídavě s jednotlivcem, skupinou, párem či rodinou a nejsou primárně zakotvení v žádné teorii, což má výhody i rizika.²²
- Postmoderní ideologické a aktivistické přístupy, např. genderová či etnická rodinná terapie.

Rodinná terapie se navzdory svému teoretickému přínosu a svým (počátečním) ambicím nikde na světě neprosadila do mainstreamu v péči o poruchy duševního zdraví. Batesonem zahájená „revoluce v pojetí duševních nemocí“ byla příliš radikální, nové paradigma zcela protičečilo ustálenému chápání, že nositelem poruchy (a diagnózy) je jednotlivec. Rodinná terapie nezměnila psychiatrii, naopak byla pro svou klinickou nekonformitu vytěsněna spíše na její okraj a především do soukromých praxí a do poradenství.²³

Daleko přijatelnější (i když někdy též s obtížemi) byly takové formy práce s rodinou, které nezpochybňovaly existenci identifikovaného pacienta – nositele diagnózy, ale usilovaly o zapojení blízkých pacienta do terapeutického procesu. Tyto postupy fakticky nejsou rodinnou terapií (a rozhodně ne generickou rodinnou terapií), nekonfrontují se s klasickým paradigmatem, ale v léčbě poruch duševního zdraví mají nemalý význam. Jejich zařazení do „rodinné terapie v nejšířším slova smyslu“ snad může obstát aspoň pro účely této práce.

4. POČÁTKY RODINNÉ TERAPIE V ČESKOSLOVENSKU

V době, kdy se na mezinárodní scéně dynamicky rozvíjela rodinná terapie, byla naše tehdejší vlast Československo izolovaná od mezinárodní odborné výměny. Informace ze zahraničí se k nám dostávaly ojediněle a často s velkým osobním nasazením. O to více však podněcovaly zájem a kreativitu.

4.1 „KNOBLOCHOVA STOPA“

Pravděpodobně první systematictější práce s rodinnými příslušníky a blízkými pacientů je spojena s rehabilitační odbočkou pro léčbu neuróz pražské psychiatrické kliniky v Lobčích u Mělníka, kterou v 50. letech minulého století založil E. Knobloch.²⁴ Knobloch jako mladý sekundář psychiatrické kliniky pobýval těsně po 2. světové válce na delším studijním pobytu v Londýně, kde se zabýval studiem behaviorální a psychoanalytické terapie.

21 Viz např. Titl (2008).

22 Viz např. Kalina (2013a).

23 Obecně vzato, za „klinicky nekonformní“ lze považovat i řadu psychoterapeutických směrů s výjimkou behaviorálních a kognitivně behaviorálních terapií. Viz Kalina (2013a).

24 Viz Knoblochová a kol. (1968); Kalina (2008).

Seznámil se zřejmě i s jednou z prvních terapeutických komunit v Cassel Hospital, kterou založil T. Main.²⁵ Koncepce Lobče tomu nasvědčuje a rovněž formy terapeutických setkávání s blízkými pacientů (přizvání člena rodiny do terapeutické skupiny nebo smíšená skupina pacientů a jejich blízkých) se v Casselu již tehdy mohly objevit.²⁶ Tento způsob práce později přešel i do Denního sanatoria pro neurózy Horní Palata v Praze, které vzniklo již po Knoblochově emigraci v r. 1967.

4.2 SKÁLA A APOLINÁŘ

Další a vskutku klíčovou osobností na počátku rodinné terapie u nás byl J. Skála, jeho Apolinář a první Skálova výcviková komunita SUR.²⁷ Skálův přístup charakterizují výroky jako: „Práce s rodinou pacienta upravuje prostředí příznivé pro abstinenci“ nebo „Práce s rodinou zabraňuje, aby se škodlivé návyky šířily do další generace.“ V r. 1967 Skála v Apolináři založil Středisko pro mládež a rodinu, které bylo prvním centrem práce s rodinou u nás a ve střední a východní Evropě, a také jedno z prvních v oblasti závislostních poruch ve světě vůbec.²⁸

V prvním období se v Apolináři praktikovaly následující metody:

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

Metody označené asterixem se později uplatňovaly i ve Skálových výcvikových komunitách SUR a předtím v léčbě neuróz v Knoblochově terapeutickém systému v Lobči („Knoblochova stopa“ – viz výše). Z dnešního pohledu lze klást otázku, zda tyto postupy věnovaly dostatečnou pozornost rizikům, např. koalici terapeutů a příbuzného proti pacientovi, koalici pacienta a skupiny proti příbuznému apod. Již v dalším období se však tato rizika reflektovala a vznikla i jistá kultura supervize v dnešním slova smyslu.

4.3 PETR BOŠ SWEDEN RODINNOU TERAPIÍ

Faktickým otcem-zakladatelem RT u nás byl P. Boš, dětský psychiatr, ředitel dětské psychiatrické léčebny v Dubí u Teplic, absolvent psychoanalýzy a prvního výcviku SUR, lektor v první komunitě Skálovy větve SUR. Během výcviku, v němž byl lektorem (1972–1977), navštívil v r. 1975 kongres rodinné terapie ve Švédsku, vrátil se v tričku s nápisem SWEDEN

25 Viz Kalina (2013 b).

26 T. Main patřil k londýnské psychoanalytické škole a E. Knobloch se později také stal psychoanalytikem, členem ilegální pražské psychoanalytické skupiny. Způsob zapojení blízkých pacienta do psychoterapeutického procesu u Maina i Knoblocha byl z psychoanalytického hlediska ve své době dosti neortodoxní, ale zřejmě akceptovatelný.

27 Vznik SUR jako výcvikového systému v psychoterapii se datuje r. 1967, první samostatná Skálova výcviková komunita začala v r. 1972. Její absolventi měli privilegium účasti prvního výcviku v rodinné terapii s V. Satirovou (viz níže).

28 Viz Skála (1998, 2003).

a upozorňoval na interpretaci.²⁹ Jeho kolegou-lektorem ve výcviku SUR byl J. Špitz, rovněž dětský psychiatr a primář ve FN Motol, absolvent prvního výcviku SUR. Připojil se k P. Bošovi a společně založili pracovní skupinu pro rodinnou terapii (později sekce Psychiatrické společnosti) a s nadšením se vrhli do překladů zahraniční literatury, vytváření studijních materiálů, workshopů na seminářích a konferencích a do vydávání časopisu Kontext. Práce s rodinami dětských pacientů v Motole a v Dubí sklídila kritiku ze strany konzervativních psychiatrů („rodinná terapie je násilím na rodině“); zároveň se však v tehdejší době zvané normalizace, kdy se zdánlivě nic nesmělo, ale leccos bylo možné, uskutečnily první výcviky v RT, dokonce vedené prominentkou ze Západu.

4.4 VIRGINIA SATIROVÁ V ČESKOSLOVENSKU

Virginia Satirová, přední rodinná terapeutka v USA, původně psychoterapeutka rogersovského směru, proslula humanisticky orientovanými pracemi o rodině a metodou „sochání“ (sculpturing). Na pozvání Petra Boše přijížděla v letech 1978-1982 opakovaně do Československa a vedla výcvikové týdny a workshopy. Vzbudila obrovský zájem o problematiku rodiny a rodinnou terapii. Celkem se výcviků s Virginií účastnilo asi 80 československých odborníků. Byl-li Petr Boš „otcem zakladatelem“, Virginia se u nás stala „matkou zakladatelkou“ a tato dvojice dala do vlnu naší rodinné terapii „mužský“ a „ženský“ princip – systemický a humanistický přístup.³⁰

5. RODINNÁ TERAPIE V ČR V SOUČASNOSTI

5.1 NÁSTIN OBECNÉHO PROFILU

Rodinná terapie v ČR má vcelku obdobný profil a osud jako v jiných zemích euroatlantické kultury. V 90. letech vznikaly nezávislé výcvikové instituty, rozšířila se nabídka výcviku, praktikují se různé směry rodinné či párové „psycho“ terapie i generické RT. Někde se buňky rodinné terapie udržují na okraji psychiatrických institucí, ale hlavní uplatnění vidíme v nezávislé ambulantní praxi zdravotnické i poradenské. V postmoderním a post-postmoderním eklektizujícím kontextu vyhasla leckterá ohniska starých kontroverzí; je jistě dobré nebojovat boje předchozích generací, ale možná se tím ztrácí i dynamika vývoje. Existuje poměrně málo významných odborných publikací původních i přeložených, zaniknul i časopis Kontext. Překvapivě nepříliš rozšířené jsou i ty přístupy „rodinné terapie v nejširším slova smyslu“, tj. klinicky konformní zapojování blízkých pacienta do terapeutického procesu. V každém případě, ať už mluvíme o rodinné terapii v užším, širším nebo nejširším slova smyslu, její potřeba je větší než nabídka a počet dostupných aktivních terapeutů zdaleka neodpovídá počtu absolventů výcviku v různých institutech.³¹

5.1 PRÁCE S RODINOU A BLÍZKÝMI V ADIKTOLOGII

V adiktologických službách se práce s rodinou kromě několika výjimek provádí jako doplněk práce s pacientem/klientem. Ponejvíce se uplatňují metody typu Skála-Knobloch

29 Paměťová stopa autora článku.

30 V ČR dnes máme Institut Petra Boše i Institut Virginie Satirové.

31 Něco podobného ostatně vidíme i v psychoterapii.

(viz oddíl 4.1 a 4.2). Poměrně rozšířené jsou skupiny s rodiči a blízkými. Převažuje integrativní či spíše eklektický přístup, což ovšem neznamená „hru bez pravidel“. Tato pravidla jsou stejně často podceňována jako přeceňována. Soužití dvou terapeutických perspektiv (individuální a rodinné) se může dařit a přinášet užitek, někdy však také může být zdrojem konfrontací, zmatků a bojů o klienta.

Na závěr proto připomeňme několik důležitých tezí.³²

1. RT provádíme, i když ji neprovádíme. Blízcí pacienta/klienta jsou v terapii přítomni vždy, i když jen jako „objekty“ v psychoanalytickém smyslu; někde však existují či existovali jako reálné osoby a změna objektivních vztahů má konsekvence v realitě.
2. Kdo je „klient“? S kým máme kontrakt o změně? Je-li klientem jednotlivec, nositel diagnózy v odborné péči, máme malé oprávnění navozovat změnu u jiných jednotlivců, které zapojujeme do terapie, „terapeutizovat“ je bez jejich souhlasu, i když je nám třeba zjevné, že trpí nějakou poruchou duševního zdraví. Případnou péči je třeba předadresovat jinam.
3. Čí je klient? Přetahování o klienta s rodinou, která mu podle našeho názoru škodí, je hrozná a vlastně to všechno zavinila, je jakousi „vrozenou vadou“ rodinných přístupů již od samého počátku (viz oddíl 2.2). Zkusme rodině rozumět jako autoři citované v oddílu 2.3 a 2.5.
4. Kde je pravda? Musíme si zvyknout, že „objektivní“ pravda není nikde a že nám vlastně nenáleží ji hledat. V základním kontraktu s klientem pracujeme s klientovou verzí příběhu, můžeme se ho ovšem ptát na verze ostatních členů rodiny. Při práci s rodinou nasloucháme verzím všech účastníků.³³
5. Citlivé zacházení se separačním tématem. Užívání návykových látek často zobrazuje falešnou separaci od původní rodiny, někdy dojde ke skutečné, ale předčasné nebo nefunkční separaci. Zásadním cílem je napomoci k vytvoření situace, v níž je či bude možná přirozená a funkční separace.
6. Bdělost vůči koalici. Mladí terapeuti pracující s mladými závislými mají tendenci uzavírat s nimi koalici proti rodičům; stejné riziko generační koalice se vyskytuje v jiných konstelacích.
7. Komunikační čistota a kázeň. Terapeuti by se neměli stát „poslíčky“, doručovateli vzkazů mezi klientem a jeho blízkými. Obecně by se komunikace měla opírat o jednoduché principy: autonomie (klienta, jeho blízkých i terapeuta), nepoškozování, prospěšnost, věrnost (dodržovat sliby, ctít práva druhého, diskrétnost), spravedlnost (fair play, zacházení jako rovný s rovným). Pro každou terapeutickou intervenci je důležité, aby nepřinesla nikomu zahanbení.³⁴

V každém případě platí, že rodina mimo terapii svého člena může být součástí problému, rodina zapojená do terapie může být součástí řešení.

32 Viz např. Špitz (1993); Kalina (2003), Frouzová a Kalina (2008).

33 Viz Kalina (2003).

34 Viz Kalina (2003).

Literatura

- Bateson, G. (1972). *Steps Toward an Ecology of Mind*. New York: Ballantine Books.
- Bertalanffy, L. von (1972). *Člověk-robot a myšlení. Psychologie v moderním světě*. Praha: Nakladatelství Svoboda.
- Boš, P. (1977). *Rodinná terapie. Interní studijní materiály seminářů rodinné terapie v Dubí u Teplíc*. Dubí: Pracovní skupina pro rodinnou terapii psychoterapeutické sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP.
- Fonagy, P., Target, M. (2005). *Psychoanalytické teorie. Perspektivy z pohledu vývojové psychopatologie*. Praha: Portál.
- Frouzová, M., Kalina, K. (2008). *Rodinná terapie a práce s rodinou*. In: Kalina, K. a kol. (2008), *Základy klinické adiktologie. Kapitola 13*. Praha: Grada Publishing.
- Gjuričová, Š., Kubička, J. (2003). *Rodinná terapie*. Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K. (2003). *Rodinná terapie a práce s rodinou*. In: Kalina, K. a kol., *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup. I. a II. díl*. Praha: NMC-Úřad vlády ČR. Ke stažení: http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc_a_podpora/ucebnice_drogy_a_zavislosti/6_lecba_a_rehabilitace [2013-11-14].
- Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita*. Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K. (2013a). *Psychoterapeutické systémy a jejich aplikace v adiktologii*. Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K. (2013 b). *Therapeutic Communities in the Czech Republic*. Adiktologie 13 (2), Editorial.
- Knoblochová, J., a kol. (1968). *Psychoterapie*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.
- Laing, R. D., Esterson, A. (1971). *Sanity, Madness and the Family. Families of Schizophrenics*. Harmondsworth, UK: Penguin Books.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C. (1999). *Psychoterapeutické systémy*. Praha: Grada Publishing.
- Růžička, J. (2010). *Ego-analýza. Kritická studie*. Praha: Triton.
- Skála, J. (1998). *Lékařův maraton*. Praha: Český spisovatel.
- Skála, J., (2003). *Historie léčby závislosti v České republice. Kapitola 7/1*. In: Kalina, K., a kol.: *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Praha: Národní monitorovací středisko/Úřad vlády ČR.
- Špitz J. (1993). *Úvod do rodinné a systemické orientace. Kontext (časopis Společnosti pro rodinnou terapii/ Institutu rodinné a systemické terapie)*, 9 (1), str. 5-9.
- Titl, S. (2005). *Terapeut, jedinec a pár v psychoanalytické terapii*. Opočno: IPPART.
- Thomá, H., Kächele, H. (1993). *Psychoanalytická praxe. Svazek 1 a 2*. Hradec Králové: MACH.
- Watzlawick, P., Jackson, D. D., Bavelas, J.B. (1999). *Pragmatika lidské komunikace. Hradec Králové: Konfrontace*.

doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.

Přednáší na Klinice adiktologie 1. lékařské fakulty UK a VFN v Praze a v o. s. SANANIM pracuje jako vrchní odborný lékař.

e-mail: kalina@adiktologie.cz, kalina@sananim.cz

35 Ačkoliv se tato stať tváří jako literárně fundovaná odborná práce, pohybuje se daleko spíše v rámci osobních dojmů z přečteného a prožitého (případně dojmů z toho, co autor sám kdy napsal) a osobního utřídění těchto dojmů než v rámci „evidence-based“ přístupu. Tato metoda vytváření textu zřejmě nedává zcela falešný obraz, ale není bezpečná vůči riziku nepřesnosti nebo určitého subjektivního zkreslení. Za to se autor omlouvá.

Kdo je klient? Rodina, uživatel, nebo jeho blízcí? Různé terapeutické perspektivy

Štěpánka Čtrnáctá

Užívání drog jedním nebo více členy rodiny vždy rodinu zasahuje a ohrožuje její integritu jako celku i jejích jednotlivých členů, často aniž si to zúčastnění plně uvědomují. Zneužívaná látka se postupně stává prvkem rodinného systému a zaujímá v něm určitý prostor, může mít různé role a pro různé členy v rámci systému má větší či menší význam. Rodina ostatně ovlivňuje užívání návykových látek ještě před tím, než se s nimi mladý člověk setká, především tím, že spoluvytváří postoje svých členů k návykovým látkám a zvyšuje nebo snižuje odolnost svých členů vůči nim. Ve fázi problémového užívání nebo závislosti může být rodinné prostředí důležitým faktorem udržujícím patologickou homeostazi prostřednictvím hyperprotektivních postojů.

Myšlenka založit Poradnu pro rodiče (a ostatní rodinné příslušníky) vycházela z potřeby vytvořit zázemí pro osoby, které samy drogy neužívají, ale jsou jimi zasaženy ve svém nejbližším okolí prostřednictvím životního stylu uživatele. Původní náplň práce poradny vycházela z předpokladu, že všechny programy pro uživatele drog sice vnímají rodinné zázemí klienta jako důležité, ale jsou orientovány zejména na uživatele. Uvědomovali jsme si, že většina léčebných, doléčovacích, ale i harm reduction programů zahrnuje služby i pro osoby blízké, problémem ovšem je, že v těchto službách určených primárně uživatelům drog rodinný příslušník vždy klienta spíše doprovází. Stává se tedy, pejorativně řečeno, jakýmsi klientem „druhé kategorie“. Potřeby uživatele drog se navíc mohou v určité fázi drogové kariéry rychle proměňovat, což vede k častému střídání programů. Pro osobu blízkou je ovšem komplikované často a opakovaně měnit terapeuta či terapeutky, se kterými spolupracují. Podstatná se nám jevila i skutečnost, že zejména ve velkých městech mají programy určené uživatelům drog kapacitu zcela zaplněnou nebo překročenou. Docházelo proto k situacím, kdy bylo třeba nabídnout rodiči nebo rodině intenzivnější nebo dlouhodobější program, nebylo to ale z kapacitních důvodů možné. Zcela scházely dlouhodobé služby pro rodinné příslušníky uživatelů, kteří se aktuálně léčit nechtěli (aktivní nemotivovaní uživatelé), nemohli (např. ve vězení) nebo se léčili, ale přítomnost svých blízkých si nepřáli. Pro tuto cílovou skupinu byla na konci roku 2004 otevřena Poradna pro rodiče SANANIM. Od té doby pracuje tento program každoročně s cca třemi stovkami klientů – převážně rodičů a partnerů, ale také sourozenců, prarodičů, dětí i jiných blízkých osob.

Poradna poskytuje tři základní typy služeb. Kromě výše zmíněné cílové skupiny, pro níž byla poradna původně koncipována – tedy blízcí uživatele, který spolupráce není schopen,

není k ní ochoten nebo se jí nemůže z nějakých důvodů účastnit, se zejména v posledním období rozvíjí práce s celými rodinami včetně problémového uživatele nebo závislého a dále rodinné poradenství pro rodiny, které mají uživatele drog aktuálně v léčbě. O jednotlivých typech služeb se zmíním odděleně.

SLUŽBY PRO OSOBY BLÍZKÉ

Na poradnu se nejčastěji obrací ten člen rodiny, který vnímá situaci v rodině v daném okamžiku jako nejvíce tíživou. V tomto smyslu je zároveň zpravidla článkem rodinného systému, který je nejvíce zranitelný a který je (kromě uživatele samotného) důsledky užívání drog nejvíce ohrožen. Nikoli výjimečně k tomu přispívá, že se nedokáže vůči tlaku ze strany uživatele účinně bránit.

NA PORADNU SE OBRACÍ ZEJMÉNA TŘI HLAVNÍ SKUPINY KLIENTŮ

1. RODINNÍ PŘÍSLUŠNÍCI, KTEŘÍ CHTĚJÍ POMOCI UŽIVATELI

Typickým klientem našich služeb je rodič, případně manželský pár, v poslední době ale také stále častěji partner či partnerka, kteří přicházejí se zakázkou, „aby jejich syn, dcera či partner/ka přestali brát drogy“. Nepřicházejí tedy kvůli sobě, ale hledají recept pro někoho třetího. Často také žádají, aby mohli UD přímo přivést, abychom si ho prohlédli, zhodnotili jeho stav a našli pro něj nějaké vhodné řešení. Potomka bychom jim potom vrátili „spraveného“, zdravého. Zcela přitom opomíjejí fakt, že uživatel o něco takového vůbec nestojí, protože je možná právě ve fázi, kdy drogy přestat brát nechce. Někdy to dokonce přímo říká, ale blízcí to nechtějí akceptovat. Náročným úkolem pak bývá hledání nové zakázky, protože tuto přijmout nelze. Klíčová změna v terapeutickém vztahu spočívá v tom, že osoba blízká bude chtít něco pro sebe místo toho, aby chtěla něco pro někoho, kdo patrně chce něco jiného, nebo nechce vůbec nic. Někdy se to nepodaří, protože rodič o nic jiného nepožádá. Usilovat o něco pro sebe, by znamenalo investovat do vztahu s terapeutem, přijmout nějakou odpovědnost. První kontakt je u těchto klientů velmi důležitý. Podaří-li se dobře navázat s klientem kontakt, můžeme se pokusit získat jej pro jinou formu spolupráce. Pokud trvá na zakázce původní, může se terapeut snadno dostat do „pasti“. Možná úskalí dobře demonstruje následující kazuistika:

Klientka, paní Sylva¹, přichází s tím, že hledá pomoc pro svého bratra, který má dospělého, roky závislého syna. Kdokoli z rodiny přímo postižené drogovou závislostí návštěvu odborného zařízení striktně a dlouhodobě odmítá. Situace uživatele drog a potažmo i jeho rodičů se postupně zhoršuje, tak jak je to pro tyto klienty typické. Rodiče přišli prakticky o celý majetek, mají podlomené zdraví ve smyslu somatickém i psychickém, odvrátili se od nich téměř všichni přátelé i valná část rodiny. Přesto se stále snaží synovi pomáhat, povětšinou finančně a materiálně, ale nikam to nevede. On užívá dál a velmi pravděpodobně ani přestat nechce. Na to se jej však nikdo nezeptal. S postupujícím zhoršováním situace bratr opakovaně žádá o pomoc klientku. A ona ji poskytuje. Rodinu povzbuzuje, vypomáhá finančně. Neptá se, zda se s bratrem shodnou ohledně smyslu pomoci, nehovoří spolu o časových limitech. Trvá to tak dlouho, že je klientka zcela vyčerpaná a obrátila se k nám o pomoc. Situace v rodině bratra je i přes probíhající značnou pomoc stále zoufalá. Dokonce stále

1 Veškeré příběhy zde uváděné mají pozměněné reálie a k jejich zveřejnění jsme získali laskavý souhlas klientů.

zoufalejší. Přesto i nyní odmítají odbornou pomoc. K návštěvě u nás klientku přiměl zhoršující se zdravotní stav bratra i její vlastní vyčerpanost. To první ji vystrašilo a zvažuje zvýšení míry podpory. Cítí ale, že vlastní vyčerpání ji to nedovolí a roste u ní pocit bezmoci. Ten vyčerpanost ještě prohlubuje. Kruh se uzavírá.

V průběhu individuálního kontaktu, doplněného rodičovskou skupinou, se klientce podařilo nahlédnout paralelní proces a neúčelnost vlastního i bratrova chování. Terapeut odolal pokušení zařadit se do řetězce, v němž se nikdo neptá, zda ten druhý pomoc chce, stejně jako se nikdo nedomlouvá na formě této pomoci. Klientka vlastním vymezením míry a forem nabízené pomoci ukázala bratrovi směr, kterým by mohl jít. Do skončení našeho kontaktu tak neučinil, ale klientka si stanovila vlastní hranice podpory, v nichž se cítí lépe a které jí především umožnily předat kompetence a odpovědnost do rukou tomu, komu patří – bratrovi.

2. KLIENTI, KTEŘÍ CHTĚJÍ POMOCI SOBĚ

S touto skupinou klientů je snadnější spolupráce, protože chápou, že jsou to oni, kdo má problém. Jsou zpravidla schopni formulovat vcelku přesně své potřeby a požadují podporu při jejich naplňování. Například se potřebují ubezpečit v tom, že jsou oprávněné. Nemívají „skryté“ zakázky ani potřebu sebeobětování, jak to někdy vidíme u předchozí skupiny. Jsou zpravidla dobře ukotveni v životě i vztazích. Také jejich vidění sebe sama i vědomí si své hodnoty bývá postaveno na zdravějším a reálnějším základě. Kontakt s nimi bývá spíše krátkodobější, protože na základě někdy i drobných intervencí a povzbuzení terapeutem bývají schopni nastartovat sebeúzdavné mechanismy a pomoci si již sami nebo za mírné podpory. Tito klienti jsou skvělou posilou poradenských skupin, v nichž jsou dobrým zdrojem naděje pro ostatní členy. Kazuistika:

Oslovila nás paní Magda, klientka středního věku (53 let), kterou požádal přítel o pomoc pro svého 36letého syna z prvního manželství, který v takto vysokém věku náhle propadl drogám. Klientka syna velmi dobře zná, vychovávala ho spolu s přítelem od jeho dvanácti let. Proto na návrh přistupuje. V průběhu společného bydlení se však klientka postupně dostává zcela do područí těžce závislého uživatele drog a jeho kumpánů. Žije s ním téměř dva roky, v jejichž závěru je ohrožena psychicky i zdravotně, z ekonomického i trestně právního hlediska. Přítel, který žije v jiném městě, je ve fázi popírání problémů syna a klientku nepodpoří, čímž se výrazně podlamuje důvěru klientky v jejich společné partnerství. Do poradny přichází paní Magda v debaklové situaci. Je však schopna, na základě relativně krátkodobého kontaktu ve skupině rodičů podpořené individuálními sezeními s terapeutem, si svou situaci uvědomit a přijmout nabízenou podporu. Cítí, že musí pomoci především sobě, a odchází z bytu a posléze i z partnerského vztahu. Za hlavní přínos kontaktu s poradnou označuje paní Magda podporu týkající se správnosti jejich pocitů a oprávněnosti potřeb, neboť v tom byla partnerem, jemuž důvěřovala, dlouhodobě zpochybňována. Obnovení důvěry ve své pocity a sebe samu zažívala jednak v individuálním kontaktu, ale především prostřednictvím poradenské skupiny rodičů.

3. KLIENTI SE ZVLÁŠTĚ ZÁVAŽNOU A KOMPLIKOVANOU HISTORIÍ

U této skupiny klientů se setkáváme s celou řadou situací komplikujících faktorů v rodinné historii i současných vztazích (traumatické události, narušené rodinné vazby, vícečetné závislosti, psychické problémy atd.). Spolupráce s těmito klienty je, pokud jsou vůbec motivováni ke změně, vždy dlouhodobá. Nikoli výjimečně více než pět let. Má-li být spolupráce

s nimi úspěšná, potřebují zpravidla výrazně bezpečné prostředí, přijímajícího terapeuta a dlouhodobý psychoterapeutický kontakt. Často je třeba v určitých fázích podpořit psychoterapeutickou péči a proces i kontaktem s psychiatrem a případnou medikací (zpravidla antidepresiva).

Pro příklad zde uvádíme kazuistiku klientky, kterou jsme provázeli prakticky po celou dobu, kdy trvala drogová kariéra jejího syna. Spolupráce trvala s přestávkami celkem šest let. Takto dlouhý kontakt je v PPR spíše výjimečný, klientů s kontaktem delším než pět let je do 10 procent.

Klientka, říkáme jí třeba Marta, s námi vstoupila do kontaktu, když bylo synovi 17,5 roku a dceři 20,5. Je vdova, děti vychovávala od jejich 4, resp. 7 let sama, protože manžel tragicky zahynul. Manžel byl alkoholik a jeho smrt nebyla nikdy zcela vysvětlena. Mohlo se jednat o nešťastnou náhodu, nebo suicidium. Ať tak či tak, událost souvisela s manželovým pitím. Klientka po události sama sebe „zaklela“. Bude se starat o děti tak dobře, aby v žádném případě ani jedno z nich nedopadlo jako manžel. Obětovala tomu mnoho, včetně svého osobního života. Klientka měla v průběhu života další partnery, nikdy se ale nejednalo o plnohodnotné vztahy, nikdy je nepřivedla do rodiny. Obávala se doplnění rodiny, protože sama jako dítě prožívala velmi negativně období dospívání, kdy si její matka po rozvodu přivedla nového muže, se kterým ona nevycházela. Vyhledala nás proto, že syn začal hrát automaty a užívat pervitin. Situace se stále zhoršovala a syn ji odmítal řešit. Klientka se vůči jeho chování vymezila velice vážně a již dva měsíce před 18. narozeninami vystěhovala syna z bytu na ubytovnu. Velmi důležitou roli v jejím rozhodování hrála opakovaná zkušenost se závislostí – vyrůstala v rodině, kde byl otec závislý na alkoholu. Klientka proto rodinu velmi brzy opustila, ale našla si partnera opět závislého. Cítila, že prožívat bezmoc v soužití se závislým člověkem by potřeby nevydržela. Proto přijala vůči synovi tak tvrdá opatření. Zároveň ale trpěla značnými pocity viny, selhání a bezmoci. Ty se ještě prohloubily, když přijatá opatření nepřinesla okamžitý výsledek v podobě nástupu do léčby, což byl její původní cíl. Masivní pocity viny a nejen z nich vyplývající vysoká míra odpovědnosti za synův život ji velmi limitovaly v dalším přístupu k němu a bránily jeho úplné separaci. Ta nakonec byla podpořena částečně „zvenčí“ – syn byl za prodej drog umístěn ve vazbě, kde byl poprvé v životě skutečně sám za sebe, a to byl pro něj impuls k pokusu o změnu. Energii tím získala i klientka a zintenzivnila dlouhodobou práci na sobě samé v individuálním a posléze i skupinovém kontaktu. Docházela nejprve do poradenské a následně i do psychoterapeutické skupiny. V obou byla velmi aktivní, její motivace k práci na sobě byla vysoká. Zpočátku tohoto období trpěla depresemi, proto jsme ji po dohodě předali i do péče spolupracujícího psychiatra. Asi rok trvající medikace pomohla klientce přestat nejtěžší období a podpořila léčebný proces. Ani v tomto období nebyla přerušena psychoterapeutická péče. Ve skupině patřila k aktivnějším rodičům, dokázala dobře vnímat a pojmenovávat emoce, které náročné období jejího života provázely. Postupně se zbavovala pocitů viny vůči synovi, sama sebe stále lépe přijímala. Obojí jí umožnilo postavit na roveň své a synovy potřeby. V praktické rovině to znamenalo, že postupně tlumila svou aktivitu a nechávala více zodpovědnosti na synovi. Tehdy byla teprve zcela dokončena jeho separace od matky. Díky pozitivním zpětným vazbám ve skupině získávala větší jistotu v nových přístupech a postupně se cítila stále lépe. Přišel čas spolupráci ukončit.

Rodinný příslušník často pocituje ve vztahu k závislému nebo uživateli bezmoc. Rodič nebo partner nemůže přímo zajistit, aby užívání drogy přestalo, na druhou stranu zcela bezmocný také není. Může se vůči odmítanému jednání zcela jasně vymezit a především je nepodporovat. Právě to se ale velmi často děje. Okolí uživatele svými postoji a přístupy v některých případech přímo či nepřímo brání změně. Jedním z klíčových cílů při práci s rodinným zázemím uživatele je proto mapování škodlivých vzorců jednání, jejich příčin a hledání

způsobů, jak je ovlivnit. Ne zřídka je rodič své nevhodné chování schopen přesně popsat, vidí je u jiných (např. členů rodičovské skupiny), ale nedaří se mu je změnit. Může to být zapříčiněno tím, že užívání drog má v rodině nějakou funkci. Kalina (2003)² k tomu zmiňuje: „Rodina se závislým členem nepochybně trpí, přesto však drogová závislost může mít pro rodinu určitý pozitivní význam – například oddaluje nevyhnutelné změny (separace potomka od rodiny), chrání před zabýváním se jinými obtížnými problémy (odcizení rodičů, selhání otce v profesní kariéře apod.) nebo vyhovuje osobnostním potřebám některých členů, například potřebě ochrany, sebeobětování či moci, jak to vysvětluje teorie kodependence. Zabývání se rodinným kontextem – tedy přemýšlení o jednotlivém klientovi také z hlediska jeho rodinné historie i současných vztahů – může být proto přínosné pro objasnění motivů jednání. Klient tak lépe chápe, odkud jeho jednání pramení, a může se snadněji rozhodovat, zda příslušné jednání změnit. Stává se méně bezmocným.“

RODINNÁ TERAPIE

V případech, kde se můžeme domnívat, že užívání drog má v rodinném systému svůj účel a funkci, a kde jsou splněny i další podmínky pro aplikaci rodinné terapie (viz dále), je velmi vhodné nabídnout tento způsob práce. Podmínky pro provádění RT podle Langmajera, Balcara, Špitze:

- **Zralost problému pro terapeutické řešení** – v oblasti závislostí jsme často svědky toho, že rodinní příslušníci užívání raději bagatelizují, aby nebyli konfrontováni s nutností řešení rodinných problémů. Zejména u mladistvých klientů je přítom časná intervence velmi důležitá.
- **Motivovanost členů rodiny k úsilí o změnu ve svém životě** – má-li být rodinná terapie úspěšná, vyžaduje od každého jednotlivého člena aktivní přístup. Rodina, která se obrací o terapeutickou pomoc se závislým dítětem, přichází někdy s představou, že předá dítě do odborné péče a vyzvedne si jej „opravené“. Dalším problémem bývá, že v určité fázi užívání není uživatel ke změně ochotný, případně jí není schopen. Je tedy nejprve třeba řešit problém závislosti a teprve v průběhu léčby nebo po ní přistoupit k rodinné terapii.
- **Způsobilost členů rodiny (rozumová, vzdělanostní, kulturní apod.) k práci zvolenou metodou**
- **Časové a prostorové nároky realizace terapie** – v oblasti závislostí je právě toto často obtížné zajistit.

2 Kalina, K. (2003). Rodinná terapie. In Kalina, K. a kol. : Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup. Díl 2, kap.6/6. Praha: Národní monitorovací středisko – Úřad vlády ČR.

- **Způsobilost terapeuta pracovat s daným problémem a s danou rodinou, popřípadě s právě indikovanou metodou** – nedostatek personálu vycvičeného v rodinné terapii je jedním z hlavních důvodů, proč je v programech pro závislé rodinná terapie poskytována stále nedostatečně. I v případě, že není k dispozici rodinný terapeut, ukazuje se užitečné s rodinou pracovat alespoň poradensky (rodičovské skupiny, rodinné poradenství apod.). Tento typ práce nevyžaduje erudici v RT. (Josef Langmeier, Karel Balcar, Jan Špitz: *Dětská psychoterapie, Portál 2010, upraveno*)

Rodinná terapie zaujímá ve struktuře služeb Poradny pro rodiče stále významnější místo. Nejčastěji je tato forma terapie indikovaná u adolescentů a mladých dospělých, kteří experimentují s návykovými látkami nebo jsou v počátečních fázích užívání. Máme v péči i rodiny s dlouhodobě závislým členem. Zde ale platí, že nelze spolupracovat s uživatelem v akutní fázi užívání. V takových případech je třeba se nejprve věnovat léčbě závislosti a až poté přistoupit k rodinné terapii.

RODINNÉ PORADENSTVÍ RODIČŮ, JEJICHŽ DĚTI JSOU V REZIDENČNÍ LÉČBĚ

Posledním typem služeb jsou programy podporující blízké těch, kteří se léčí v dlouhodobých terapeutických komunitách. Je velmi vhodné, mají-li rodinní příslušníci po dobu, kdy se uživatel léčí, možnost podpory ať už individuální, nebo skupinovou formou. Potřebné je to zejména v případech, kdy se léčená osoba vrací po léčbě zpět do rodiny. Jinak hrozí riziko, že rodina bude opakovat škodlivé vzorce chování, a přispěje tím k návratu potíží a zmaření úspěchů dosažených v léčbě.

FORMY PRÁCE S OSOBAMI BLÍZKÝMI

- Individuální poradenství
- Párové a rodinné poradenství
- Individuální psychoterapie
- Skupinová psychoterapie – poradenská skupina
- Skupinová psychoterapie – růstová skupina
- Svěpomocné skupiny
- Párová a rodinná terapie

OBECNÁ PRAVIDLA V PRÁCI S RODINAMI

DŮVODY SPOLUPRÁCE S BLÍZKÝM OKOLÍM UŽIVATELE DROG

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

CÍLE VE VZTAHU K OSOBÁM BLÍZKÝM

- Naděje
- Zlepšení kvality života rodiče
- Zachování jeho sociálního statusu (sociální zázemí, aktivity)
- Zachování či zlepšení zdravotního stavu
- Udržení rodiče v dobré kondici pro období, kdy podpora UD bude možná

CÍLE VE VZTAHU K UD

- Naděje
- Motivace ke změně
- Zlepšení kvality života
- Zachování vztahů s blízkými

CÍLE VE VZTAHU K RODINĚ JAKO CELKU

- Zlepšení kvality života rodiny i jednotlivých členů
- Zlepšení vzájemných vztahů

PRVNÍ KONTAKT S KLIENTEM NEUŽIVATELEM – SPECIFIKA

- Navázat kontakt
- Získat klientovu důvěru (stud, pocity selhání, bezmoc)
- Poskytnou klientovi dostatek prostoru
- Zmapovat JEHO situaci
- Zjistit zakázku (porozumění, splnitelná, nesplnitelná)
- Informovat o službách, upozornit na limity
- Hledat průniky toho, co nabízím, se zakázkou
- Napláňovat spolu s klientem další kroky vč. časového harmonogramu
- Poskytnout nezbytně nutné informace – právní, zdravotnické, psychologické, právní, sociálně právní
- Získat klienta pro další spolupráci (v zařízení nebo jinde)
- Domluvit se s klientem na dalším postupu z dlouhodobějšího hlediska – nejen řešení situace ad hoc

V KTERÉKOLI FÁZI PROCESU NEZAPOMÍNAT NA DODÁVÁNÍ NADĚJE!

Mgr. Štěpánka Čtrnáctá

Je vedoucí Poradny pro rodiče SANANIM.

e-mail: ctrnacta@sananim.cz

Přechodové rituály v rodinách závislých / v závislých rodinách

Pavel Bém

*„Tvým unaveným očím přináším vizi jiného světa,
tak nového, tak jasného, tak svěžího,
že zapomeš na bolest a zármutek, který jsi viděl dříve.
Avšak toto je vize,
o níž se musíš podělit s každým, koho potkáš,
jinak ji více neužiješ.
Jedině darováním se může dostat tohoto daru i tobě.“
(Stanislav a Christina Grofovi)*

Užívání návykových látek a dynamika fungování rodinných systémů. Dva nesmírně zajímavé fenomény, které se ve vzájemné interakci mohou promítat do pestré plejády dysfunkcí. V terapeutickém kontextu jsme často konfrontováni s velmi dramatickým průběhem individuálních a separačních krizí, které mají ve své nejdrsnější podobě devastující vliv nejenom na životy dospívajících členů rodinného systému, jejichž individuální a separační potřeba je sycena a katalyzována návykovými látkami, ale devastující konsekvence je možné vnímat v kontextu celé rodiny i širšího rodinného systému, tzv. „extended family“.

Analyzujeme-li podrobně užívání „drog“ v rodinných systémech a zvláště v širších sociálních kontextech, zjišťujeme, že pokud rozsah prožívání či hledání slasti a způsobů, jak se vyhnout stresujícím a bolestivým stavům prostřednictvím drog, překročí hranice sdílených sociálních norem, jsou takové vzorce chování považovány za deviantní nebo abnormální (Becker, 1973). Je ovšem zřejmé, že **užívání drog v sobě také nese důležité kulturní hodnoty**. Hodnoty, které mohou být v kontextu rodinné terapie nejenom explorovány, ale také využity pro hledání kvalitativně vyššího a funkčního stádia rodinné organizace.

Ronald Siegel (1990) i Jean-Paul Grund (1994) popsali rozdíly instrumentálních a symbolických funkcí drog u uživatelů v závislosti na tom, zda se jedná o užívání kontrolované, či naopak nekontrolované. Je snad zbytečné zdůrazňovat, že případů nekontrolovaného užívání je statisticky významně méně než kontrolovaného. A to platí i o užívání drog mezi adolescenty.

Právě terapeutická práce s rodinnými systémy s dospívajícím členem experimentujícím s drogami či závislým na nich je obsahem mého zamýšlení. V typologii těchto rodin můžeme

vydefinovat nejméně tři často se opakující scénáře. V prvním sehrávají návykové látky (či návykové chování) svoji **individuální či přesněji pseudoindividuální funkci** umožňující dospívajícímu členu rodiny rozbourat často rigidní komunikační kontexty s rodičovským subsystémem, jednodušeji řečeno utéci z nepřiměřeně symbiotického tlaku rodiny bránícího reálnému dospívání a osamostatňování. V druhém drogy nabízí dospívajícím **identifikační sociální vzorce**, které zvláště u rozvolněných, neúplných a sociálně deprivovaných rodin hrají pro samotnou individuaci naprosto klíčovou roli. Třetím typickým scénářem rodinných systémů s dospívajícím uživatelem drog jsou rodiny s těžkými partnerskými konflikty mezi rodiči, které dospívající svým **symptomatickým chováním trianguluje** a stává se tak symbolickým „zachráncem rodiny“ nabídkou svého vlastního „selhání“. Do terapie obvykle přichází rodiny v různých fázích těchto vývojových individuálních a separačních krizí.

Z četných kazuistik Střediska pro psychoterapii a rodinnou terapii v Apolináři lze vymodelovat široké spektrum klinických podob takových individuálních a separačních krizí: od násilného „**vypuzení z rodinné dělohy**“ do rizikových sociálních kontextů sídlištních part a semi-kriminálních adolescentních subkultur až po **těžké psycho-spirituální a bilanční krize** provázející smrtelné intoxikace, předávkování či končící dokonanou sebevraždou. Drogy a závislé chování při těchto adolescentních vývojových krizích představují nikoliv příčinu, nýbrž funkci. Pokud chceme stopovat etiologii takové vývojové katarze v rodinném systému, musíme snažit chápat **dynamiku rodinných procesů v kontextu** nikoliv lineární kauzality, nýbrž **kauzality cirkulární**.

V terapeutické práci s repetitivními vzorci chování, relapsy, patologickými dynamickými stereotypy rodin závislých/závislých rodin se ukazuje jako mimořádný terapeutický nástroj „**rituál**“. A to především v rodinách procházejících vývojovou krizí s tragickými důsledky doprovázenými pocity viny, výčitkami svědomí a zjednodušujícím hledáním viníků. Rodinám obvykle „nějaký čas“ trvá, než se tyto viny, výčitky a agrese transformují do internalizovaných psychických tvarů, obvykle nejprve syndromů (od krátkodobých depresivních epizod přes těžké afektivní poruchy až po bilanční a existenciální krize) a následně do produktivních racionalizací a v těch šťastnějších případech i do vývojových transformací provázených hlubokými psycho-spirituálními konverzemi, či chcete-li zjednodušeně řečeno, poznáním.

Do terapeutického procesu vstupují rodiny v různých fázích krize, někdy i opakovaně, a vlastní terapie je obvykle dlouhodobá, trvající roky a ve výjimečných případech i desítky let. Typickým **terapeutickým kontraktem se stává provázení rodiny kritickou vývojovou individuální či separační krizí**. Na jejím konci je restrukturalizovaný rodinný systém fungující v nově nastavené dynamické homeostazi umožňující adolescentnímu členu rodiny bezpečnější a zralější „stříhání pupeční šňůry“ a dokončování procesu „leaving home“ bez riskantních excesů. Samozřejmě, při tragickém vývojovém scénáři je takový obsah terapeutického kontraktu a terapeutického procesu logicky nahrazen těžkým kontextem „smutnění“, tzv. „grieving therapy“, práce s vinou, a následně přijetím nové rodinné konstelace provázené často psycho-spirituální transformací. Opět, užívání návykových látek a obecněji různé formy „závislého chování“ jsou typickým průvodním fenoménem dotýkajícím se různých členů rodinného systému v těchto rodinných vývojových fázích, často dokonce přeskakujícím z jednoho členu rodiny na druhého podobně jako „jiskra“.

V kazuistikách závislých rodin procházejících některou z vývojových krizí můžeme poměrně často vidět náznaky ritualizovaných vzorců chování, které se vzdáleně mohou podobat (byť ve zcela jiném kulturním kontextu) původním **přechodovým rituálům**, které

jsou popisovány při kulturněantropologických sondách do životních vzorců primitivních kultur, animistických a šamanistických náboženství, ale i některých ritualizovaných vzorců chování, které se vyvinuly a zdomácnily v naší křesťansko-židovské kultuře (narození dítěte, křest, biřmování, zasnoubení, svatba, pohřeb atd.).

To, co ovšem považují za daleko významnější než zasazení těchto transformovaných „přechodových rituálů“ do popisných a diagnostických schémat závislých rodin, je jejich význam a použití ve vlastní terapeutické práci. **V klinické praxi mohou hrát právě tyto „přechodové rituály“ zcela zásadní roli pro změnu rigidního rodinného systému, patologických dynamických stereotypů a rodinné homeostaze**, která je označena jako „problém“ a která také udržuje dysfunkční vzorce chování. Pochopitelně, vedle emoční terapeutické podpory, použití strukturálních i strategických intervencí, hledání nových „energetických“ zdrojů pro nezbytnou restrukturalizaci rodinného systému i pro rozbití transgeneračně se opakujících rigidních vzorců chování (**„transitional generic conflict“**) znemožňujících přirozené zrání rodiny a použití dostupných adaptačních mechanismů na novou vývojovou fázi rodinného života.

Právě návrat zpět do původních, primitivních kultur zacházejících s psychotropními a psychedelickými látkami v rámci náboženských, vývojových a přechodových rituálů, jejich aplikace v terapeutickém prostoru, často v kontextu dramatických sezení provázejících individuální a separační krize je předmětem mého zamyšlení a snahy po zobecnění těchto technik při práci s rodinami závislých. Logicky se nám také otevírá i etnografické „okno“ do individuálních a identifikačních funkcí „drog“ u dnešní generace dospívající mládeže a mladých lidí.

Pro pořádek je nezbytné vydefinovat pojmy. Přechodovým rituálem rozumíme **formalizovaný, strukturovaný a závazný vzorec chování s bohatým symbolickým obsahem, který provází přechod jednotlivce či celé skupiny lidí z jednoho společenského stádia do jiného**. Arnold van Gennep (1909) popsal tyto přechodové transformace ve třech fázích: **separace** (fáze oddělení), **iniciace** (mezifáze) a **integrace** (zapojení do nového stádia života). Právě prostřední fáze – iniciace – je klíčová pro vědomé prožití změny společenské role, následně převzetí zodpovědnosti na straně jedné (např. v případě dospívajícího) a delegování či „zbavení se“ zodpovědnosti na straně druhé (např. v případě rodičů dospívajícího) a nakonec pro integraci celého rodinného systému do nové životní fáze.

Van Gennep popsal přechodový rituál jako **„odloučení od původní skupiny, překonání prahu pomocí obřadu (liminální fáze) a začlenění do skupiny nové“**. V rodinném kontextu vývojových krizí pak „odloučením“ rozumíme opuštění starých, rigidních a dysfunkčních vzorců komunikace a chování uvnitř rodinného systému, „překonáním prahu“ pak vlastní „iniciační“ (iniciující změnu) symbolický a ritualizovaný „obřad“, odehrávající se uvnitř či vně terapeutického sezení, a „začleněním“ pak rozumíme pevné zakotvení pozitivní změny v novém rodinném uspořádání.

Gennep ve svých analýzách klíčového momentu „překonání prahu“ popisuje hmotné rekvizity příslušných obřadů: **mosty, prahy, přeskokování provazů, trhání nití, překonávání horských sedel**. Hranicí mezi dvěma světy, mezi světem současným a tím budoucím, posvátným mezníkem může být **skála, strom, symbolická a posvátná zed'**. Nové hranice jsou vyznačovány **vyoráním brázdy, zvířecí kůží** atd. Včlenění „cizince“ do nového prostředí je realizováno prostřednictvím posilování skupinové identity **podáním ruky, symbolickým políčkem, kouřením posvátných vonných či psychedelických směsí, „potravou**

Bohů“, výměnou věcí, potravin nebo žen. Odchody pak bývají provázeny rituály **poslední společné večeře, zvířecí oběti, doprovázením na kousku společné/poslední cesty.** Ceremoniální charakter odchodových/vypuzovacích rituálů a především rituálů přijímání je provázen **smyslem objevení, hledáním darů,** se kterými se posléze jedinec vrací do komunity/rodiny s cílem ji obohatit a skrze obohacení v ní nalézt své místo.

Když pozorně čteme tyto etnografické definice, zjišťujeme, že při hledání nové rovnováhy rodinného systému s pomocí ritualizovaného obřadu, který je součástí katarze vývojové, či dokonce psycho-spirituální krize provázené **transformačním „aha zážitkem“**, používáme nikoliv pouze příbuzných objevných, v našem případě terapeutických technik, ale že také hledáme obdobné cíle pro nové fungování rodinných systémů.

Bez nároků na vyčerpávající a úplnou klasifikaci přechodových rituálů aplikovatelných v terapeutické práci se závislými rodinami (ta přesahuje rámec této přednášky) se pokusím z klinické zkušenosti popsat několik katamnestických příběhů, při kterých byly techniky „přechodových rituálů“ využity.

1. „VINA NÁS OBOU JE NEKONEČNÁ A VĚČNÁ“: ODSMUTNĚNÍ A ROZLOUČENÍ S MICHALEM

Kazuistika: Přichází rodina po tragické události ztráty sedmnáctiletého syna Michala, který se oběsí ve vyšetřovací vazbě, kam je umístěn pro obvinění z majetkové trestné činnosti a distribuce drog. Michal je inteligentní a sportovně založený středoškolák v maturitním ročníku. Má za sebou dvouletou drogovou kariéru na pervitinu. Do terapie přichází rodiče a o dva roky starší sestra. Kontraktem je zadání: „Pomozte nám přežít.“ Vlastní terapeutická práce je pomalá a dlouhodobá. Od emoční podpory, přes jemné strukturální techniky doplňované strategickými intervencemi, hledání zdrojů a prostoru pro „odsmutnění“. Dominantní ničivou silou jsou pocity viny a obviňování, hlavním obranným mechanismem útek (sestra), somatizace (matka), sublimace (otec). Průvodními jevy pak deprese (otec) a vzájemná vnitřní závislost celého rodinného systému. Ani po třech letech od tragické události není rodina schopna Michala pohřbit. Jeho popel uschovává v urně položené na polici v matčině pracovně rodinného domku. Domácnost je „proscycena“ tíhou nemožnosti se s Michalem rozloučit a osvobodit se tak od permanentních pocitů viny.

Scénář přechodového rituálu rozloučení s Michalem: Po roce a půl terapeutické práce rodina nalezne odvahu a souhlasí s tím, že do přesně definovaného settingu v rámci terapeutického sezení přinese stále zapečetěnou urnu s Michalovými ostatky a prožije s terapeutu rituál rozloučení. V rituálu dojde k odpečetění urny a symbolickému poskytnutí „svobody“ Michalovi i sobě. Urna, která byla nejenom externalizovaným vyjádřením Michala, ale také nositelem hněvu, smutku, výčitek a „ustrnutí“ rodinného systému neschopného vyrovnat se s tragickou ztrátou, tak umožní rozloučit se s Michalem. Po dramatickém sezení s psycho-spirituálním prožitkem následuje obrovská úleva a vytvoří se tak prostor pro další jemnou strukturální práci na novém uspořádání rodinného systému v nové vývojové fázi.

2. „POCHOD TMOU MÉHO OSUDU“: EXISTENCIÁLNÍ A BILANČNÍ KRIZE

Kazuistika: Do terapeutického sezení přichází manželé Květa a Jan krátce po té, co jejich jediný syn Martin spáchá pro neopětovanou lásku v nedožitých devatenácti letech skokem ze skály sebevraždu. Umírá v nemocnici, ani jeden z rodičů nemá odvahu přijít se se svým

umírajícím synem rozloučit. Nejprve Květa a následně Jan propadá do těžké endogenní deprese. Ta se u partnerů v cyklických periodách střídá. Jsou na sobě zcela závislí. Vždy jeden „drží“ a druhý trpí. Nakonec se ustálí v konfiguraci nemocného Jana, který je v psychiatrické péči. Vlastní rodinná terapie je zaměřena na podporu otřesených rodinných hodnot, provázení smutněním a následně restrukturalizaci rodinného systému v nové vývojové fázi. Je pomalá a dlouhodobá. Martinův pokoj stále zůstává nedotčen tak, jak jej opustil před svým rozhodnutím. Květa pouze schová všechny Martinovy fotografie, až na jednu, kterou otočí tváří ke zdi. Po dvou letech je terapie ukončena rituálem „znovupřijetí“ Martina a také sebe sama ve „fotografickém sezení“, kam Květa s Janem přinesou stará rodinná alba a následně rituálem psaní dopisu dívce, kvůli které spáchal Martin sebevraždu. Následuje odpuštění sobě, dívce, Martinovi... Přichází úklid Martinova pokoje... Po dalším roce a půl přichází už pouze Květa, a to přibližně týden po té, co spáchá sebevraždu i Jan. Zůstává sama. Sama se svojí „vinou“. Vrací se vzpomínky, ale i výčitky ve vztahu k Martinovi a nastává hluboká bilanční a existenciální krize. Rodinná terapie, v tomto případě už spíše individuální psycho-terapie v hlubokém transpersonálním kontextu, dostává úplně jiný rozměr. Terapeuti mlčí společně s klientkou. Později se z roviny hlubokého sdílení dostane terapie do jednoduchých funkčních algoritmů nezbytných k přežití. Jak jíst a proč. Jak spát a kdy. Čím naplnit nekonečně dlouhý den. Hranice mezi „já“ a nekonečnou beznadějí neexistuje. Nakonec se nově rodící podoba sebevědomí a sebe-pojetí Květy zastaví na posteli. Na té posteli, kterou sdílela s Janem a která se stává překážkou pro opuštění a smíření.

Přechodový rituál nového konceptu sebe-pojetí: Terapeuti navrhnou, že příští terapeutické sezení neproběhne v prostorách Střediska pro psychoterapii a rodinnou terapii, ale u Květy doma, právě na zmíněné posteli. Ta se tak stává „hraničním územím“ dvou světů – toho „starého“, plného tmy a beznaděje a toho „nového“, ještě neznámého. V „domácím“ terapeutickém sezení se kromě „bábovky“, kterou naposledy upekla Květa před dvěma lety Janovi, objevují další „ritualizované“ symboly přítomnosti „nezpracované historie“, kterých by se terapeutický kontext nejspíše nikdy nedotkl: šatní skříň, televize, obraz, čajový šálek... Na příští sezení „rodinné“ terapie přichází rozzařená Květa s tím, že starou postel vyměnila za „nádhernou“ novou, podobně jako televizi, že si nechala vymalovat a rozhodla se, že pojede na dovolenou...

3. „DRTIVÝ SVĚT MEZI DVĚMA MLÝNSKÝMI KAMENY“: TRIANGULACE JAKO ŘEŠENÍ TRANSGENERAČNÍHO KONFLIKTU

Kazuistika: Do terapie přichází čtyřčlenná rodina – matka Irena (v domácnosti), otec Jaroslav (inženýr), syn Tomáš a roční Lenka. Do problémového rodinného kontextu patří babička (učitelka) a děda (ze strany Ireny), u kterých rodina bydlí. „Problémem“ je nemocný šestiletý Tomáš, v první třídě ZŠ. Irena si stěžuje na babičku-vlastní matku, která chce „pomáhat“ za každou cenu a dělá z Tomáše „chudinku“. Podle babičky je Irena špatnou matkou, a proto je Tomáš nemocný. Celou rodinnou konstelaci trpí manžel, který pije, a samozřejmě s tím i partnerský vztah. Jaroslav pochází z diametrálně odlišné rodiny než Irena. Dominantním obrazem rodinného systému je nedokončená separace matky a dcery, která se promítá do výchovy Tomáše. Tomáš je mezi dvěma mlýnskými kameny a trianguluje konflikt mezi matkou a babičkou. „Upadá“ do nemoci. Jaroslav „prchá“ z rodinného systému do hospody. V průběhu 12 sezení při více než roční terapeutické práci se postupně pracuje s genogramy, kulturní odlišností původních rodin matky a otce, restrukturalizací rodinné organizace a posilováním mužského subsystému, novou vývojovou fází v rodině (školní dítě) a především se záměrem umožnit dokončení Ireniny separace od vlastní matky. To se ovšem nedaří,

práce vrcholí partnerským konfliktem a terapeuti „povolávají“ na „pomoc“ v ritualizovaném sezení babičku.

Přechodový rituál s babičkou s žádostí o „svolení“ k separaci pro Irenu: Babička vstupuje do koalice s terapeuty, chválí je za „změny“ v rodině, chce mít poslední slovo. Terapeuti jí nabízejí strukturovaný přechodový rituál „objevování Ameriky“. Babička „objevuje“ svoji „Ameriku“ – dědu (manžela) „vzdala“ už dávno, je nešťastná z toho, že není uznávána jako babička v rodině, a má strach, že zůstane sama. Rituál končí explorací babiččiny otázky terapeutům: „Poradte, co mám dělat, až zůstanu sama...“ Šestiletý Tomáš se ve škole „zázračně“ stabilizuje, astma a tiky ustoupí a rodina vstupuje do nového homeostatického uspořádání.

4. „DEJTE MI ŠANCI TAKÉ TROCHU DÝCHAT“: LEAVING HOME A „ZACHRÁNĚ RODINY“

Kazuistika: Do terapeutického sezení přichází matka Dáša, druhý manžel Petr, dcera Barbora (18 let) a rodinný přítel Karel. Identifikovaný klient je dcera Barbora. V maturitním ročníku nechodí do školy (tudíž hrozí, že neodmaturuje), bydlí u svého přítele (nejspíše drogového dealera), kouří trávu, bere pervitin. Domů přijde pouze, když něco potřebuje, lže, v ničem se na ni nelze spolehnout, Dáša se bojí „nejhoršího“ (drogy, závislost, smrt...). Dáša je po druhé vdaná, do rodiny patří ještě jedenáctiletý Tomáš, syn z druhého manželství s Petrem. Do terapie ho nechťejí brát, je „zatím“ bezproblémový, Barboru má moc rád a ona jeho také. Dáša měla problém s alkoholem, nyní v remisi, o svém prvním manželovi hovoří jako o koncentraci všeho špatného. Petr je zodpovědný a „hodný“ manžel, snaží se pomoci. Barbora přichází do terapie jenom kvůli rodinnému příteli Karlovi, záleží jí na něm. Uzavřen terapeutický kontrakt na 7 sezení, během kterých kombinací strukturálních technik a paradoxních intervencí dochází k legitimizaci Barbořiny separace a „osvobození“ Dáši od nereálných očekávání. Separáční úzkost Dáši se transformuje do péče o sebe sama, Petr zatím uzavírá mužskou koalici s Tomášem. Objevuje se doposud skrytý problém v partnerském vztahu. Barbora, která v mnoha ohledech jako by mámě z „oka vypadla“, nejprve urychluje separaci od matky (i pomocí drog) ve snaze uniknout z jejich symbiotických potřeb, následně ale triangulací i její následnou korekcí (symbolický návrat domů) odhaluje partnerský konflikt. Zrání a individualizace Barbory (zařizuje si opakování ročníku a návrat do školy, pravděpodobně abstinuje) vede k ukončení terapie. Týden po ukončení terapie se celý rodinný systém dekompenzuje – ukáže se, že Dáša má další partnerský vztah, její milenec spáchá sebevraždu, Dáša i Petr kolabují. Petr přichází znovu do terapie.

Přechodový rituál předmětem diskuse:

- Kdo jej vlastně potřebuje? Barbora? Dáša? Petr? Tomáš? Všichni?
- Je současné nastavení rodinného systému na takovou terapeutickou intervenci připraveno?
- Bude vůbec rodina v terapii pokračovat?

ZÁVĚR A DISKUSE

Tak, jako užívání halucinogenů a dalších psychotropních látek bylo od pradávna provázeno v primitivních kulturách náboženskými, léčebnými i vývojovými/růstovými/přechodovými

rituály, provází dnes užívání návykových látek mnoho sociálně ritualizovaných vzorců chování, které jsou významným faktorem pro definování hranice mezi „kontrolovaným“ a „nekontrolovaným“, tudíž „bezpečným“ a „nebezpečným“ či méně rizikovým a významně rizikovějším (excesivním, kompulzivním) způsobem užívání drog. Ve vlastní terapeutické práci s rodinami závislých/závislymi rodinami se pak použití přechodových rituálů ukazuje jako zajímavá a velmi účinná technika, která si zaslouží další klinické testování. Přirozeně, tak jako přechodové rituály patří nejenom k významné, ale také jedinečné a extrémně komplexní součásti života specifických etnik a jejich zkoumání i interpretování si zaslouží skutečně mezioborový přístup zahrnující pohled filozofický, náboženský i psycho-spirituální, podobně tomu musí být i při aplikaci přechodových rituálů do klinické praxe rodinných terapeutů. S jejich indikací je třeba zacházet jako s šafránem a patří do rukou pouze zkušeným terapeutům.

Seznam použité literatury:

- Gennep, A. van. (1977). *Přechodové rituály. Systematické studium rituálů*. Nakladatelství Lidové noviny. Praha.
- Grund, J-P. C., deVries, M. W., Kaplan, C. D. (1992). *Rituals of Regulation: Controlled and Uncontrolled Drug Use in Natural Settings*.
- Harding, W. M. and Zinberg, N. E. (1977). *The effectiveness of the subculture in developing rituals and social sanctions for controlled drug use*. In B. M. Du Toit.(Ed.). *Drugs, Rituals and Altered States of Consciousness*. Rotterdam: Balkema.
- Kaufman, E., Kaufman, P. N. (1979). *Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse*. Gardner Press, INC. New York.
- Smith, J. Z. (1988). *Imagining Religion. From Babylon to Jonestown*. The University of Chicago Press. Chicago – London.
- Stephenson, B. (2012). *Co dělá z chlapců muže: duchovní přechodové rituály ve věku nevšimavosti*. Praha: DharmaGaia.
- Stanton, M. D., Todd, T. C. and ass. (1982). *The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction*. The Guilford Press. New York.

MUDr. Pavel Bém

Pracuje na Klinice adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze.
e-mail: pavel.bem@pavelbem.cz

Poruchy příjmu potravy a jejich role v rodinném systému

Ludmila Chvátlová Trapková, Vladislav Chvála

Přes dvacet let pracujeme s rodinami v oblasti psychosomatické medicíny jako rodinní terapeuti. Systemická teorie sociálních systémů (Luhmann, 2006), zkušenosti z klinické psychologie, z porodnictví a společná narativní terapeutická praxe daly vzniknout specifickému popisu rodiny jako sociální dělohy. (Trapková & Chvála, 2004) V rámci tohoto syntetizujícího popisu rodinných procesů se jeví puberta a dospívání dítěte jako sociální porod. Výhodou našeho pohledu je objev řádu v hloubi chaotického separačního pohybu v rodinách našeho kulturního okruhu. (Chvála, Trapková, & Skorunka, 2012) Tendence k jistým pravidelnostem jsme přirovnali k porodnímu mechanismu, který je znám právě z porodnictví. Sledování dynamiky obvyklých posunů, tlaků a pohybů dítěte uvnitř porodních cest, náprava případných poruch, to je hlavní úloha porodníka. Pokud jde všechno dobře, může uklidňovat rodičku, že ač je proces velmi bolestivý, jde správným směrem a přinese nejen úlevu, ale i žádoucí výsledek: narození zdravého dítěte do světa mimo tělo matky. Protože také cesta dospívajícího dítěte z rodiny je bolestivou cestou pokusů a omylů, hledání a nalézání, posunů vpřed k větší kompetenci, je na místě chovat se v roli terapeuta, který se setkává s rodinou v období separace, podobně jako porodník. Jak však vyhmátnout porodní mechanismus, tedy tu „správnou“ cestu (ve smyslu „řádnou“, nadějnou, bezporuchovou) v případě tak složitého děje, jakým je separace z rodiny? Zatímco porod proběhne v řádu hodin a rozdíl mezi anatomii jednotlivých rodiček a dětí nejsou velké, sociální porod probíhá měsíce až roky, a rozdíl v uspořádání rodin jsou velké, počet možných variant snad nekonečný.

Cestu nám ukázaly rodiny s poruchou příjmu potravy. Stovky rodin, které prošly našimi ordinacemi, byly sice velmi různé, avšak uspořádání kolem (převážně) dívek s mentální anorexií projevovalo podivuhodné pravidelnosti a zřetelně se lišilo od uspořádání kolem dívek s mentální bulimií. Každopádně se rodiny jeví jako zastavené, téma příjmu potravy zcela ovládlo rodinu a vytlačilo téměř jakákoli jiná témata. Náš úkol při práci s rodinami se brzy jevil zcela jasně: rozhýbat stagnaci, obnovit separační pohyb. Nepřekvapuje nás, že průměrný věk začátku anorektického chování je o něco nižší než u mentální bulimie a maximum výskytu poruchy příjmu potravy je mezi 15-19 rokem. (Papežová, 2010) Typický průběh cesty sociálního porodu totiž podle nás představuje klička, která v první fázi vede dítě k matce (kde může dojít k anorektické stagnaci) a ve druhé fázi k otci (tam může nastat bulimická stagnace). Atypické případy se mohou objevit i v jiném věku, podstatnější než věk kalendářní je však časování podle zralosti separačního procesu.

Současný nárůst odmítání jídla u malých dětí do 6 let jde spíše na úkor naprostého nedostatků pevnosti a řádu v současných rodinách ve světě, kde přestalo platit téměř cokoli, co zavání režimem. Také porucha příjmu potravy v období separace má co dělat s řádem: Nejdrív se dítě staví matce, později otci, společným úkolem rodičů je držet dítě v pevných hranicích a ty postupně povolovat spolu s tím, jak se potomkovi daří vnější požadavky na režim, udržování pevné struktury, zvnitřňovat, aby si později dokázalo samo svobodně a nezávisle určovat své meze. Dospívající s poruchou příjmu potravy nezná míru. Buď drží hranice příliš rigorózně a nejí vůbec (restriktivní forma), přestože má hlad, na jídlo chuť, ale současně i strach z přejedení. Nebo naopak jakýkoli řád pustí a jí nekontrolovaně, případně zvrací nebo bere projímadla. V období anorektické stagnace, která předchází bulimické stagnaci, jde v průměru o kalendářně mladší dívky, méně verbálně zdatné, perfekcionista, poslušné, se slabou silou ega, špatně diferencující své vlastní prožívání od objektů, které určují vnější normy. Jejich vztah k jídlu je právě nechutenství. Na jídlo nemají chuť a bojí se ho jen proto, že vědí, že ho nebudou moci trávit a okolí je bude nutit jíst.

Teprve později jsme si uvědomili, že projevem vývojové stagnace nemusí být jen mentální anorexie nebo mentální bulimie, ale jakýkoli jiný symptom. (Chvála & Trapková, 2012) Je celkem jedno, zda tématem, kolem kterého se v rodině všechno točí, jsou jídlo, mdloby nebo drogy. Kontext je obvykle stejný: stagnace rodiny, rigidní interakční vzorce, zvýšená agresivita nebo její popírání a obecně vyšší hladina negativních emocí. Stagnace jako zavírání perspektiv, zastavení pohybu, strach z budoucnosti.

Při používání externalizace v rámci narativní terapie je docela jedno, zda je dospívající vnitřním hlasem vybízen ke kontrole jídla, váhy, ke kontrole čistoty rukou (OCD), k excesivnímu cvičení nebo baží po droze. (Marner, 2000) Symptom by nás neměl zavádět na scesti: zápasem s křečemi, s dýchacími potížemi, s jídlem, s braním drog nebo se špatnými známkami jen ztrácíme čas. Ve skutečnosti jde o to, prohlédnout si stav rodinného systému z hlediska separačního procesu a podle toho s rodinou zacházet. Dovednosti rodinného terapeuta se nám přitom dobře hodí. Jak jinak se vyptat na všechno, co k „diagnostice“ stavu rodinného systému potřebujeme? Cirkulární a reflexivní otázky, neutralita a hypotetizování jsou nezbytnou výbavou terapeuta, který přistupuje k rodině s Problémem. Pokud je rodina dobře motivovaná, nestačí „nasadit externalizaci“, tedy více či méně dovedně mluvit s rodinou o tom, jak jí Problém terorizuje. (Chvála & Trapková, 2003) Zdánlivá jednoduchost principu externalizace svádí k představě, že její provedení je snadné, a pokud nefunguje, asi je chyba v metodě. (Eisler, 2013) Když používáme externalizační slovník, máme na pozadí neustále na mysli cestu sociálního porodu, sledujeme místa stagnace a podle toho také zaměřujeme pozornost rodiny na její vývojové úkoly. Když se například zdá, že rodina stagnuje v první fázi, ať už se stagnace projevuje jakkoli, navrhuje spíše úkoly, které povedou ke sblížení dítěte s matkou a k „dosycování“ mateřstvím a zasvěcování do ženského světa. Ve druhé fázi rodinu podněcujeme na cestě dítěte k otci a úkoly během rodinných sezení vyzrávají k jejich sblížení. Motivujeme rodinu, aby experimentovala. Komu je s kým dobře, mezi kým se spíš objevují konflikty? Kdo má na chování symptomu jaký vliv? Nejčastěji vidíme rodiny zastavené ve druhé fázi. Zapojit otce bývá méně snadné než získat pro spolupráci matku. Je tomu tak na celém světě, jak ukázaly výzkumy jazykovědců už v sedmdesátých letech. Otcové jsou méně vstřícní, méně srozumitelní a méně empatičtí, což považujeme za výhodu podobně jako Glaesonová v teorii mostu. (Šulová, 2004)

Pokud se podaří dobře odhadnout, v jakém místě separačního pohybu se rodina nachází, a pokud se podaří odstranit překážku vývoje, obvykle nic nebrání tomu, aby symptom

zmizel. Ztratí totiž svůj význam. Samozřejmě tam, kde je porucha organizovaná hlubší osobnostní psychopatologií, kterou nelze vyléčit rodinnou terapií, tam je na místě individuální práce s nositelem symptomu, medikace, pobytová režimová léčba atp. Ale ani v takovém případě není rodinná terapie bez významu a urychluje individuální proces. Hlavní přínos metafory rodiny jako sociální dělohy však vidíme v tom, že můžeme lépe porozumět významu agresivity v období separace, můžeme pevněji vést rodinu obtížným obdobím a současně ji můžeme empaticky ujišťovat, že bolesti, které nyní prožívají, jsou užitečné a vyplatí se jimi projít. To je ostatně úloha porodníka. Na konci sociálního porodu rodinu opouští mladý dospělý, který na sebe převzal odpovědnost a většinu funkcí, které dosud zajišťovali rodiče.

Výhody rodiny s oběma genderově odlišnými rodiči jsou v tomto procesu nesporné a v našem konceptu rodiny jako sociální dělohy a separace jako sociálního porodu hrají významnou roli. Za tento názor býváme kritizováni ve světě, který se pokouší rozdíl mezi ženami a muži a jejich význam popírat. Nejnovější nálezy, získané při výzkumu mozku týmem z Calgary vedeným Glorií Makovou, jasně prokazují, že dvojice rodičů u savců vytváří významně výhodnější podmínky pro mláďata a pro neurogenezi, která je pohlavně odlišná. U malých myšáků byla přibližně 2,5× bohatší tvorba neuronů v té části mozku, která se nazývá gyrus dentatus a která je spolu s hipokampem odpovědná za lepší učení a dlouhodobou paměť, což jim je v dospělosti užitečné na dalekých cestách za potravou. Myším holčičkám naopak vyrůstalo přibližně dvakrát více bílé hmoty (glie). Zmnožení buněk zvaných oligodendroglie zlepšuje bilaterální motorickou koordinaci a rovněž zvyšuje schopnost sociální interakce. Autoři připisují výsledky především počtu podnětů, zejména taktilních (čistění, olizování), které poskytoval rodičovský pár ve vyšší míře, než mohla poskytnout samotná matka. (Mak, Antle, Dyck & Weiss, 2013) Pozoruhodné je, že tento rozdíl v uspořádání některých částí mozku se přenáší i do další generace. Potvrzuje to tak naši klinickou zkušenost o transgeneračním přenosu poruchy, jakou představuje chybění jednoho z rodičů. Ve světě, kde stále častěji dospívají děti v jednopohlavních rodinách, stojí psychoterapie a rodinná terapie před novými úkoly: pokud dosud převažovala potřeba mateřských funkcí (akceptování a naslouchání), je možné, že nyní stoupá potřeba funkcí otcovských (vyžadování a zvyšování nároků). Budeme to umět?

Literatura

- Eisler, I. (2013). *Výhody a nevýhody v používání externalizačních technik v léčbě poruch příjmu potravy*. IX. mezinárodní interdisciplinární konference o poruchách příjmu potravy a obezitě (str. B9). Praha: Solen.
- Glaeson, B. J. (1975). *Fathers and other strangers: men's speech to young children*. V D. (. Dato, *Developmental psycholinguistics; theory and applications* (stránky 171-222). Washington D.C.: Georgetown University Press.
- Chvála, V., & Trapková, L. (5 1998). *Poruchy příjmu potravy z hlediska vývoje rodinného systému*. Čs. *Psychiatrie*.
- Chvála, V., & Trapková, L. (8. 3 2003). *Osm kroků externalizace v narativní terapii u PPP*. Získáno 11. 5. 2013, z <http://www.sktlib.cz>, <http://www.sktlib.cz/publikace/externalizace.htm>
- Chvála, V., & Trapková, L. (10(3) 2012). *Indikace rodinné terapie v psychosomatice*. *Psychosom*, stránky 146-164.
- Chvála, V., Trapková, L., & Skorunka, D. (5. May 2012). *Social Uterus: A Developmental Concept in Family*. *Contemp Fam Ther*, stránky 293-312.
- Luhmann, N. (2006). *Sociální systémy. Nárys obecné teorie*. Praha: CDK.

- Mak, G. K., Antle, M. C., Dyck, R. H., & Weiss, S. (8(5) 2013). *Bi-Parental Care Contributes to Sexually Dimorphic Neural Cell Genesis in the Adult Mammalian Brain*. *PLoS ONE*, str. e62701.
- Marner, T. (2000). *Letters to Children in Family Therapy*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Minuchin, S. (1977). *Familie und Familientherapie*. Freiburg: Lambertus.
- Papežová, H. (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada.
- Šulová, L. (2004). *Raný psychický vývoj dítěte*. Praha: Karolinum.
- Trapková, L. (2/2013). *Zpráva o Výcviku v rodinné terapii psychosomatických poruch v Liberci*. *Psychosom*, stránky 114–128.
- Trapková, L., & Chvála, V. (2004). *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál.

PhDr. Ludmila Chválová Trapková a MUDr. Vladislav Chvála

Pracují v Institutu rodinné terapie a psychosomatické medicíny, o. p. s., v Liberci.
e-mail: trapkova@mybox.cz, chvala@sktlib.cz

Tady je Krakonošovo!

Jasenka Medenčević, Jan Hovorka

Osoby a obsazení: máma, táta, Lenka (něco více přes 30 let), Tonča (něco méně přes 30 let)

Alternují: Anče, Kuba, hajnej, Trautenberg

Prolog: Na horách vládnou od nepaměti staré dobré pořádky, Krakonošovy pořádky. Všichni je – zdá se – ctí. Jen ten Trautenberg ZLOBÍ!

KAPITOLA PRVNÍ (... KTERÁ JE VLASTNĚ POSLEDNÍ): „JAK TO VŠECHNO DOPADLO...“

Milý deničku, připadá mi, že jsem konečně poznala domov! Snad se mi nebudeš smát, když ti pošeptám, že si přijdu nějaká větší... dospělejší, víš? Táta je nějaký křehčí, ale já ho konečně vidím a vážím si ho. S mámou je to pořád těžký, ale snaží se držet a snad je i citlivější, řekla bych. A Léňa? Ta přes moře slz konečně snad došla vysvobození a ví, co chce a co nechce. A hlavně – nebojí se to říct! Cejtím na tváři svěží vítr. Chce se mi žít!

1. ŽLUŤÁK

Abychom zachovávali určitou strukturu terapeutického sezení, pracujeme s tzv. žluťákem. Je to něco, co nám vytyčuje mantinely, v nichž se ovšem odehrávají rozličné hry nebo sporty. Žluťák má dvě strany: **terapeutickou** a **rodinnou**.

Na **terapeutické straně** – neboli straně určené jenom terapeutům – zapisujeme stručný průběh sezení, hypotézy, které nás k rodině napadají, a terapeutický plán, kam směřujeme a na co bychom neměli zapomínat. Průběh setkání a terapeutický plán považujeme za standardní nástroje dobré terapie. Patrně méně využívanou je práce s hypotézami. Skrze vytváření hypotéz vyjadřujeme náš názor nebo pohled na danou situaci, a tím i na rodinu, se kterou pracujeme. Hypotézy jsou vytvářeny na základě našich zkušeností a také na základě konkrétních informací týkajících se života rodiny. Není podstatné, zda hypotézy vždy vedou k pravdivým závěrům. Nejsou určeny k následné verifikaci. I tato pokusná nebo pravděpodobná hypotéza je vysoce užitečná, protože vede k dalšímu zkoumání, což podněcuje zvědavost

terapeutů. Na základě těchto hypotéz je možné dospět k novým informacím a pohledům. Jsou základem dalšího objevování souvislosti nebo vědění. Hypotéza je vhodným prostředkem, který uvádí proces terapie do chodu.

Rodinná strana žlutáku je rozdělena na ocenění, předpoklad, doporučení a domácí úkol.

Ocenění je velkou podporou pro rodinu. Slouží k jejímu posílení, upevňuje důvěru rodiny ve vlastní kompetence, podněcuje naději a motivuje k další spolupráci.

Předpoklad nabízí rodině pohled do budoucna, pomáhá jí při orientaci v problému. Přípravuje půdu pro terapeutickou změnu.

Doporučení je část závěrečného poselství, kterou má rodina velmi ráda. Je to něco konkrétního „do ruky“, nástroj pomoci, který si mohou odnést hned ze sezení.

Domácí úkol – často pracujeme formou domácích úkolů. Terapeutické sezení pokládáme za kontext změny, která se spíše odehrává mezi setkáními s rodinou. Domácí úkoly mají angažovat rodinu a facilitovat kýženou změnu. V této konkrétní rodině jsme například dali za domácí úkol napsat alespoň 5 ocenění pro každého člena rodiny, včetně sebe; nebo úkol, kdy v houstnoucí atmosféře se měli jednotliví aktéři pohádat s některým členem rodiny, vyvolat konflikt a pak se usmířit.

KAPITOLA DRUHÁ: „VELKÉ NEDOROZUMĚNÍ..“

Tonča chce zlepšit komunikaci. Rodiče nevědí, co to po nich chce?! Tonča nejdříve ZLOBILA S JÍDLEM (bylo jí 16 let a vážila 39 kg). Máma koupila váhu a kontrolovala ji. Víc nic. Postupně Tonča přešla na ZLOBENÍ S PITÍM (7 let pila, přes 3 roky denně). Léčila se v Červeném Dvoře. Teď přes několik recidiv 5 let už NEZLOBÍ. Chce přijetí. Rodiče nechápavě – a trochu zoufale – kroutí hlavou...

2. PRÁCE V PÁRU

Práce v páru má pro rodinu mnoho výhod. Navíc je to obrovský bonus pro nás terapeuty – ať už jde o vzájemnou podporu, kooperaci, inspiraci, nebo odborný růst.

Práce v páru umožňuje **zrcadlení a přehrávání** rodinné/manželské interakce, rodině lze názorně předvést to, co se mezi nimi odehrává, nebo naopak usnadňuje **učení nových dovedností**, účinnějších způsobů vzájemné komunikace. Terapeutický pár učí svým příkladem. V této konkrétní rodině se submisivní, mlčenlivý otec a dominantní matka mohli dívat na vyrovnaný terapeutický pár, kde se muž a žena střídají ve vedení terapie. Terapeuti se během sezení klidně dohadovali, vyjasňovali si své názory nebo oceňovali jeden druhého před rodinou. Někdy jeden z terapeutů mluví za klienta – „Já bych na vašem místě...“ nebo si vymění místo s klientem a rovnou situaci přehraje.

Specifikem apolinářské práce v páru je **nestálost a kombinovatelnost terapeutických dvojic**. Podle časových možností terapeutů a problematiky jednotlivých rodin se formují různé terapeutické dvojice. Je v tom velká flexibilita. Zvenku to může vypadat až

promiskuitně. Každý má příležitost pracovat s každým. Zůstáváme však heterosexuální – nikoliv kvůli předsudkům, jelikož pracujeme i s homosexuálními páry, ale ctíme i určitou genderovou vyrovnanost, vyváženost při práci s rodinou.

Samozřejmě, že **s jednou rodinou** od začátku do konce **pracuje stejný terapeutický pár**.

I když ta naše profesní promiskuita může zprvu vypadat lákavě, pro terapeuty je to značně **náročný způsob spolupráce**. Méně se vzájemně známe, máme odlišné výcviky, různé styly práce. Musíme být daleko tolerantnější, pohotovější, vnímavější k tomu druhému a celému terapeutickému procesu. Musíme se průběžně společně nalaďovat. To všechno jsou velmi užitečné dovednosti, které chceme předat rodině v průběhu terapeutického sezení. **Učíme příkladem**. Stane se, že se před rodinou dohadujeme, jak to kdo máme, vyjasňujeme si to, vyjednáujeme. Rodina vidí, že jsou odlišné názory přijatelné, neohrožující a že ujasňování může být velmi potřebné a užitečné. Rodina tento proces může sledovat v „přímém přenosu“ a nechat se inspirovat.

KAPITOLA TŘETÍ: „KDO JE TRAUTENBERG?“

Děti – dnes již většinou dospělé – cítí krivdy. Tonča je za Trautenberga, staví se stále na zadní. Lenka má již dvě děti, přesto stále slyší, jak špatně balí ponožky a nemožně škrábe okurku. Rodiče poukazují na získané hodnoty – modli se a pracuj, pomoz si a pánbůh ti pomůže, uvařeno a uklizeno je základ, projevování emocí je luxus. Táta v brzkém věku odveden od rodiny k vzdálenějším příbuzným. Máma ze 6 dětí, musela se ohánět; jednoho dne přistihla svého otce, jak se zkouší oběsit...

3. PRÁCE V TÝMU

Jsmo zvyklí pracovat s tzv. **reflexním týmem**, který se skládá buď ze stážístů (studentů, frekventantů rodinně-terapeutických výcviků, kolegů z jiných pracovišť) nebo i apolínářských terapeutů, pokud jsou k dispozici.

Co práce s reflexním týmem přináší rodině? Připomínáme, že rodina má vždy možnost nesouhlasit s přítomností reflexního týmu. Když rodina reflexní tým odsouhlasí (a to je většina případů), tak tím může získat například znásobené a mnohočetné ocenění. Ocenění, které dáváme rodině v závěrečném, jak říkáme, poselství na konci každého setkání, je **ocenění celého týmu**, tedy nejen terapeutického páru. Tím vše řečené dostává pro rodinu větší váhu, mnohonásobně je posílí.

Členové reflexního týmu, kteří nejsou-li požádáni terapeutickým párem, do sezení nezasahují, nabízejí nové aspekty, **jiné úhly pohledu**, rozšiřují kontext problému. Terapeuti jsou součástí interaktivního pole, více vstupují do rodinného dění. Reflexní tým to může **vidět zvenku**, z větší distance, všimnout si dalších souvislostí, signálů apod.

Práce s reflexním týmem je velmi **užitečná** i **pro nás, terapeuty**. Reflexní tým totiž poskytuje okamžitou zpětnou vazbu. Terapeuti dostanou **rychlý a jasný feedback** týkající se jejich práce. Je to jakási forma ad hoc intervize, sloužící ke zvyšování odbornosti terapeutů.

V rámci běžné praxe reflexní tým většinou poskytuje **uzavřené reflexe**, bez přítomnosti členů rodiny. Občas děláme i **otevřené reflexe** – zeptáme se členů reflexního týmu v průběhu, nejčastěji však na konci sezení, na jejich postřehy, domněnky, názory přímo před rodinou. Pravidla jsou taková, že tým musí vědět o možnosti být požádán o tuto otevřenou reflexi a že členové týmu nikdy nemluví přímo k rodině, ale k terapeutům, byť před rodinou.

Další užitek takového settingu je **výukový**, týká se přímo reflexního týmu. Členové reflexního týmu mají možnost učit se rodinnou terapii přímým pozorováním „na place“ a aktivně účastí v terapeutickém procesu.

Počet lidí, kteří pracují pro jednu rodinu, je tím pádem velmi **nadstandardní**. Kromě tohoto nadstandardu co do počtu, do počtu je apolinářský **setting** zajímavý i svým **multi-kulturním složením**. Česká základna je obohacena bulharským, slovenským a bosenským prvkem, což znovu otevírá obzory, rozšiřuje kontext, umožňuje pohled odjinud. Je veřejným tajemstvím, že se celá Adiktologická klinika nenápadně „balkanizuje“.

KAPITOLA ČTVRTÁ: „KRKONOŠSKÁ POHÁDKA...“

Tonča se vdává, maluje si pokoj u rodičů na růžovo, rodiče na její návštěvy vytvářejí suchou domácnost. Lenka čte dojemné vyznání mámě na téma „Chci být sama sebou!“ Táta projevil svou lítost, že nedokázal tenkrát Tonče pomoci, nebojí se projevit opačný názor, než má manželka, mluví. Máma se učí méně krakonošovat, něžní. A tak žili šťastně až do smrti...

4. ZÁVĚREČNÉ POSELSTVÍ

Budeme končit, a tak pro vás máme závěrečné poselství.

Oceňujeme, že jste byli tolerantními posluchači a že jste měli trpělivost nás vyslechnout až do konce, a to i přesto, že jsme poněkud promiskuitní a skoro plýtvající tým.

Předpokládáme, že někteří z vás budou mít větší zájem o rodinnou terapii a týmový způsob práce.

Doporučujeme, abyste se přišli podívat na naše pracoviště třeba formou odborné stáže. My vás rádi uvítáme a pro vás to možná bude inspirativní zkušenost.

Za **domácí úkol** popřemýšlejte a napište si 5 věcí, které si na vás cení vaše nejbližší okolí. Tento svůj seznam si ZA ŽÁDNÝCH OKOLNOSTÍ NEOVĚŘUJTE!

Hvala vam na pažnji i dovidjenja.

Spánembohem!

Mgr. Jasenka Medenčević

*Pracuje v Centru pro psychoterapii a rodinnou terapii Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze.
e-mail: jasenka.medencevic@vfn.cz*

Mgr. Jan Hovorka

*Pracuje ve sdružení Anima-terapie, o. s., v Praze.
e-mail: janhovorka@centrum.cz*

Zkušenosti s domácím násilím v kontextu zneužívání návykových látek

Petra Wünschová

Úvod

Tato konference byla pro nás dobrou příležitostí zamyslet se nad našimi zkušenostmi a postřehy a najít průsečíky a možné souvislosti domácího násilí a zneužívání návykových látek.

Tento text nemá ambici být komplexním pojednáním, je úvodním nástínem do výše uvedené problematiky a dnes se pokusím načrtnout kategorie a témata, která jsou nasnadě, pokud uvažujeme o domácím násilí v kontextu zneužívání návykových látek a závislosti obecně.

PŘEDSTAVENÍ ORGANIZACE A ZPŮSOBU PRÁCE

Občanské sdružení Acorus se zabývá komplexní psychosociální pomocí obětem domácího násilí již 15 let. V současné době máme registrované tři sociální služby – ambulantní odborné sociálně-právní poradenství, azylový dům s neveřejnou adresou a krizovou pomoc. Do azylového domu je možno se dovolat na nonstop telefonické linky pomoci.

Budu zde prezentovat zkušenosti především z dlouhodobé práce s klientkami v našem azylovém domě.

Smlouvu s klientkami na neveřejné adrese můžeme uzavírat až na 1 rok a zpravidla je u nás na pobytu 8 žen se svými dětmi. Práce v azylovém domě Acorusu má jisté obdobnosti jako v komunitách pracujících se závislostmi. Uživatelky naší služby prochází **třemi fázemi**. První fáze trvá od nástupu do přijetí komunitou a je fází adaptační, kdy je klientka osvobozena od některých povinností, jako je např. úklid společných prostor. Po absolvování první fáze a **přijetí do komunity spojeném s rituálem** nastupuje klientka druhou fází pobytu. V této druhé fázi každý měsíc spolu se svou klíčovou pracovnící vypracovává, plní a vyhodnocuje svůj **individuální plán**. Kromě intenzivní sociálně-právní pomoci mají klientky v našem zařízení možnost se účastnit pravidelné **skupinové terapie i terapie individuální**, dle svých potřeb. Terapie v této pobytové době je především zaměřena na

podporu při zvládnání obtížných aktuálních situací, zpracování traumatu, získání náhledu na typ vztahu, podporu asertivního a samostatného chování, stanovování osobních hranic a rozpoznávání rizikových situací. Klientka rovněž v této fázi využívá v rámci projektu **systematické práce s dětmi ohroženými domácím násilím** možnost pedagogických konzultací, terapeutické programy pro děti (především arteterapii a scénotest a programy na posílení vztahu matka-dítě, jako je např. videotrénink interakcí atp.).

Pravidelně každých 14 dní se konají povinné **komunity**, průběžně probíhají i další aktivity na podporu společného soužití.

Pokud společenství uživatelek služby funguje, je zdrojem vzájemné podpory a poskytuje možnost **korektivních zážitků** situací z původní rodiny i navázání nových přátelských a podpůrných vztahů pro budoucí samostatný život.

A konečně měsíc před plánovaným odchodem klientky následuje **třetí fáze**, kdy se klientka intenzivně připravuje na odchod do samostatného života, a může proto požádat komunitu o zproštění některých povinností.

Osvědčené je v našem zařízení i nastavení pravidel v azylovém domě tak, že není požadována absolutní abstinence, konzumace např. alkoholu mimo objekt je možná, ale uživatelka si musí plnit své povinnosti a nechovat se problémově – tento přístup otevírá podle našich zkušeností více prostoru k řešení problematiky závislostí než striktní zákaz.

ZÁVISLOST A DOMÁCÍ NÁSILÍ

Paralela mezi systémem práce se závislými a osobami ohroženými domácím násilím není náhodná, ale má hlubší opodstatnění. V případech domácího násilí, tak jak jej chápeme my, dochází velmi často k **závislým vzorcům partnerského chování**, a i to je jedním z důvodů, proč je tolik obtížné násilný vztah opustit a mnohdy se úspěšný odchod zdaří až na několikátý pokus. Obecně jistě platí, že ženy, které v primární rodině zažívaly domácí násilí, častěji nevědomě vyhledají násilný typ vztahu. Podle našich zkušeností platí i druhá možnost, kdy **závislé chování, popírající vlastní potřeby a snažící se vyhnout konfliktům a vzdávající se samostatnosti a rozhodování, je adaptačním mechanismem na násilný typ vztahu.**

Pro lepší názornost je vhodné se podívat na typický průběh a vývoj násilného vztahu. Charakteristické pro velkou část žen, se kterými pracujeme, je to, že počátek násilného vztahu popisují jako velkou životní lásku. Varovné signály jako kontrolu mobilu, internetové komunikace, časté telefonáty, snahu omezit čas trávený s jinými lidmi („budeme jen spolu, miláčku“) si vykládají nikoliv jako nepřiměřenou kontrolu, ale jako projev velkého zájmu o svou osobu. Velmi často tak po krátké známosti, s minimální dobou vzájemného poznávání se v partnerském vztahu, začínají s původcem domácího násilí vést společnou domácnost. Násilný partner postupně pokračuje v sociální izolaci a kontrole své partnerky a stále více ji ponižuje a devaluje její hodnotu. Často v tomto okamžiku vstupuje do života páru první dítě a koloběh domácího násilí se rozbíhá naplno. Dítě bývá častým spouštěčem vlastního kolotoče domácího násilí, kdy se střídají fáze vzrůstajícího napětí, vlastního násilí a usmírování (tzv. líbánek). **Pro domácí násilí je typické, že role a převaha moci a kontroly jsou**

jasně rozdělené, nedochází ke střídání rolí oběti a agresora a násilí má tendenci se opakovat a stupňovat. Osoba ohrožená domácím násilím již není schopná rozeznávat varovné signály, cítí se odpovědná za celou rodinnou situaci, doufá ve změnu a – stejně jako žába v postupně se ohřívající horké vodě v oné známé metafoře – není schopná rozeznat, nakolik je situace vážná a že se již zdaleka nejedná o běžné rodinné problémy. **Stejně jako v případě jiných závislostí to, jak byla situace závažná, vidí až zpětně.**

Signálem pro odchod bývá situace, kdy agresor zaútočí i na dítě nebo kdy se žena začne cítit v přímém ohrožení života. **Závislost na partnerovi podle mého názoru podporuje i nepředvídatelnost partnerových trestů a reakcí, kdy nelze nikdy dopředu odhadnout, kdy a za co bude žena „trestána“.** V mnoha případech jsme navíc svědky **promíchání lásky a agrese v rodinách klientek až několik generací zpátky.** Dochází zde k tzv. transgeneračnímu přenosu patologických vzorců chování, kdy k přerušení tohoto kruhu nestačí jen vědomé odsouzení násilného chování, tendence opakovat partnerské chování rodičů má mnohem hlubší základ. V posledních několika letech pozoruji při práci s rodinami nezanedbatelný „gendrový posun“, kdy i dívky se častěji identifikují s rolí agresora.

To, že se jedná o závislý typ vztahu, velmi dobře ilustrují často extrémní způsoby, jakými se v případě úspěšného odchodu ohrožené ženy snaží původce domácího násilí o návrat ženy do její role a o zachování původního typu vztahu. Do repertoáru typického chování agresorů v této situaci bohužel často patří vyhrožování, útoky na příbuzné, citové vydírání včetně vyhrožování sebevraždou a demonstrativních pokusů o ni. V mnoha případech tak domácí násilí i po faktickém odchodu oběti od agresora pokračuje nebezpečným pronásledováním (stalkingem) či nabírá podobu sporu o děti.

Pohybování se na poli závislostí přináší i **zvýšené riziko pro terapeuta i další pomáhající profese, kdy až příliš snadno lze sklouznout k roli zachránce.** Důležité je při této práci důsledně posilovat samostatnost a kompetenci klienta a nenechat se zlákat k záchranářským akcím.

PŘI POHYBU V POLI ZÁVISLOSTI A DOMÁČÍHO NÁSILÍ SE V NAŠÍ PRAXI SETKÁVÁME S NĚKOLIKY TYPY VZTAHŮ VE VZTAHU K ZNEUŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK

1. NÁSILNÝ PARTNER ZÁVISLÝ NA DROGÁCH ČI ALKOHOLU

Závislost partnera je klientkami vnímána jako omluva pro násilí aneb kdyby muž nepil/nefetoval/nehrál automaty, bylo by to dobré. Klientky doufají ve změnu chování partnera a za jeho chování **činí odpovědnou návykovou látku** a nikoliv partnera samotného. Zneužívání alkoholu agresorem je často předkládáno i dětem jako přijatelnější vysvětlení násilného chování. Tyto omluvy chování partnera ale často brání úplnému vyřešení rodinné situace a nesou sebou i zvýšené riziko vnitřního neukončení vztahu i přes formální rozchod a rozvod. U tohoto typu klientek opakovaně pozorujeme hluboký depresivní propad nálady, často vyžadující medikaci, paradoxně v situaci, kdy žena dosáhne soudního rozvodu manželství.

Při práci s tímto typem klientek je důležité nepřijmout hypotézu, že za násilí může alkohol a drogy, návyková látka bývá pouze jakýmsi katalyzátorem chování agresora.

2. ALKOHOL, DROGY ANEB SEBEMEDIKACE JAKO ZPŮSOB, JAK ZVLÁDNOUT NÁSLEDKY DOMÁČÍHO NÁSILÍ

S tímto způsobem zvládnání následků domácího násilí se setkáváme především při dlouhodobém násilí ze strany partnera a zvýšené anamnestické zátěži, často obsahující týrání klientky v původní rodině. Podle naší zkušenosti tyto klientky poměrně dobře zvládají abstinenci v bezpečném prostředí, avšak je zde zvýšená tendence vracet se k původnímu stylu života při návratu do běžného života. Zneužívání návykových látek sebou nese zvýšené riziko úrazů a trvalých změn zdravotního stavu.

3. NÁVYKOVÉ LÁTKY V TROJÚHELNÍKU VZÁJEMNÉ ZÁVISLOSTI OBĚŤ-PRONÁSLEDOVATEL-ZACHRÁNCE

Tento typ vztahu nejnázorněji ilustruje model trojúhelníku vzájemné závislosti Stephena Karphana vycházející z poznatků transakční analýzy. Tento model popisuje tři komplementární vztahové role oběti, pronásledovatele a zachránce, kteří se vzájemně udržují v závislém typu chování; obvyklé je střídání rolí.

V těchto typech případů zpravidla vyhledá naši pomoc klientka, která sama úspěšně zvládla epizodu závislosti na návykových látkách či alkoholu, a jedním z důležitých impulsů pro vztah s násilnou osobou byla motivace pomoci partnerovi závislost zvládnout. Zachránkyňe však sama poměrně rychle skončí v roli oběti. **Vzájemná vztahová závislost je v těchto případech umocněna i vědomým/nevědomým vztahem k návykovým látkám.**

Práce s tímto typem klientů vyžaduje od odborných pracovníků zvýšenou míru sebe-reflexe, aby se nenechali zatáhnout do dynamiky trojúhelníku závislosti v roli zachránce, a stále si být vědomi kompetentnosti a vlastní odpovědnosti klientky za svůj život a svá rozhodnutí, i když např. v nás vzbuzuje svým chováním velké obavy či naopak lítost, a zároveň nepřehlédnout a umět správně vyhodnotit signály k nutné intervenci např. ve prospěch dětí.

4. DOMÁČÍ NÁSILÍ JAKO SEKUNDÁRNÍ PROBLÉM PO ZVLÁDNUTÍ ZÁVISLOSTI

Dalším typem klientských případů, se kterými se setkáváme, jsou klientky, které ve své anamnéze mají úspěšně zvládnutou léčbu závislosti zpravidla na nealkoholových návykových látkách. Úspěšně absolvovaly léčbu i následnou podporu v doléčovacím centru, ale přetrvávají u nich problémy v partnerských vztazích. Práce s těmito klientkami je pro nás zpravidla specifická v několika směrech – především jde o klientky s formující zkušeností z intenzivního terapeutického procesu, což může být výhodou, ale i brzdou další práce s klientem (mj. riziko manipulace). Obtížnější bývá i proces získání vzájemné důvěry a otevření možnosti spolupráce s dalšími institucemi, zejména s pracovníky OSPOD. Vždy musíme pracovat s rizikem stigmatizace klienta a s tendencí ke zvýšené kontrole ze strany dalších institucí. Např. v situacích, kdy se vyskytují nápadnosti v chování klientky či má klientka výpadky v péči o děti, vždy panuje první obava z možného relapsu zneužití návykových látek. V těchto situacích se nám velmi osvědčuje otevřená komunikace s klientem o našich obavách spojená s nabídkou pomoci, dohoda na krizového plánu, ale především je naprosto nutná úzká spolupráce s odborníkem na závislosti, tak aby např. psychické a zdravotní obtíže klientky nebyly zaměněny za abúzus návykových látek.

5. SPOLEČNÁ ZÁVISLOST VE VZTAHU I NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH

Posledním typem vztahů, se kterými se setkáváme, je oboustranná spojující závislost obou partnerů zpravidla na alkoholu, kde ve vztahu dochází k násilným excesům, ale nejedná se o domácí násilí. Role agresora a oběti se v tomto vztahu proměňují, vztah neprochází fázemi typickými pro domácí násilí a i chování partnerky po odchodu od násilného partnera vykazuje jiné znaky než u osob ohrožených domácím násilím. Např. partnerka se muže nebojí, verbálně ho napadá, v rozhovorech ho jednoznačně prezentuje jako viníka situace ve vztahu atp.

BEZPEČNÝ KONTAKT DÍTĚTE S NÁSILNÝM RODIČEM S PROBLÉMY SE ZNEUŽÍVÁNÍM NÁVYKOVÝCH LÁTEK

V této oblasti nefungují dobře obecná řešení, vždy je třeba postupovat individuálně a s ohledem na skutečné potřeby dítěte a s přihlédnutím k vyhodnocení bezpečnostních rizik pro matku i dítě. Při práci s rodinou se snažíme téma otce a domácího násilí **odtabuizovat** a otevřít možnost vzájemného setkávání otce a dítěte. (I když v extrémních případech může bezpečné setkávání probíhat jen na symbolické rovině.)

Další obecnou zásadou, kterou se řídíme, je fakt, že nikdy **neodsuzujeme osobu otce, ale vždy jen jeho nevhodné chování.**

Pro ilustraci jsem si připravila dvě kazuistiky, kdy v jednom z případů byla faktická podoba bezpečného kontaktu otce a syna možná a prospěšná, v druhém případě jsme téma otce museli zpracovávat náhradním způsobem. Některá fakta jsou pro zaručení anonymity mírně pozměněna.

Kazuistika č. 1: **I dvě hodiny mohou stačit**

Matka opustila svého manžela poté, co dlouholeté domácí násilí vyvrcholilo situací, kdy ji opilý ohrožoval nožem v ruce. Odešla k nám na utajený pobyt se svým pětiletým synem. Syn byl zvýšeně úzkostný, zamklý, odmítal jíst, nenavazoval příliš přátelské vztahy s ostatními dětmi, často trpěl bolestmi břicha. Matka na základě konzultace vyhledala pomoc dětské psychiatricky, která diagnostikovala dětskou depresi a poskytla synovi medikaci. Poté se začal otevírat prostor pro vlastní terapeutickou práci, kdy se ukázalo, že jádro problémů s výživou má kořeny nejen ve zvýšené úzkosti, ale i raném traumatu, kdy matka byla otcem při kojení syna ošklivě napadena. Honzík byl zároveň tím, kdo doma spal s matkou v jedné posteli, byl to on, kdo volal policii nebo babičce, když se bál o mámin život.

Po období asi 3 měsíců se Honzíkův psychický stav stabilizoval a Honzík se adaptoval na nové prostředí azylového domu. Po třech měsících se začal vídat s otcem při asistovaných stycích, průběžně po celou dobu docházel na scénotest a k dětské psychiatrice. Nakonec soud rozhodl o svěření syna do péče matky a o kontaktu otce a syna rozhodl v rozsahu 2 hod. týdně ve veřejných prostorách. I přesto, že otec se synem vídá velmi nepravidelně a na krátkou dobu, některé pozitivní zážitky, jako třeba společná návštěva hokejového zápasu, povzbudily v terapeutickém procesu Honzovu fantazii,

která začala na projektivní ploše scénotestu vytvářet kompenzační fantazie o skvělé psí dvojici otce a syna, kteří společně vždy porazí zlo a ochrání důležité poklady. Po jedenapůlleté práci je Honzík bez medikace, zvýšená úzkostnost ustoupila, ve škole i v dětském kolektivu prosperuje dobře, zlepšily se i problémy s jídlem.

Kazuistika č. 2: **Iluze, ideály a díry v srdci**

30letá matka 3 synů (8, 6, 4 let) původem z menšího příhraničního města na severu odešla po 10 letech z násilného vztahu z romským muzikantem, který propadl závislosti na toulenu a začal se živit organizovanou trestnou činností. Jeho rodina ji jako Neromku nikdy nepřijala, muž ji kontroloval, bral jí finance a opakovaně ji se stále se stupňující intenzitou bil, především do vlasové části hlavy, kde nebyly modřiny vidět. Klientka nejprve od muže odešla do místního azylového domu, ale ani zde nebyla se syny v bezpečí, vyhledala proto utajený pobyt v našem zařízení. Byla velmi motivovaná pro terapeutickou práci i práci se syny, přesto jsme nenašli způsob, jak zprostředkovat bezpečný kontakt otce a synů. Synové nevyjadřovali přání se s otcem potkat, nevzpomínali si ani v chráněném terapeutickém prostoru na žádné hezké zážitky s otcem, otec rovněž o kontakt se syny nejevil žádný zájem. Hrozilo velké riziko, že pokud se prozradí nové místo pobytu rodiny, bude rodina znovu ohrožena útoky nejen otce, ale i jeho širší rodiny. Společně s matkou a se syny jsme proto začali zpracovávat tzv. knihu identity; jde o techniku převzatou z oblasti pěstounské péče, kde byla postupně bezpečně zachycena a ukotvena témata jako menšinový původ synů a téma otce.

Bc. Petra Wünschová

Pracuje v občanském sdružení Acorus.

e-mail: petra.wunschova@gmail.com

Supervize v adiktologii (se zaměřením na práci s rodinou)

Jiří Broža

V adiktologii má supervize již dlouhou tradici a adiktologické služby jí, alespoň z mého pohledu, dokážou ze všech služeb v pomáhajících profesích využít nejlépe. Z toho důvodu není potřeba podrobně hovořit o smyslu a podobě supervize. Pokusím se jen stručně a jednoduše vymezit supervizi, jak ji vnímám a jak je také charakterizovaná Českým institutem pro supervizi.

Jde o standardní službu pro odborníky pracující v pomáhajících profesích v různých resortech. V ideálním případě si konkrétní odborníci vybírají supervizora a také s ním vyjednávají základní podobu a požadavky.

Supervize bývá zaměřená především:

- na porozumění klientovým příznakům a na nacházení cest, jak mu být lépe užitečný
- na situace, ve kterých se odborník nachází a které jsou pro něj něčím složitě, nesrozumitelné, vytvářejí pochybnosti či nejistoty...
- na vztah, který se vytváří mezi odborníkem a klientem
- na odborníkovo prožívání
- v menší míře se může dotýkat také vztahu mezi supervizorem a odborníkem a poukazovat na případné paralelní procesy nebo může ze stejného důvodu supervizor nabídnout své prožívání

Důležité v supervizním procesu je to, že jde o setkání dvou dospělých (ve smyslu transakční analýzy) lidí a to, co se děje, je určováno buď odborníkem, nebo společným vyjednáváním, se kterým jsou obě strany spokojeny. Odborník většinou určuje, o čem a jak se bude společně uvažovat, supervizorova odpovědnost je především za vedení procesu. Měla by zejména pomáhat odborníkovi k lepšímu porozumění situacím, k posílení jeho jistoty a k podpoře. To se v důsledku promítá v kvalitnější péči o klienta.

Supervize u nás nemá jasné vymezení, a proto má také v různých resortech odlišnou podobu, a dokonce i instituty vzdělávající supervizory nemají jednotnou linii. Z toho důvodu může být zaměření supervize odlišné od výše popsaných základů. Supervize v adiktologii není z tohoto pohledu v rámci všech služeb ničím odlišná. Pokud bychom hledali specifika

supervize v adiktologii, neleží v supervizi samotné, ale v charakteristice adiktologických služeb.

KVALITNÍ SLUŽBY

Více než jiné služby jsou ty adiktologické personálně zajištěny jednak vysoce vzdělanými odborníky, jednak odborníky, kteří mají ke své profesi blízký vztah a snaží se ji vykonávat povtě. Proto už se nemusejí spoléhat jen na to, s jakými moudrostmi přijde supervizor, ale do procesu vstupují sebevědomě s jasnou představou, co od supervizora a od supervize očekávají.

BIO-PSYCHO-SOCIÁLNĚ-SPIRITUÁLNÍ PŘÍSTUP

K závislostem se ve většině případů přistupuje tak, že neexistuje jednoduchá příčina, ale vznik závislosti je souhrnem mnoha faktorů. Takto zaměřená práce s klientem, která má ambice nejen naučit klienta, co má dělat, aby mohl ve světě existovat bez drogy, ale snaží se také pojmenovat a zpracovat jednotlivé příčiny, je potom velké dobrodružství v hledání těchto příčin. Podobný fenomén se objevuje i v supervizi. Vyžaduje po supervizorovi velkou pozornost ke všem informacím, způsobům jejich podání, vztahům a emocím.

FORMÁT SUPERVIZE

Zatímco v jiných oblastech je často vyžadována supervize individuální, která přináší pro odborníka exkluzivitu mít supervizora pro sebe, ale i menší riziko, že se na mě kolegové budou dívat jako na toho, kdo situaci nezvládá, v adiktologii je většina supervizí realizovaná ve skupině. A to i v ambulantních službách, které jsou svým charakterem podobné např. klasickým poradnám, kde má každý pracovník své klienty a společně na ničem nepracují, nic zásadního je nespojuje. Možná je to tím, že komunita odborníků v adiktologické praxi k sobě má navzájem lepší vztah, což je patrné i na různých odborných setkáních, jako je např. AT konference nebo různé semináře.

ANGAŽOVANOST

V adiktologických službách je vyšší míra angažovanosti odborníků v porovnání s jinými standardními (především státními) službami v pomáhajících profesích. Většina pracovníků vnímá supervizi jako dobrý nástroj zvyšování kompetencí a růstu, na který kladou stejně vysoké nároky jako na svou práci.

SUPERVIZE V PRÁCI S RODINAMI

Práci s rodinou vnímám jako jeden z nejsložitějších procesů v pomáhajících profesích. Kromě výše zmíněného přístupu, který je obtížný i u jedince, vstupuje do procesu několik lidí s různými představami, různými cíli, různým vnímáním světa a vztahů v něm. Například někdo se více snaží prosadit své požadavky a má tendenci prostor zahlcovat, na druhé straně jiný rezignuje na možnost cokoliv ovlivnit, stáhne se a je velmi obtížné jej aktivovat. Pohybovat se v tomto poli tak, aby odborník udržel neutralitu, neměl sympatie s jednou nebo druhou stranou a nevytvářel s ní vědomou či nevědomou koalici, není vůbec snadné. Nebo prolínání společenských norem rodiny a individuálních norem jedince může leckdy působit

nepřehlednost. Existuje mnoho dalších faktorů, které do práce s rodinami vstupují a které působí spíš komplikace a zhoršují porozumění nemoci nebo stavu identifikovaného jedince.

Supervize v takovém případě často není zaměřena ani tak na pochopení situace rodiny, na teoretická východiska, proč se stalo to, s čím rodina přichází, ale na odborníka a na to, jestli se v poli práce s rodinou pohybuje dostatečně zdatně a jestli se v některém okamžiku nestal součástí rodinného systému.

PhDr. Jiří Broža

*Je předsedou Správní rady Českého institutu pro supervizi.
e-mail: jirka.broza@volny.cz*

Desetičlenná rodina aneb Další, prosím!

Šárka Palečková Pešková, Jan Hovorka

ÚVOD

„Ta záhadná postava dole v zahradě, to jsem byla já, Tomáši.“

„Ty, Karlo?! Myslel jsem, že to byla Hedvika?“

„Hedvika v té době právě rodila tvé dítě.“

„Mé dítě? Myslel jsem, že to je Adolfovo dítě?“

„Adolf Hedviku vůbec neznal.“

„Ale jestli Hedvika porodila mé dítě, pak ty, Karlo, jsi...“

„Ano, Tomáši, jsem tvá sestra.“

„To není možné!“

„Má pravdu, Tomáši!“

„Nemohu tomu uvěřit! Vždyť tys mi, švagře, říkal...“

„Já nejsem tvůj švagr...“

„Ně?!“

„Já vůbec nepatřím do rodiny. Jsem cizí člověk.“

„To ovšem zcela mění situaci.“

„Ne tak docela. Já totiž nejsem tvoje teta.“

„Ty nejsi moje teta, tetičko?“

„Neříkej mi tetičko! Teď už ne.“

„Ale v tom případě jsem tě obelhal, tatínku.“

„Nedělej si výčitky, milý synu. Nejsem totiž tvůj otec. Jsem tvůj syn! Tatínku.“

„A maminka?“

„Je tvá babička.“

„To je hrozné, jsem tedy úplný sirotek... Ale to není tak důležité. Důležité je, že jsem konečně poznal pravdu!“

(Jára Cimrman ležící, spící, 1983)

SYMPTOM A JEHO VÝZNAM

Viktorka bere drogy.

— To přitáhne tátu do terapie – potažmo do rodiny.

Máma brání Viktorku; přála by si lepší vztah mezi Viktorkou a tátou.

— To by z Jindřicha učinilo nejen lepšího tátu, ale i partnera – jejího.

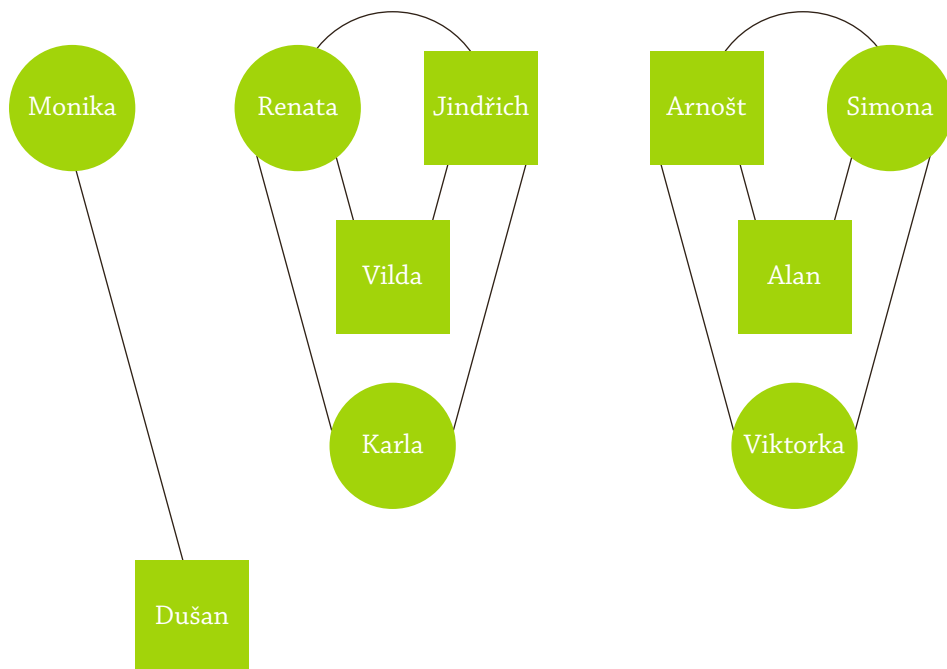
Viktorku stále bolí hlava, nemůže ráno vstát do školy.

— To ale Jindřicha už nepřitáhne – spíše naopak.

Viktorka je po návratu z psychiatrického pobytu hodná a milá.

— To i na Jindřicha – ten se u nich zdržuje častěji.

Karla bere drogy...



VZTAHY VROZENÉ A ZÍSKANÉ

Když je z kamaráda táta.

Když je táta i jiným tátou.

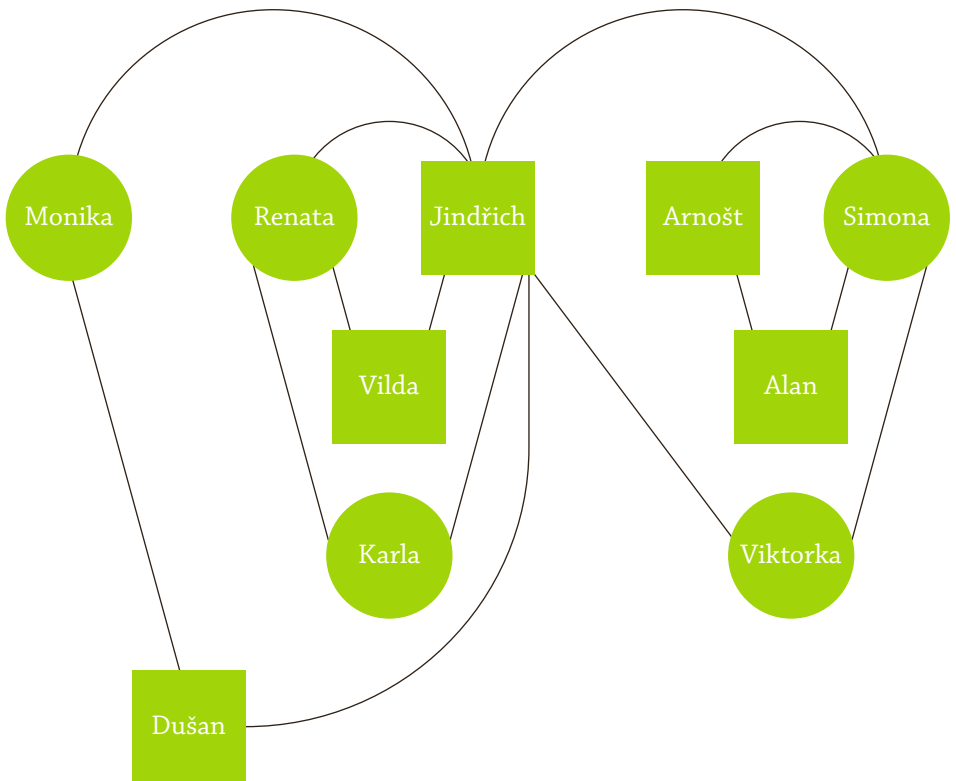
Když je z kamarádky nevlastní sestra.

Když je nový kamarád dalším bráchou. Nevlastním. Ale jinak.

Když má brácha jinýho tátu.

Kdo je kdo a kdo kým byl?

Kam patřím?!



PRÁCE S RODINOU, PÁREM A JEDNOTLIVCEM

V rámci rodinné terapie pracujeme s 10 členy rodiny.

Přímo se terapie zúčastnilo 5 osob.

Najednou v jednom čase se sešli maximálně 4 členové a minimálně 1 člen.

Členové se dostavili minimálně 1× a maximálně 21×.

Na 11. sezení zveme jen rodičovský pár na partnerskou konzultaci.

Od té doby dochází jen máma s dcerou.

Na závěr již jen máma.

ZÁVĚR

Don už nic nehledá. Vlastně jen ztrácí...

Stárnoucí Don (Juan) dostane anonymní dopis od údajné bývalé milenky, že má syna. Dospělého syna. Za vydatné podpory zvědavého souseda se vydává na cestu za čtyřmi „bejvalkami“ vytipovanými jako možné autorky dopisu.

Hledá pravdu...

Don (Juan) se nevrací o nic moudřejší, než byl. Nikoliv však nezměněn.

Hledá syna...

Don našel – v sobě? – otce...

(Zlomené květiny, 2005)

Šárka Palečková Pešková a Mgr. Jan Hovorka

Pracují ve sdružení Anima – terapie, o. s., Praha.

e-mail: paleckova@anima-os.cz, janhovorka@centrum.cz

Východiska sociální práce s rodinou

Oldřich Matoušek

Rodina je společenská instituce

Rodina je univerzální fenomén všech lidských společenství. Struktura a fungování rodiny přímo souvisí s tím, jak je strukturována a jak funguje společnost. Pro současnou postmoderní společnost – podporující individualismus a orientaci na pracovní úspěch – je typická rodina malá a proměnlivá. Péče o rodinu a zaměstnání se stávají konfliktními životními sférami jak pro ženy, tak pro muže. Hlavním poutem v tomto typu rodiny je *emocionální bilance dospělých*. Tradiční systémy sociální kontroly rodinného chování mají jen malý vliv. Lidé mohou v dospělosti postupně patřit do řady rodin, což je označováno jako *seriální monogamie*.

Rodinu je v současnosti možné definovat jako společenství lidí, kteří se jako rodina cítí

V současné západní společnosti již není možné definovat rodinu legalizací svazku mezi dospělými, ani biologickou příbuzností mezi dětmi a rodiči. Pokud si již dnes občan může svobodně zvolit národnost, blíží se doba, kdy bude obecně uznáno, že si může svobodně definovat i svou příslušnost k rodině. I homosexuálně orientovaní lidé uplatňují nárok na to, aby byli pokládáni za rodinu, a tyto nároky začínají být respektovány.

Rodina je nejvhodnějším prostředím pro výchovu dětí

Žádný jiný typ výchovné instituce nedokáže rodinu nahradit v míře angažovanosti na osudu dítěte. Premisa neplatí u dospívajících dětí; pro ně může být vhodnějším výchovným prostředím vrstevnická skupina vedená nepřibuzným dospělým člověkem, v níž jsou nicméně podporovány a respektovány vazby dospívajících na biologickou rodinu.

Rodina je přirozeným prostředím pro život dospělých lidí

Existence dospělých, kteří žijí jako tzv. „singles“, není argument proti uvedené tezi. I „singles“ mohou a leckdy mají protějšky, s nimiž alespoň něco z rituálů rodinného soužití zažívají. Potřebu rodinného soužití mohou některým dospělým naplňovat i jiná společenství (např. klášterní komunita). Dobrovolný život mimo společenství blízkých lidí volí lidé jen zcela výjimečně.

Funkční rodina je řízena dospělými členy

Rodina má mít jasně rozdělené odpovědnosti. „Vedoucími činiteli“ mají být dospělí; děti se mají podílet na chodu rodiny podle uvážení dospělých a nemají být zatěžovány odpovědnostmi, které jsou nad jejich možnostmi. Pokud se to děje, stávají se tzv. *rodičovskými dětmi* a jsou tím poškozovány.

Funkční rodina zajišťuje naplnění hlavních životních potřeb všem

Těmi jsou u všech členů rodiny zajištění bezpečí, dostupnosti jídla, oblečení, bydlení, ochrany zdraví a emocionální vztahové podpory. U dětí má rodina navíc podporovat učení a „otvírat budoucnost“. Rodina je nejdůležitějším socializačním činitelem a také důležitým agentem sociální kontroly. Základní *funkce rodiny* jsou v našem typu společnosti ekonomické zajištění i emocionální podpora všech členů rodiny a vychovávání dětí.

Aby rodina mohla tyto funkce naplňovat, je třeba, aby měla určité *kompetence*. Základními kompetencemi jsou v oblasti zajištění podmínek pro život:

- schopnost zajistit si určitou úroveň příjmů
- schopnost hospodařit s příjmy
- schopnost zajistit si bydlení
- schopnost vést domácnost

Dalšími kompetencemi jsou:

- schopnost dospělých partnerů sladovat svoje fungování v rodině (včetně schopnosti konstruktivně řešit konflikty)
- schopnost dospělých kooperovat v kontaktech s širší rodinou a se sociálním okolím

Pokud jde o děti, hlavní kompetence dospělých spočívají ve schopnosti:

- přijímat děti, vnímat jejich potřeby a flexibilně reagovat na to, jak se potřeby dětí díky jejich vývoji mění
- určovat pravidla chování a konzistentně na nich trvat
- monitorovat aktivity dětí v době, kdy nejsou s dospělými členy rodiny, a mít vliv na povahu těchto aktivit
- komunikovat s dalšími osobami a organizacemi, které se dětmi zabývají

Funkční rodina má vypracované rituály umožňující součinnost a posilující vzájemnost

Jde o různé společné činnosti. Těmi jsou např. společné jídlo, sexualita dospělých, ukládání malých dětí ke spánku, po příchodu z práce „posedět a popovídat“, společné sledování televize, oslavy, výlety, sportování aj. Tyto rituály vznikají spontánně.

Funkční rodina má vypracované způsoby řešení konfliktů

Jimi jsou vyjasňování stanovisek, vyjednávání, uzavírání kompromisů a také přecházení málo významných věcí.

Funkční rodina komunikuje tak, že zprávy jsou vnímány a je na ně reagováno s respektem k potřebám ostatních

Takto je možné definovat minimální předpoklad funkční komunikace.

Rodina má potenciál k řešení vlastních problémů

Objevování tohoto potenciálu je proces. Předpoklad jeho existence se může na počátku práce s rodinou jevit jako málo odůvodněný optimismus. V některých případech se nemusí podařit tento proces aktivovat.

Cílem podpory rodiny je zlepšit její fungování v těch oblastech, kde vnímá problémy rodina, případně pracovník

Při podpoře rodiny je třeba směřovat ke shodě všech zainteresovaných v definici problémů. Definice problémů rodiny má být pokud možno výsledkem dohody mezi členy rodiny a pracovníkem. Výjimkou jsou případy definované zákonem, kdy vznikla jednáním někoho z rodiny vážná újma jinému členu rodiny (např. zanedbávání dětí, násilí muže na ženě). Pokud je to možné, je dobré začít práci s rodinou od záležitostí, které sama rodina cítí jako nejnaléhavější.

Rodina má nárok na změnu pracovníka

O této možnosti má být rodina předem informována, protože to řada rodin nepředpokládá.

Cílem podpory rodiny není udržovat rodinu pohromadě za každou cenu, řešením může být i změna způsobů soužití

Rozhodnutí opustit partnera je volbou a odpovědností dospělého, tato odpovědnost nemá být přenášena na pracovníka. Způsob péče o děti u rozcházejících se partnerů má být dohodnut mezi členy rodiny. Pomáhající profesionál má takové dohodě napomáhat.

Potenciál k řešení problémů rodiny existující v širokém okruhu příbuzných má být zmapován a přednostně využíván

Je žádoucí zvážit možnost uspořádání *rodinné skupinové konference* (RSK). Touto cestou lze řadu potíží v praktickém fungování rodiny zlepšit, aniž by museli intervenovat profesionálové nebo dobrovolníci. RSK však není univerzálním všelékem. Působení široké rodiny může představovat i problém – u nás např. vliv velké romské rodiny na sociálně úspěšnější malou rodinu, která do ní patří.

Členové rodiny se mohou naučit dovednosti, které postrádají

Předpokladem je, aby v tomto učení sami viděli smysl. Učení může probíhat individuálně nebo ve skupinách. Skupinové formy školení rodičů je třeba nazvat a propagovat takovým způsobem, aby účast na nich nepředstavovala pro frekventanty stigma.

Některé psychické poruchy je žádoucí léčit před tím, než se soustavně pracuje s rodinou

Především alkoholismus a závislost na jiných drogách, také duševní nemoci a nezpracovaná vážná psychická traumata z dětství (např. sexuální zneužívání). Pracovník musí umět rozpoznat motivaci k léčbě u *nositele problému* a musí umět podporovat tuto motivaci u jiných členů rodiny. Označkování někoho jako nositele problému by neměl dělat jediný pracovník.

Metafora rodiny jako komunikačního systému je užitečná, ale reduktivní; podpora rodiny není totéž co rodinná terapie

Efektivní práce s rodinou vyžaduje zřetel i k jiným charakteristikám rodiny než jen k systému komunikace. Těmito charakteristikami jsou:

- osobnostní dispozice členů rodiny
- zdravotní a psychické problémy členů rodiny
- prostředí, v němž rodina žije
- vazby na instituce a úřady
- zvládání provozu domácnosti
- zaměstnání dospělých a škola u dětí
- ekonomika rodiny
- způsoby trávení času
- způsoby stravování
- způsoby udržování zdraví aj.

Podpora rodiny má být organizována jako sociální program, který má potenciál pozitivně ovlivnit hlavní problémy rodin, jimž je určen

Programy zaměřené jen na jeden aspekt fungování rodiny mohou být užitečné. Protože však cílovou skupinou jsou v řadě případů mnohoproblémové rodiny, vyvstává pak problém koordinace programů. Hlavní charakteristiky programu jsou: cíl, definovaná teoretická východiska, definovaná cílová skupina, definované metody, definovaná kvalifikace personálu; definovaná případová zátěž pracovníka, definovaná doba práce s jednou rodinou; definovaná organizační struktura.

Program podpory rodiny není možné opřít o jednu teorii; jedna výchozí teorie je užitečná, ale reduktivní

Kombinace teorií musí být „organická“. Teorie mají poskytovat vodítko pro intervenci, nikoli jen hypotézy o původu obtíží rodiny. Příklady „propojitelných“ teorií: teorie vazby, systematická teorie, strukturální teorie.

Hodnocení rodiny je při jejím přijetí do programu nutné provádět podle přezkoumatelných kritérií a dokumentovat ho

Tím je možné omezit vliv nerefléktovaného promítání osobních a jiných neformalizovaných *norem* do hodnocení rodiny.

Typologie rodin s sebou nese nebezpečí „nálepkování“, je lépe se jí vyhnout

Označení rodiny jako „afunkční“ či „dysfunkční“ bylo a je používáno jako argument při odebrání dítěte. Je nutné posuzovat nežádoucí fungování rodiny diferencovaně, s ohledem na možnosti a odpovědnosti jednotlivých členů rodiny.

Na hodnocení rodiny a plánu práce s rodinou by se měl podílet více než jeden profesionál

Tím je možné omezit vliv osobních preferencí a citlivostí jednoho pracovníka. Plán práce má mít povahu smlouvy s rodinou.

Pokud chce rodina parciální pomoc a nikdo z rodiny není vážně ohrožen, je třeba to respektovat

Pracovník může a má rodině sdělit, kde vidí její problémy. Pracovníkova verze však vždy a nevyhnutelně podléhá „redakci“ rodiny.

Pokud je podezření na ohrožení dítěte, je třeba ho prověřit podle definované metodiky a výsledek zdokumentovat

Vhodnou metodikou je jakýkoliv přezkoumatelný postup, který byl publikován a vyzkoušen. U postupů standardizovaných v zahraničí je třeba výsledky interpretovat s ohledem na tento fakt.

V případě domácího násilí je třeba zjistit, kdo z rodiny je jeho obětí

Násilí na dítěti může být násilím na dětech. Násilí na ženě může být doprovázeno násilným chováním k dětem/k dítěti. Oznámení policii je třeba konzultovat s nadřízeným. Toto oznámení nemá automaticky znamenat, že podpora rodiny končí.

Nežádoucí chování rodiče k dítěti je třeba posuzovat nezávisle na motivech a příčinách tohoto chování

Pokud rodič např. dává dítěti nevhodné jídlo, je třeba to posuzovat odděleně od jeho chudoby.

Nežádoucí chování rodiče k dítěti je třeba posuzovat nezávisle na následcích, které toto chování u dítěte vyvolává

Jen některé děti jsou nevhodným chováním rodiče traumatizovány. Přesto je nevhodné chování legitimním důvodem k intervenci.

Pomáhající profesionál má především posilovat naději na změny k lepšímu

V tomto smyslu nemá být pracovník neutrální. Je činitelem, který na počátku práce s rodinou může věřit na možnost změny k lepšímu jako jediný, protože všichni členové rodiny už upadli do beznaděje.

Pomáhající profesionál má být partnerem rodiny; současně však rodiče a větší děti mají být konfrontováni se svou odpovědností

Dilema *kontroly* a *pomoci* systemická teorie příliš vyostřila. V praktické práci s rodinou není reálné očekávat, že bude udržitelná výhradně ta nebo ona poloha. Role pomáhajícího má být průvodcovská; ale někdy je žádoucí, aby pomáhající vystupoval jako autorita. Povaha problému rodiny a povaha zdrojů mají určovat strategii pomáhajícího.

Pro práci s kulturně odlišnými rodinami si pracovník potřebuje osvojit příslušné kulturní kompetence

Pozice pracovníka jako někoho, kdo je „jednou nohou“ v kultuře rodiny a „druhou nohou“ v kultuře většinové společnosti, je jen obtížně dosažitelným ideálem. Skromnějším cílem je dostatečně dobrá znalost jiné kultury a dostatečná míra její akceptace. To pracovníkovi umožňuje reflektovat rozdíly mezi kulturami a vnímat svou pozici s nadhledem.

Pracovníkův tlak na přizpůsobení kulturně odlišné rodiny je třeba zdůvodnit

V těchto případech je třeba, aby pracovník/organizace pracující s rodinou definovali *integrační hranice* a zdůvodnili je. Příklady: Je třeba trvat na tom, kdy mají školní děti chodit spát? Je třeba doporučovat rodičům, co mají dávat dětem k jídlu? Je třeba požadovat, aby mělo školní dítě doma zvláštní místo na přípravu do školy? Je třeba doporučovat rodičům, jak často mají prát ložní prádlo?

Při práci s mnohoproblémovými rodinami má mít pracovník soubor definovaných kompetencí

Sférami těchto kompetencí jsou zejména:

- relevantní legislativa
- řešení dluhů
- bytová problematika
- nároky na dávky
- problematika zaměstnání dospělých
- školní problémy dětí
- poruchy duševního zdraví dospělých a dětí
- problematika závislostí (alkohol, drogy, hráčství)
- komunikace a řešení sporů
- domácí násilí
- výchova dětí
- vedení domácnosti

Kompetence pracovníka má definovat a ověřit zaměstnavatel. Má je posilovat v rámci plánovaného průběžného vzdělávání pracovníků

Pracovník může být specializován na některou oblast práce s rodinou a pak má potenciál být konzultantem pro jiné pracovníky své organizace; případně může v oblasti své specializace vést programy pro rodiny. Základní kompetence však mají mít všichni pracovníci, kteří poskytují podporu rodinám.

Když si to rodina přeje a když je to možné, a také když to neodporuje zákonům a dobrým mravům, má pracovník přijmout roli advokáta rodiny vůči institucím, případně vůči jednotlivcům

Zejména na začátku podpory rodiny je tato role pomáhajícího profesionála výhodná. Může posílit jeho důvěryhodnost a v některých případech rodině přinést rychle žádoucí efekt.

Pomáhající profesionál musí mít vytvořené podmínky pro reflexivní praxi

Reflexe má na úrovni organizace zaměstnávající pracovníka tři roviny.

Reflektovat je třeba *strategii* práce s rodinou jako celek v posloupnosti cirkulárně opakovaných kroků: hodnocení – plánování – intervence – hodnocení. Tato reflexe by se měla odehrávat jako týmová porada pracovníků, případně zahrnující i členy rodiny.

Reflektovat je třeba i na *mikroúrovni* jednotlivá sezení a jednotlivé kritické epizody v práci s rodinou; nejlépe formou případové supervize.

Třetí úroveň je to, jak je pracovník vnímán rodinami, s nimiž pracuje. To by mělo být systematicky zjišťováno.

Pomáhající profesionál může rodinu poškodit

Rizikem je v našich současných podmínkách zejména příliš autoritativní přístup pomáhajícího profesionála, někdy i zneužití úřední moci. Rizikem je ignorování závažných signálů nouze u někoho z rodiny. Rizikem jsou příliš velká očekávání týkající se možnosti změny. Rizikem je nerefléktované uplatňování vlastních norem pracovníka/pracovníků na rodiny.

Stát nebo profesní organizace mají evidovat kritické případy a umožnit pracovníkům se s nimi seznámit; je vhodné o těchto případech organizovat odborné konference

Rozbor případů, které měly nežádoucí, nebo dokonce tragické vyústění je prevencí jejich opakování, pokud se s takovými případy profesionálové mohou seznámit, a mají příležitost vyvodit si závěr, kdo a jak k nežádoucímu vyústění případu přispěl.

doc. PhDr. Oldřich Matoušek

Pracuje na katedře sociální práce FFUK v Praze.

e-mail: oldrich.matousek@ff.cuni.cz

Alternativa – Integrativní programy v institucionální péči

Jan Toman

Diagnostický ústav a Středisko výchovné péče v Praze 4-Hodkovičkách přijímají do rezidenčního programu ročně asi 300 klientů. Vzhledem ke spádovosti celých Čech a vlastní profilaci jde v rozhodné většině o dívky po ukončení školní docházky. Důvody, které jsou při přijímání udávány, z velké části korespondují se zadáním, tedy s úkoly, jejichž splnění v průběhu pobytu je očekáváno. Obecně formulované důvody k pobytu v žádostech rodičů, pěstounů i v rozhodnutích soudů jsou omezeného rozptylu. Jde zejména o úteký od rodiny, povinností, přijatelného způsobu života. Zvláštní kapitolou je ohrožení psychotropními návykovými látkami. Například v období od září 2011 do srpna 2012 byl u 146 přijatých k pobytu z rodin uveden jako důvod žádosti či rozhodnutí experimentování či zneužívání psychotropních látek u nezletilých. (Zde je nutno dodat, že rozpětí skutečné míry zneužívání, závislosti, je velmi široké. Dle následně zjištěných skutečností v průběhu pobytu jde od experimentu /130/ po závislost /53/, kdy některé klientky přicházely s pravidelným užíváním pervitinu déle než rok /11/).

Důvody vstupu do programu se dají ale ještě více zjednodušit, spojit. Etiologie většiny udávaných důvodů je vedle jistého podílu organicity zejména v poruše vztahů. Vztahu k sobě, rodině, vrstevníkům, ke společnosti. Klientela se za desetiletí změnila. Měnit je tak potřeba i metody a formy práce s těmito dětmi.

Mnoho bylo řečeno v posledních letech o změnách ve školství, zejména ve státních školských zařízeních, ať se v různých funkčních obdobích různých ministrů nazývaly záměry jako inkluzivní, jako restrukturalizace, modernizace či transformace.

Současně byl a je na síť zařízení soustavně veden tlak k zajištění problematiky obligatorní výchovy, tedy problematiky dětí, které vykazují jisté poruchy v chování neřešitelné v prostředí rodiny, dětí, které často spolu se svojí rodinou prošly víceméně neúspěšně peripetiemi pomoci ze strany nejrůznějších ambulantních i pobytových aktivit různých institucí. Děti, které přes všechen dramatinovaný tlak na změny a na prevenci se v důsledku obecných procesů ve společnosti a rozpadu tradiční rodiny prosypaly k drogám, kriminalitě, chudobě a prostituci. Přicházejí zklamané, s nedůvěrou ve stát a jeho pomoc, se špatně nastaveným vzděláním, vycvičené různými pomahači v „pomáhacích“ technikách a po x-té selhané. Zklamaní a unavení přicházejí i jejich rodiče či pěstouni. Čím více jich je, tím hlasitěji slyšíme od organizátorů reformy, že tuhle práci nemáme dělat, že je potřeba jít také rychle do

prevence. Nelze než souhlasit, že lépe je dítěti ve šťastné rodině, podobně jako je lépe být zdravý a bohatý nežli nemocný a chudý. Na druhé straně o šťastnou rodinu má usilovat stát svojí politikou. Epidemii nelze zastavit tím, že zrušíme nemocnice. Ani my nechceme vyhnat naše klienty na ulici. Dokonce usilujeme o to, aby tam nechtěli, usilujeme o jejich vztah, o jejich důvěru.

Tak jsme také na svých pracovištích před časem došli k závěru, že více než kampaň zaměřená na formální otázky, na struktury, legislativně formulované kompetence institucí, je důležité vyjít od společenské zakázky deklarované empirickou zkušeností, tedy praxí. Od potřeb dětí, o které máme pečovat. Došli jsme k závěru, že pokud se změní přístup a metody, bude každé zařízení, každý subjekt sám ve svém prostoru a možnostech hledat formu, která uplatnění nových metod a přístupů umožní.

Jako základní se ukázaly dva okruhy otázek, které bylo nezbytné řešit okamžitě:

- Práce s rodinou dítěte v ústavní výchově
- Bydlení dětí po ukončení ústavní výchovy

První z otázek reflektuje z pohledu přeměny tradičních ústavních zařízení na moderní rezidenční péči problematiku dlouhodobosti pobytu dětí v institucionální péči. Spolupráce s rodinou vede přirozeně k návratu dítěte do rodiny přes různé přechodové formy až do ambulantní. Otevírá se zde možnost pracovat nejen s klientem, jeho rodinou, ale také s jejich vztahy, sociálním prostředím, v rámci komprehensivního přístupu také se SPOD, komunitním systémem, je možné pomáhat v řešení řady otázek, ke kterým se zařízení dostane přes rodiče a jejich vztah ke klientovi.

Druhá z otázek by mohla řešit do jisté míry nepřekonatelný a neřešitelný problém dědictví minulosti, totiž velké objekty, domy, ve kterých žije z ekonomických důvodů větší počet dětí, nežli je pro daný typ péče vhodné. Redislokace jednotlivých metod práce do hlavní budovy samotné a do bytů rozptýlených v zástavbě běžného bydlení vytváří cestu nejen ke zkvalitnění dynamiky pobytu, péče v instituci, ale současně nabízí nový prvek v přípravě dětí na samostatný život.

Tyto otázky byly dále v projektu formulovány jako klíčové aktivity.

PŘI ŘEŠENÍ OTÁZEK PRÁCE S RODINOU (KLÍČOVÁ AKTIVITA 1) BYLY VYHODNOCENY DVA ZÁKLADNÍ OKRUHY PROBLÉMU:

1. **Kompetence zařízení spočívající ve vzdělání** a v přípravě na práci s rodinou u stávajících pracovníků školských zařízení. Základní explicitně uváděnou graduací pro výkon ve funkci pedagogického pracovníka v těchto institucích je Magistr v oboru speciální pedagogika. Vysokoškolské programy připravující speciální pedagogy jsou ale orientovány na klienta, téměř výhradně na klienta dětského. Naši odborní pedagogičtí pracovníci do jisté míry postrádají vzdělání, výcvik, praxi s dospělými, zejména ale v systému rodiny. Zcela výjimečné je pak pracoviště, které je schopno nabídnout rodinnou terapii.

2. Druhým problémem pak je **organizační struktura** školských zařízení zaběhnutá mnoho let, která je rovněž orientována na dětského klienta a s rodinou nepočítá. Rodina klienta dosud zpravidla není zahrnuta v hlavní činnosti zařízení pro rezidenční péči, není tak ani financována a teprve novela zákona 109/2002 z r. 2012 umožnila zcela legitimně tuto činnost vykonávat. V exploraci zařízení se ukázalo, že jednotlivá zařízení se spoluprací s rodinou dítěte spíše nebrání, než že by ji cíleně organizovala.

Analýza řešení otázek těchto dvou okruhů první klíčové aktivity nás dovedla k formulaci úkolů:

- Připravit vzdělávací program, který by bylo možné napojit na stávající kvalifikaci zaměstnanců zařízení, který by bylo možné realizovat za provozu při plné funkčnosti zařízení v průběhu vzdělávání, který bude profilovaný účelně k plnění specifických úkolů u dětí v obligatorní výchově, tedy u dětí a rodičů s problematickou motivovaností, a nakonec který bude realizovatelný v celé síti rezidenčních školských zařízení.
- Souběžně vytvořit program pro skupinu reprezentantů jednotlivých zařízení, kteří by se v krátkém jednoletém programu připravili na utváření koncepce, strategie a reálných funkčních podmínek pro realizaci práce s rodinou v konkrétních zařízeních.
- Vytvořit specifický specializovaný výukový materiál, který by umožnil zkrácení některých fází tohoto nadstavbového vzdělávání propojením interdisciplinárních témat a účelovým výběrem specificky orientovaných témat.
- Formulovat a zejména reálně zajistit výcvikovou část vzdělávání zaměřenou zejména sebezkušenostně, tedy připravit a zajistit personálně a organizačně jakýsi výcvik na míru.
- Zajistit akreditaci vzdělávacího programu u zřizovatele (MŠMT ČR).
- Zabezpečit organizačně celý systém ve víceletém horizontu strukturovaně a koordinovaně, při plné pracovní funkčnosti frekventantů i zařízení.
- Vytvořit podklad pro koncipování reálných forem a metod práce s rodinou ve specifických podmínkách obligatorní výchovy, a to zejména na základě analýzy specifických i legislativně daných podmínek v jednotlivých školských zařízeních, jako jsou DD, DDŠ, různě profilované výchovné ústavy.
- Vytvořit metodický materiál aplikovatelný pro pokračování programu a zabezpečení úkolů v jednotlivých institucích včetně vzoru vnitřních předpisů a standardů práce.

DRUHÝ VELKÝ OKRUH PROBLÉMŮ SOUČASNÉ PRÁCE ŠKOLSKÝCH ZAŘÍZENÍ JE BYDLENÍ DĚTÍ (KLÍČOVÁ AKTIVITA 2).

Vycházíme ze zkušeností, že kritériem pro sociální zralost, která by měla být výsledkem pobytu v institucích, je vedle práce, případně profesní přípravy a schopnosti udržet si dlouhodobý vztah, zejména schopnost samostatně bydlet.

Jakýmsi mottem se zde stala idea, že všechny děti, které končí zletilostí pobyt v institucích, by měly odcházet se zkušeností samostatného bydlení v běžném bytě. Výjimkou mohou být snad jen případy, kdy ani nejoptimističtější prognóza nepovažuje v budoucnosti samostatné bydlení u jednotlivého dítěte za reálné.

Zde se ukázalo jako nezbytné řešit řadu úkolů:

- Technická stránka problému, zajištění cvičných bytů, když je pro školské zařízení problematické vstupovat do nájemních smluvních vztahů, financovat činnosti mimo hlavní úkoly, nefinancovat mimo vlastní majetek, destigmatizovat klienty označením bytů a s byty spojených služeb aj.
- Příprava dětí-klientů na samostatné bydlení.
- Organizace systému technického servisu bytů, jako je údržba, drobné „domácí práce“, prasklá žárovka, vyteklá pračka apod.
- Organizace systému diskrétní i transparentní kontroly bytů.
- Formulace pravidel pro užívání bytu.
- Uzpůsobení individuálních programů dětí.
- Zajištění bezpečnosti, hygieny, stravování, financování drobných nákladů provozu bytu.
- Zajištění kontinuity v řešení zásadních problémů klientů, které jsou zpravidla příčinou a předmětem pobytu v institucionální péči.
- Vytvoření systému smluvních a kontrolovatelných nástrojů pro zabezpečení úkolů plynoucích ze vztahu k zákonným zástupcům, pracovníkům OSPOD, školám aj.
- Vytvoření metodického konceptu použitelného v institucích, včetně standardů.

JAK SE ÚKOLY DAŘILO ŘEŠIT V RÁMCI PROJEKTU ALTERNATIVA – INTEGRATIVNÍ PROGRAMY PRO MLÁDEŽ V ÚSTAVNÍ VÝCHOVĚ

Za dobu trvání projektu (od května 2010) se přihlásilo do programu zaměřeného na výcvik a vzdělávání k práci s rodinou 127 odborných pracovníků z 28 různých školských zařízení Čech. Výcvik a výuku zajišťovalo 16 lektorů v hodinové dotaci 150 hodin vzdělávání, 60 hodin zážitkových kurzů komunikace, 460 hodin sebezkušenostního výcviku a 28 hodin případové supervize. Program byl akreditován MŠMT, vznikly metodické a výukové materiály pro další práci.

Program zaměřený na bydlení dětí v ústavní výchově v bytech směřoval ke dvěma úkolům. Zpracování metodických materiálů pro realizaci samostatného ubytování dětí s ústavní výchovou v bytech, když dosud historicky jednoznačnou a „bezpečnou“ je v zařízeních zpravidla cesta skupinové práce, skupinového bydlení ve vícelůžkových zařízeních s kompletním servisem praní, stravování apod. Druhým úkolem bylo samotné ubytování dětí. Zejména u maminek s dětmi je tato cesta zvláště potřebná. Ve třech bytech v průběhu dvou let byly postupně ubytovány čtyři maminky s dětmi a tři studentky.

TERÉNNÍ ŠETŘENÍ, BESEDY, EVALUAČNÍ ŠETŘENÍ

Řešení výše popsaných úkolů bylo nezbytné postavit na analýze vlastností cílové skupiny. Posléze se ukázalo, že bude účelné analýzu založenou na terénním šetření doplnit o zjišťování vlivu probíhajícího programu práce s rodinou v zařízeních, tedy šetření evaluační, a dále o besedy a šetření, které přinesou informace nezbytné pro další nastavení projektu a jeho klíčových aktivit.

Jde o základ analýzy reprezentativního souboru z dětských domovů, dětských domovů se školou a výchovných ústavů, která by měla přispět jednak k formulaci strategie uplatnění metod (práce s rodinou a samostatné bydlení), jednak by měla být inspirativní pro specifické postupy u jednotlivých zařízení, obecně by ale mohla ukázat první skutečná a smysluplná data ze sítě těchto zařízení.

PaedDr. Jan Toman

*Je ředitelem Diagnostického ústavu a SVP Praha 4.
e-mail: info@dum-praha.cz*

Vztah rodiny a dítěte v institucionální péči

Sdělení k probíhajícímu výzkumnému šetření

Eliška Caltová, Pavla Stránská, Kateřina Vojtíková

ÚVOD

Rodina a dítě v institucionální péči je v posledních letech často zmiňovaným tématem v odborných i veřejných diskusích. Většina údajů z dané oblasti uváděných nebudí v kontextu skutečné práce s těmito dětmi a jejich rodinami důvěru. Dlouhodobá diskuze o transformaci sítě školských zařízení je z našeho pohledu vedena více o formální struktuře, náplních a kompetencích institucí, ne tolik o obsahu, metodách práce a přístupu k řešení problémů dětí a jejich rodin. Rozhodli jsme se tedy zapojit do analýzy této problematiky a přispět do diskuze o práci s rodinou zkušeností dětí, kterých se to bezprostředně týká.

Výzkumné šetření, které jsme realizovali na vybraném souboru respondentů v síti školských zařízení, vychází z nastavení klíčových aktivit projektu „*Alternativa – Integrovaní programy pro mládež v ústavní výchově*“.

Jakým způsobem zmapovat vztah rodiny a dítěte v institucionální péči? Můžeme se ptát jednotlivých dětí, můžeme se ptát jejich rodičů, můžeme hovořit s lidmi, kteří se této problematice věnují. Nikdy však nemůžeme mít jistotu, že známe skutečnou kvalitu tohoto vztahu. Vztah mezi dětmi v institucionální péči a jejich rodinami není dost stabilní, aby jej bylo možné jednoznačně vymezit. Pokusíme se popsat tento vztah prostřednictvím empirických dat, prostřednictvím interpretace četností kontaktů mezi dětmi a rodiči. Předpokládáme, že samotná četnost kontaktů mezi rodinou a dítětem umístěným mimo její rámec nám může mnohé o tomto vztahu napovědět. Vzhledem k tomu, že se jedná o rodinu různou měrou dysfunkční, věnujeme část textu i rozboru subjektivně vnímaných rodinných potíží.

VÝZKUMNÝ SOUBOR

Do výzkumu byly zahrnuty děti s nařízenou obligatorní výchovou. Výzkumný soubor zahrnoval:

- děti z dětských domovů;
- děti z dětských domovů se školou;
- děti z výchovných ústavů.

Výzkumný vzorek (N = 574) zahrnuje 166 dívek (28,92 %) a 408 chlapců (71,08 %). Průměrný věk celého souboru činí 15,5 let (\bar{x} = 16,00). Dětské domovy jsou zastoupeny počtem 77 respondentů (13,41 %). V dětských domovech byly osloveny pouze děti starší 12 let. Dětské domovy se školou zahrnují 169 respondentů (29,44 %) a výchovné ústavy 328 respondentů (57,14 %). Celkem bylo do výzkumu zahrnuto 27 zařízení pro děti s nařízenou obligatorní výchovou.

METODA SBĚRU DAT

Ke zjištění kvantity a kvality interakce mezi dítětem v institucionální péči a jeho rodinou byl vytvořen dotazník strukturovaný uzavřenými a otevřenými otázkami. Otázky byly zaměřeny na formu kontaktu mezi dítětem a rodinou, jeho frekvenci a intenzitu; překážky v setkání dítěte s rodinou; subjektivně vnímané typy rodinných potíží, možnost jejich sdílení a možnosti návratu dítěte k rodině.

Před samotným zadáním dotazníku byla s dětmi vedena beseda, ve které došlo k navození atmosféry pro spolupráci a vysvětlení stěžejních témat projektu Alternativa. Ústředním tématem besed byly potřeby dětí ve vztahu k vlastní rodině. Toto přímé setkání s dětmi facilitovalo vztah k tématu a jeho exploraci. Dále umožnilo velmi vysokou návratnost dotazníků a zamezilo jejich znehodnocení.

Sběr dat probíhal v období leden–březen 2013.

ZPRACOVÁNÍ DAT

Sebraná data byla převedena do elektronické podoby a následně statisticky zpracována. Bylo provedeno třídění prvního stupně – kvantitativní data byla uspořádána do frekvenční, resp. kontingenční tabulky. Dále byla kódována kvalitativní data a vytvořeny kategorie subjektivně vnímaných rodinných potíží. Získané hodnoty byly dále tříděny a porovnávány z hlediska jednotlivých typů zařízení, tj. dětských domovů, dětských domovů se školou a výchovných ústavů.

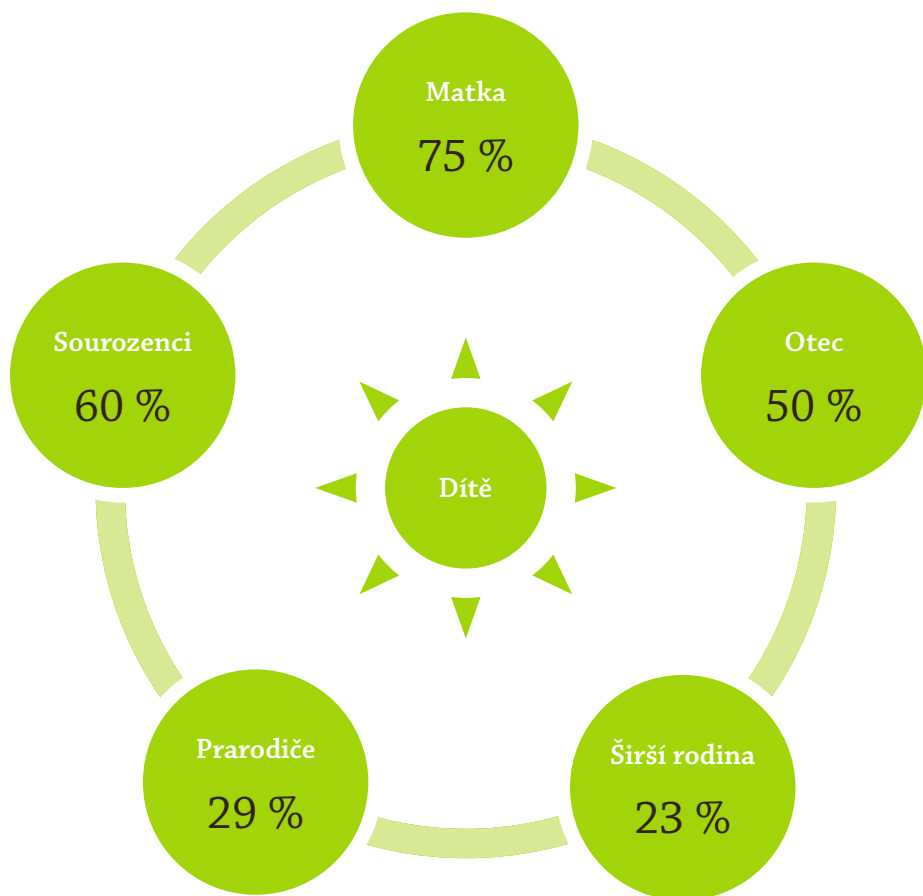
VÝSLEDKY

KONTAKT S RODINOU

Děti jsou se svou rodinou v kontaktu prostřednictvím telefonické a elektronické komunikace, osobní korespondence či jsou s rodinou v kontaktu osobním (odjezdy dětí domů, návštěva v zařízení).

Obrázek č. 1 ukazuje, jaké je zastoupení jednotlivých členů rodiny v kontaktu s dítětem. Největší část dětí je v kontaktu s matkou (75 %), relativně vysoké je i zastoupení sourozenců (60 %). Polovina dětí je v kontaktu s otcem (50 %). Více jak čtvrtina dětí je v kontaktu s prarodiči (29 %). Necelá čtvrtina dětí je v kontaktu s někým ze širší rodiny – strýcové, tety, bratřanci, sestřenice (23 %).

Obrázek 1: **Zastoupení členů rodiny v kontaktu s dítětem**



KONTAKT S RODIČI

Zvláštní pozornost byla věnována analýze kontaktu dítěte s rodiči. Dotazník nebyl sestaven tak, aby vypovídal o soužití rodičů dítěte. Nevíme tedy, zda jsou rodiče dítěte v manželském svazku či žijí ve společné domácnosti. Získaná data však umožňují sledovat, jaké je zastoupení obou rodičů ve výchově dítěte. Následující text více přiblíží, jaká část dětí je v kontaktu s oběma rodiči, pouze s matkou, pouze s otcem a jaká část dětí není v kontaktu s žádným z rodičů.

Analýza kontaktu s rodiči byla zpracována s ohledem na možnosti dětí v institucionální péči. Jak již bylo zmíněno, děti si mohou s rodiči telefonovat, komunikovat prostřednictvím

sociálních sítí, psát dopisy. Dále je mohou rodiče navštívit přímo v zařízení nebo děti odjíždí za rodiči (nebo jinými členy rodiny) o víkendů či o prázdninách domů.

SPOJENÍ „NA DÁLKU“

Nejčastější formou kontaktu mezi dítětem a rodiči je spojení „na dálku“ – telefonická a elektronická komunikace, osobní korespondence. Hodnoty v tabulce č. 1 vypovídají o zastoupení rodičů v kontaktu s dítětem v jednotlivých typech zařízení – dětský domov (DD), dětský domov se školou (DDŠ) a výchovný ústav (VÚ).

Tabulka 1: Kontakt na dálku mezi dítětem a rodiči

	Oba rodiče	Pouze matka	Pouze otec	Nikdo	Celkem
DD	27 %	36 %	10 %	21 %	94 %
DDŠ	52 %	30 %	10 %	8 %	100 %
VÚ	40 %	35 %	7 %	17 %	99 %
Celý soubor (n=574)	41 %	34 %	9 %	15 %	99 %

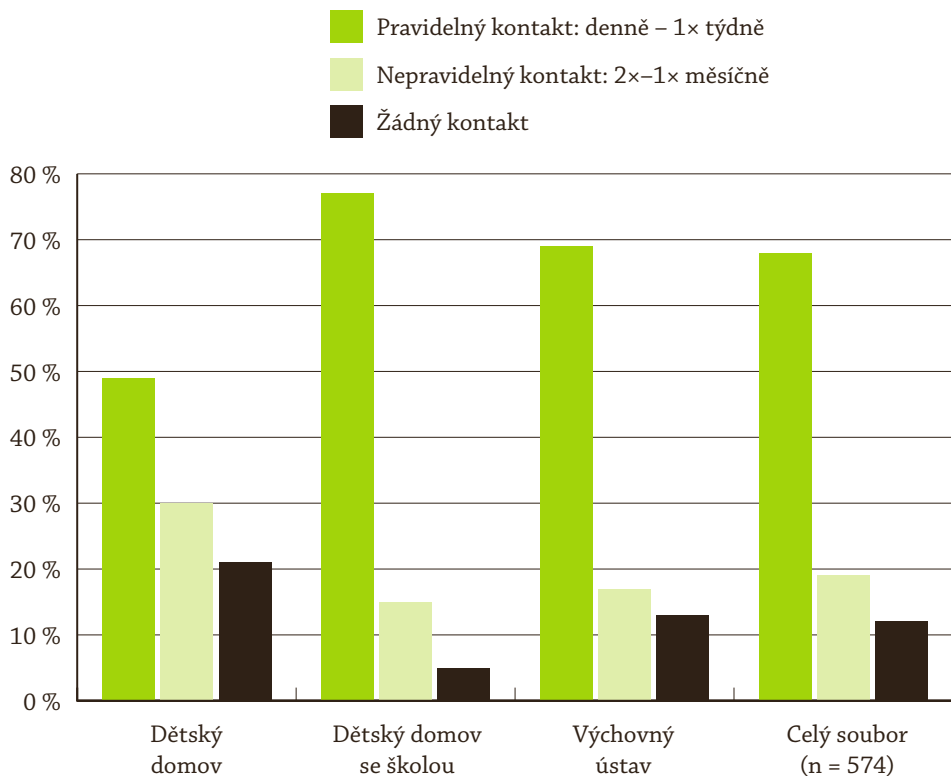
1 % z celkového souboru respondentů na otázku neodpovědělo

Z uvedených hodnot vyplývá, že 84 % dětí z celého souboru je v kontaktu s rodiči – buď s oběma rodiči zároveň, jen s matkou nebo jen s otcem. Nejvíce je tomu tak v dětských domovech se školou a nejméně pak v dětských domovech. Tento rozdíl lze vysvětlit odlišnostmi mezi dětmi v těchto zařízeních umístěných. Do dětského domova jsou umísťovány děti „bez závažných poruch chování“¹ čili takové děti, o které se rodina nemůže z vážných důvodů starat. Do dětského domova se školou pak děti „se závažnou poruchou chování“ – záškoláctví, nerespektování autorit, užívání návykových látek aj. Děti z dětských domovů se školou jsou skupinou, která sice vykazuje určité projevy poruch chování, zájem rodičů o vlastní děti je zde však nejmarkantnější.

Bylo zjištěno, že značná část dětí je se svými rodiči ve spojení. Toto spojení může být vymezeno jako pravidelné, nepravidelné či žádné. Ukázalo se, že v pravidelném kontaktu, tj. několikrát týdně, je s rodiči velká část dětí (69 %). Tento intenzivní kontakt je nejvíce patrný v dětských domovech se školou (78 %) a výchovných ústavech (70 %).

1 Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních

Obrázek 2: **Kontakt na dálku mezi dítětem a rodičem – frekvence kontaktu**



ODJEZDY DOMŮ

Děti mohou odjíždět domů o víkendech či o prázdninách. Ukázalo se, že velká část dětí (82 %) je se svými rodiči v osobním kontaktu. Tato setkání jsou u některých dětí pravidelná (každý víkend, každý druhý víkend) a u některých dětí nepravidelná (občas). Zbýlá část dětí (14 %) domů nejedí – mezi těmito dětmi bylo identifikováno 8 dětí, které jsou bez osobního kontaktu s rodiči (nejedí domů a rodiče nejedí za nimi).

Tabulka 2: **Odjezdy dětí domů**

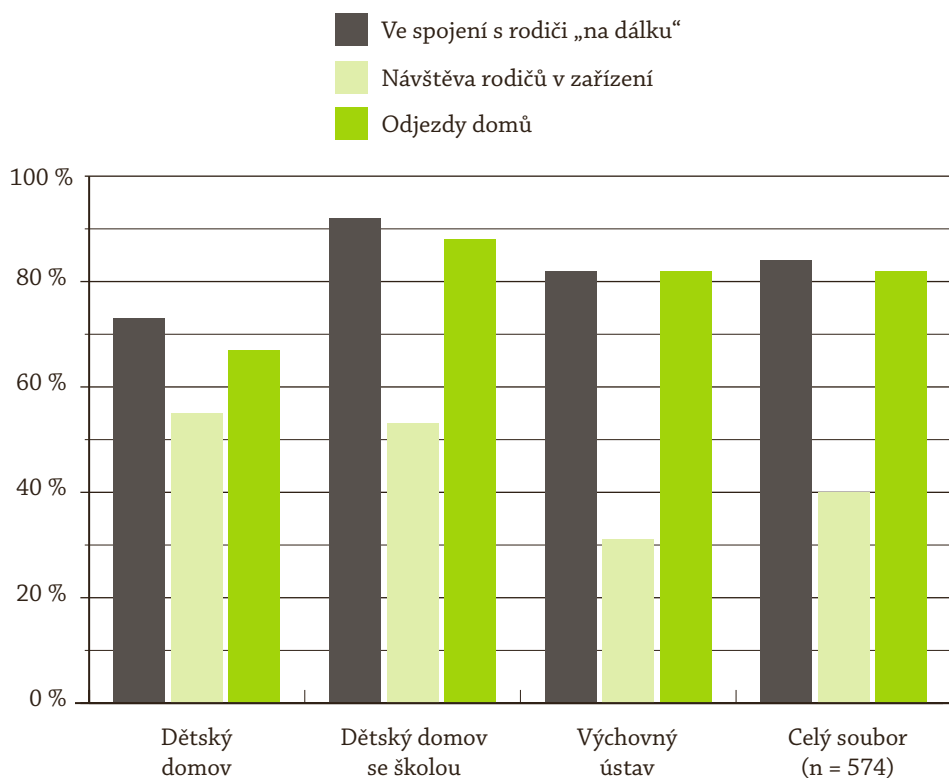
	Pravidelně	Nepravidelně	Vůbec	Celkem
DD	31 %	36 %	33 %	100 %
DDŠ	50 %	39 %	8 %	97 %
VŮ	43 %	39 %	13 %	95 %
Celý soubor (n=574)	43 %	39 %	14 %	96 %

4 % z celkového souboru respondentů se nevyjádřila

NÁVŠTĚVA RODIČŮ V ZAŘÍZENÍ

Posledním druhem kontaktu je setkání dítěte s rodičem na půdě zařízení. Rodiče navštěvují své děti o poznání méně, než je tomu v případě jiného druhu kontaktu (tj. odjezdy dětí domů či spojení „na dálku“). Výsledky ukazují, že pouhých 41 % respondentů z celkového souboru mělo v uplynulých třech měsících návštěvu rodičů v zařízení. Z výše uvedeného vyplývá, že rodiče s dětmi udržují kontakt. Je však pozoruhodné, že rodiče za dítětem do zařízení nejezdí. Nabízí se mnohé interpretace této skutečnosti (zdravotní stav, nedostatek financí na cestu, výkon trestu odnětí svobody, malé dítě v rodině, pracovní vytížení aj.), zůstává však pravdou, že se jedná o určitou rezervu v práci s rodinou. Je otázkou, jakým způsobem iniciovat návštěvu rodičů v zařízení a odstranit překážky, které stojí setkání dítěte s rodiči v cestě.

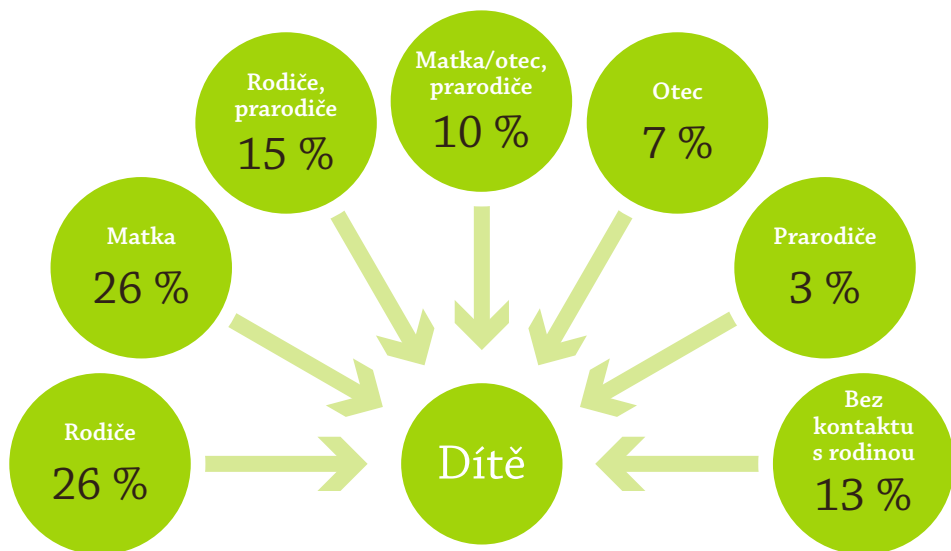
Obrázek 3: **Srovnání druhů setkání dítěte s rodiči – spojení „na dálku“; odjezdy domů; návštěva v zařízení**



V souvislosti s odjezdy dětí domů by se mohlo jevit jako zbytečné, aby rodiče jezdili za dětmi do zařízení na návštěvu. Skutečnost jest však taková, že děti by častější návštěvy svých rodičů v zařízení uvítaly (52 % z celého souboru), nejvíce pak ve výchovných ústavech (55 %).

MODEL RODINY DÍTĚTE V INSTITUCIONÁLNÍ PÉČI

Následující model znázorňuje, jak vypadá struktura rodiny dítěte v institucionální péči. Kdo je součástí rodinného prostředí těchto dětí? Tradičním modelem rodiny jsou oba rodiče, prarodiče a členové širší rodiny. Zajímalo nás, zda se u dětí v institucionální péči tento klasický model objevuje a jaké je jeho zastoupení. Pozornost jsme zaměřili na přítomnost matky, otce a prarodičů v různých kombinacích. Nejčastějším modelem rodiny jsou *oba rodiče* či *pouze matka*. Klasický rodinný model *rodiče + prarodiče* zná pouze 15 % dětí v institucionální péči. O něco méně dětí sdílí rodinný kruh s *jedním z rodičů a prarodiči*. Málo zastoupeným modelem jsou *pouze prarodiče* či *pouze otec*. Celých 13 % dětí není v kontaktu s nikým z rodiny.



Obrázek 4: **Model rodiny dítěte v institucionální péči**

RODINNÉ POTÍŽE Z POHLEDU DĚTÍ

Je jisté, že rodinné prostředí dětí s nařízenou obligatorní výchovou vykazuje určité dysfunkční kvality. Důvody k nařízení obligatorní výchovy jsou obecně vymezeny následovně: „Jestliže je výchova dítěte vážně ohrožena nebo vážně narušena a jiná výchovná opatření nevedla k nápravě nebo jestliže z jiných závažných důvodů nemohou rodiče výchovu dítěte zabezpečit...“² Skutečný významový obsah těchto právnických formulí lze získat pouze z přímé zkušenosti dítěte s tímto prostředím. Požádali jsme tedy o toto svědectví prostřednictvím dotazníku.

2 Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině

Návratnost vyplněných otevřených otázek je nízká. Vysvětlením jsou informace velice citlivé povahy, o které byly děti požádány.

Následující údaje tedy nemapují celý soubor, ale pouze jeho část. Odpověď na otázku týkající se rodinných potíží byla získána od 42 % dětí z dětských domovů, 45 % dětí z dětských domovů se školou a 47 % dětí z výchovných ústavů.

Nejvíce zastoupenou skupinou problémů, které by děti rády sdílely s odborníkem, jsou **problémy** označené jako **rodinné**. Převážná většina z nich považuje za nejvíce významné problémy vztahového charakteru. Jedná se především o nezájem rodičů o dítě anebo narušení vztahů mezi jednotlivými členy rodiny nejčastěji matkou a otcem. Dále pak vyskytující se konflikty, hádky, násilí a v neposlední řadě rozvod v rodině. Za neméně významné děti považují osobní problémy rodičů, a to především finančního a sociálního charakteru, ale také jejich špatný zdravotní stav. Děti v dětských domovech se školou a ve výchovných ústavech zmiňují navíc sociálně patologické chování rodičů, kdy se např. v rodině konzumuje alkohol anebo jeden z rodičů je ve VTOS. Za významné považují nemožnost být doma a projevují stesk po rodině.

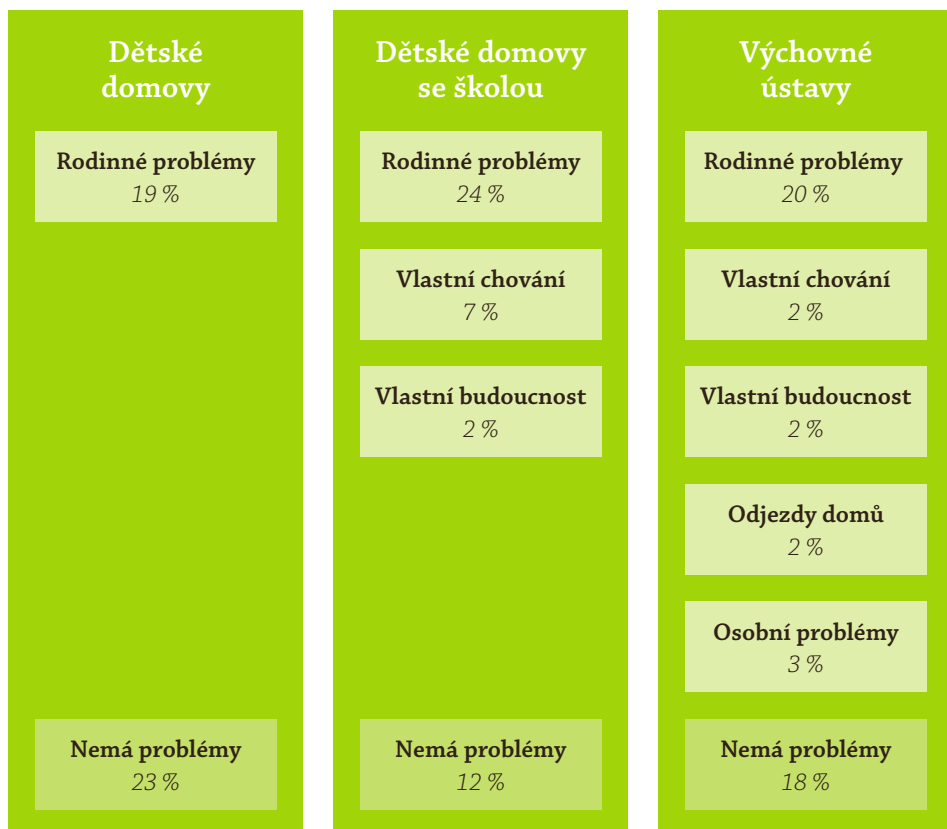
Významná část dětí z dětských domovů se školou a výchovných ústavů považuje za problémové **vlastní chování**, resp. děti jsou si vědomy toho, že některé problémy v rodině svým chováním ovlivňují a za mnohé problémy si mohou samy vlastní vinou. V této souvislosti se nejčastěji vyskytovaly výpovědi o problémech s návykovými látkami, záškoláctvím, pácháním provinění či přestupků v partě apod.

Děti projevují obavy spojené s **vlastní budoucností**, kdy nejsou zorientovány v otázce své další sociální existence, a řeší, jakým způsobem budou finančně a sociálně zajištěny.

Dále zmiňují **překážky v setkávání s rodinou** (možnost odjezdu domů), které jsou ve většině případů na straně rodiny.

Objevily se také **osobní problémy**, tj. problémy mimo rámec rodiny, které se odvíjejí od věku a specifík klientely daného typu zařízení. Tyto problémy jsou zastoupeny pouze u dětí z dětských domovů se školou a výchovných ústavů. Jedná se o potřebu řešit vztahové problémy s partnery a kamarády, případně otázku vlastního rodičovství.

Obrázek 5: **Rodinné problémy z pohledu dětí**



Nevyšlo se 58 % dětí z DD; 55 % dětí z DDŠ; 53 % z VÚ

ZÁVĚR

Záměrem výzkumného šetření v síti školských zařízení pro děti s nařízenou obligatorní výchovou je zmapovat rodinné prostředí těchto dětí co do kvantity a kvality vztahů mezi nimi a členy jejich rodiny. Dosud z dat vyplynulo, že jejich významná část je v kontaktu se svými rodiči. Kvalitativní analýza pak odhaluje subjektivní vnímání rodinného prostředí z pohledu dětí. Výzkumné šetření odhaluje rezervy v práci s rodinou a zároveň vybízí k formulaci nových metod a forem práce s ní.

Bc. Eliška Caltová

Studuje magisterský obor psychologie na PedF UK a současně pracuje jako odborný vychovatel-terapeut v Diagnostickém ústavu a SVP v Praze 4.

e-mail: eliskacaltova@seznam.cz

Pavla Stránská

Studuje obor speciální pedagogika na Univerzitě Jana Amose Komenského v Praze a současně pracuje jako odborný vychovatel-terapeut v Diagnostickém ústavu a SVP v Praze 4.

e-mail: stranskapavla@centrum.cz

Mgr. Kateřina Vojtíková

Pracuje jako odborný vychovatel-terapeut v Diagnostickém ústavu a SVP v Praze 4.

e-mail: katerina.v@centrum.cz

Užívání drog v romských rodinách pohledem terénních pracovníků

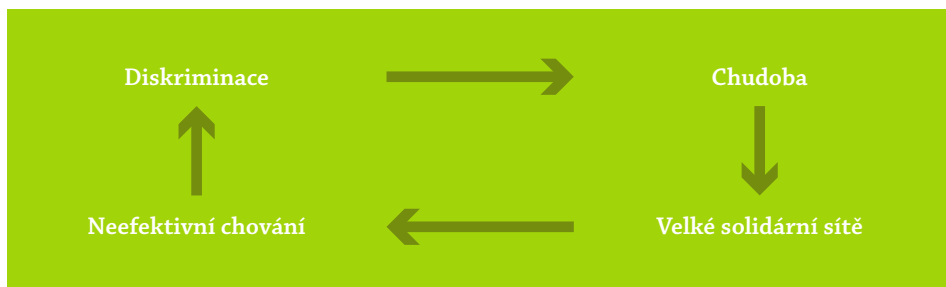
Aleš Herzog

ÚVODEM

Nejdříve se pokusím vypořádat s nekorektností, kterou může být samotné používání označení Rom, Romové, romský. V českých poměrech je „romství“ paušálně připisováno těm, kteří splňují fyziognomické znaky Roma (velmi zjednodušeně jsou tmavší pleti, mají tmavší vlasy, určitý způsob vyjadřování) (Laurentová, 2010). To ovšem neznamená, že se dotyční sami hlásí k romské národnosti či etnické příslušnosti. Naše oprávnění označovat celé skupiny osob, se kterými pracujeme, za Romy, je tedy problematické. Korektní by bylo označovat tak jen ty, kteří se k „romství“ sami hlásí. Ale to bych mohl obtížně pojmenovávat cílové skupiny. Pokud tedy v následujícím příspěvku píšu o Romech, dovoluji mi tak označovat osoby, jimž je „romství připisováno“. Zároveň, protože vycházím z perspektivy terénní práce, píši v rámci celého textu o osobách, které žijí v sociálně vyloučených lokalitách či jsou ohroženi sociálním vyloučením a chudobou.

DROGY A EKONOMIE SOCIÁLNÍHO VYLOUČENÍ

Velmi inspirativní text na téma sociálního vyloučení napsal Jakub Steiner (Steiner, 2004). Na něj s oblibou odkazují všechny, kteří si věří, že situaci v sociálně vyloučených lokalitách lze vyřešit pomocí represe či nějakého jednoduchého opatření. Steiner vysvětluje, jak mnoho nám nesrozumitelných aspektů chování osob v těchto lokalitách (okamžité utrácení dávek, neplacení nájmu s rizikem ztráty bydlení, poškozování veřejných prostor) má své racionální pro ně ekonomicky výhodné vysvětlení. V následujícím textu budu vycházet ze Steinerova schématu ekonomie sociálního vyloučení, které doplním o aspekt drogové závislosti.



SOLIDÁRNÍ SÍTĚ VEDOU K NEEFEKTIVNÍMU CHOVÁNÍ

V sociálně vyloučených lokalitách u romských rodin se stále ještě vyskytuje propojené hospodaření. Funguje typicky na principech průběžného střídání toho, kdo přispívá do rozpočtu a kdo z něj čerpá v rámci širší rodiny. Tedy, pokud jste zrovna dostali výplatu či jinak přišli k prostředkům (sociální dávky, výhra v automatech), jsou tyto prostředky využity pro pokrytí aktuálních potřeb širší rodiny. Pokud naopak jste nyní bez prostředků, máte oprávnění čerpat z příspěvků ostatních. Nejvýraznější zkouškou v tomto ohledu jsou významná výročí a případně pohřby, kdy náklady jsou velmi vysoké a dochází k tomu, že zdroje nestačí, a rodina musí požádat o pomoc i vzdálenější příbuzné.

Steiner tvrdí, že velké solidární sítě v rodinách vedou k maximalizaci osobního uspokojení na úkor celku, a tedy k neefektivnímu chování. Zjednodušeně, pokud zrovna peníze některý z členů rodiny přinese, každý se pokouší „získat co nejvíce“. K úhradě dlouhodobých nákladů rodiny (jako je nájem) dojde ideálně, pokud následují ihned po získání peněz, v době jejich nedostatku jsou odkládány. Formou solidární sítě se tak širší rodina v určité fázi drogové kariéry podílí na financování drogové závislosti svých členů. Náklady na drogy se rozkládají, a tak se neprojevují až tak významně. Navíc drogově závislý člen rodiny může být i průběžným přispěvatelem do rozpočtu. Například nejdříve pracuje a přispívá mzdou, následně kvůli závislosti o práci přijde, ale je na podpoře v nezaměstnanosti a sociálních dávkách. Rovněž s rozvinutější drogovou kariérou může přispívat výnosy z prodeje drog či z trestné činnosti. Proto je jeho oprávnění čerpat ze zdrojů rodiny (a tím se podílet na její cestě k chudobě) legitimní. Rudovi se podařilo získat větší částku z prodeje heroinu, který sám užívá. Přichází domů a všem malým dětem koupí cokoli, co zrovna potřebují. Matce koupí drahou kosmetiku, všem mužům cigarety. Zbývají mu ještě peníze na drogy na dva dny jeho spotřeby... Poměrně často se setkáváme s tím, že rodiče z romských rodin financují drogovou závislost svých dětí. Paní Elena nám řekla: „Než abych se dívala a trápila, jak ho to bolí, tak mu tu pětistovku dám.“ Obdobně paní Růžena docházela pravidelně za svými dětmi na Hlavní nádraží s kastrůlkem s obědem a bankovkou v kapse. Chtěla je vidět a postarat se o ně, co jí síly dovolily. Samozřejmě i solidarita velkých solidárních sítí má své meze. Potkáváme se s tím, že jsou romští uživatelé drog ze sítě exkomunikováni. Ale je to jev dočasný, po nějaké době dá rodina opět závislému šanci a podporu.

NEEFEKTIVNÍ CHOVÁNÍ VEDE K CHUDOBI

Drogová závislost je vlastně příkladem neefektivního ekonomického i biologického chování, tedy preferování krátkodobého uspokojení s pravděpodobností dlouhodobých negativních dopadů.

Vzorec chování zaměřeného na „tady a teď“ uživatelé drog aplikují i při samotné závislosti (vše, co mám, utratím za drogy). Klienti z romských rodin si mnohem méně často nechávají tzv. vyprošťovací dávku na ráno než klienti ostatní. Druhý den je přece příliš daleko.

Být chudý a bez vzdělání není vnímáno jako nic pozitivního. Možností, jak uspět v této společnosti, není mnoho. Řada romských dětí získává určitý handicap v dovednostech a znalostech v porovnání s vrstevníky již tím, že nedochází do školky. Následně často zanedbají docházku na základní škole. Trestná činnost se pak jeví jako logická možnost rychlého úspěchu a obživy. Chudý člověk uspěje a vydělá si výrazně více jako dealer drog či zloděj než jako uklízeč. Nicméně riskuje odhalení, pobyt ve vězení a následný záznam v rejstříku trestů. Ale tím se opět sníží jeho šance pro uplatnění na trhu práce. Jedinou oblastí, kde může uspět, tak zůstává trestná činnost či šedá ekonomika.

Naši klienti vyrůstali v prostředí, kde se dlouhodobě odkládá to, co aktuálně není nezbytné, či na to nyní nejsou prostředky, např. pokuty v dopravních podnicích, nájemné a poplatky za energie. Děti dostanou peníze na školní výlet, pokud je rodina zrovna má, jinak nikoliv. Mimořádné výdaje bývají řešeny půjčkou. Není zvykem podporovat dlouhodobé úsilí s potenciálním přínosem, který je v nedohlednu (vzdělání, spoření).

Často si v této souvislosti klademe otázku, proč jsou tito lidé tak netrpěliví. Vždyť každý racionálně uvažující člověk uzná, že je lepší přečkat drobné omezení v zájmu budoucího přežití. Tady nám vysvětlení přináší Beckerova teorie netrpělivosti. Netrpělivost přináší chudobu a chudoba přináší netrpělivost (Becker, 1991 in Steiner, 2004). Jde tedy o cirkulární kauzalitu. Maximalizací okamžitého uspokojení si způsobují dlouhodobě negativní dopady. Podle Beckera tedy to, že chudí lidé neplánují, má pragmatické vysvětlení. Pokud jsem chudý, racionálně očekávám nepřívětivou budoucnost. Orientace na „tady a teď“ je tedy výsadou buddhistů, gestalt terapie, kontaktní práce a chudých lidí.

CHUDOBA VEDE K SOLIDÁRNÍM SÍTÍM

Kdy jindy svému blízkému neodmítnete pomoc, než když je na pokraji propasti. Pomoc bez ohledu na to, nakolik si člen širší rodiny může za svoji situaci, je typickým znakem širších solidárních sítí (Steiner, 2004). Solidární sítě udržují závislé členy rodin dlouhodobě ve stavu, kdy „nepropadnou na dno“. Solidární sítě přebírají na sebe péči o děti našich drogově závislých klientů. Přitom se setkáváme s mnoha pokusy členů rodiny o intervence. Otcové a matky své závislé děti bijí, vyhrožují jim, prosí... Mnoho rodin se pokusilo pomoci svým členům změnou prostředí. Stěhování do Anglie a Kanady bylo pro mnohé naše klienty zároveň pokusem o (nikoliv svépomocnou, ale rodinnou) detoxifikaci. Často dochází k opakování stejných intervencí vůči drogově závislým členům rodiny, které jsou ve výsledku neefektivní a posilují negativní vzorce chování. Rodina z Kanady opakovaně na základě příslibů posílala příbuznému peníze na letenku. Ty skončily opakovaně v žíle.

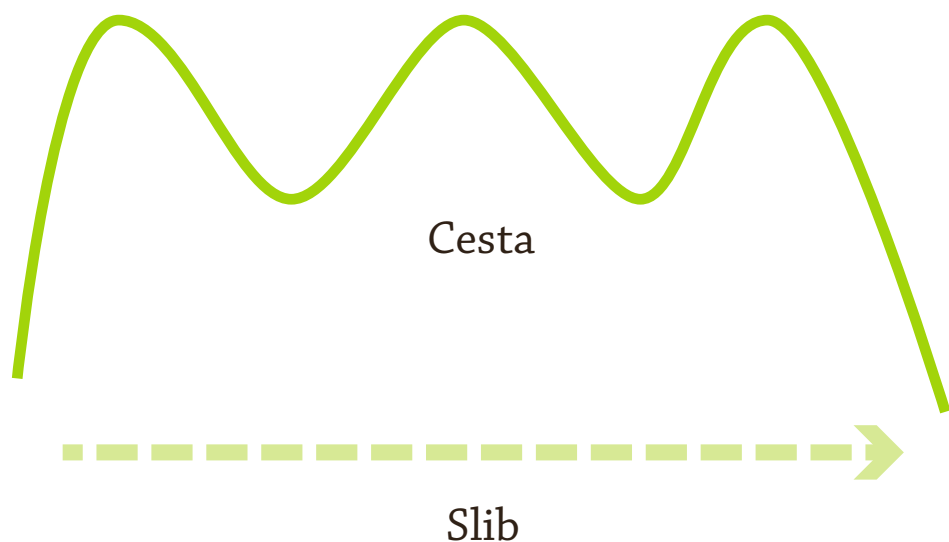


Schéma zjednodušeně představím takto: Blíží se Vánoce a váš syn velmi touží po autodráze. Vy jste se zrovna vrátili z rodičovské schůzky ve škole, kde jste zjistili, že syn propadá z matematiky. Syn slibuje, že si známku zlepší, když mu dáte autodráhu. Vy slib akceptujete a na konci ledna s hrůzou zjistíte, že syn z matematiky proletěl. Syn se určitým způsobem choval efektně. Slibem dosáhl výrazně rychleji to, proč by jinak musel vyvíjet mnohem více úsilí s nejistým výsledkem. Pokud se tato situace cyklí, může se stát získávání prospěchu slibem synovou osvědčenou životní strategií. V romských rodinách má tento cyklus podobu, kdy dochází ke vzteku rodiny a slovní agresi vůči provinilému. Je požadována náprava, či spíše slib nápravy. Když závislý dá slib, dochází k opakované podpoře a vše se opakuje.

NEEFEKTIVNÍ CHOVÁNÍ VEDE K DISKRIMINACI

V posledních letech sledujeme, jak se v Praze výrazně zhoršuje situace na trhu nízkokvalifikované práce, kdy se zvyšuje konkurence a je striktně vyžadován čistý trestní rejstřík. Zároveň dochází k snížení nabídky na trhu levného nájemního bydlení (např. skončilo regulované nájemné). Městské části se začaly zbavovat neplatičů nájmu. Zároveň tvrdě dopadá vymáhání dluhů a exekuce (např. od dopravního podniku), které se za řadu let sociálně slabším nastrádaly. Došlo k přitvrzení při vyplácení dávek hmotné nouze a k jejich omezování. Rovněž dochází ke zpoždování při výplatách dávek.

Členové většinové společnosti uplatňují často směrem k lidem, kteří splňují fyziognomické znaky Roma, presumci viny. Vycházejí ze zkušeností a mediálních informací. Romové tak splňují na základě fyziognomických znaků přisuzovaný obraz kapsáře, nepřizpůsobivého hluchého souseda či zloděje. Romové jsou ztotožňováni s braním drog, především opioidů.

V důsledku těchto (médií podporovaných) předsudků mají Romové celkově horší šanci získat bydlení v přiměřené ceně či získat práci. Dochází ke kombinaci: rodiny mají nižší reálné dovednosti obstát v těchto podmínkách a zároveň i nižší reálné příležitosti kvůli diskriminaci.

Drogová závislost a ekonomie sociálního vyloučení



Drogová závislost v rodině potencuje všechny oblasti sociálního vyloučení. Zkušenost lidí s drogově závislými Romy páchajícími trestnou činností vede k diskriminaci Romů na trhu práce a bydlení. Výdaje na drogy vedou k chudobě, a chudoba k hledání útěchy. Tou je droga. Pervitin je zkratkou k nietzschovskému přemocňování (Übermächtigung) zvyšováním ega a omezováním pocitu nicotnosti. Opioidy jsou útěchou od bolesti, úlevou od starostí tohoto světa.... Zároveň znamenají v prostředí chudoby drogy oblast, v níž můžete uspět a zbohatnout bez maturity a vysoké školy, především pokud máte pod kontrolou svou vlastní závislost. Prodej drog tak může být pro sociálně slabé rodiny vítaným přivýdělkem (s budoucími katastrofálními následky). Drogová závislost zvyšuje a posiluje neefektivní chování romských rodin a výrazně zatěžuje existující solidární sítě v tomto prostředí.

VELKÉ HROZBY PŘED NÁMI

Již řadu let sledujeme nejen v Praze postupné roztáčení spirály sociálního vyloučení. Sociální vyloučení je prohlubováno těmito faktory:

- zhoršením situace na trhu práce pro osoby s nižší kvalifikací
- snížením sociálních dávek, zvýšením nároků na jejich přiznání a opožděním jejich vyplácení
- omezenými možnostmi Romů získat nájemní bydlení v přiměřené ceně, tj. diskriminací na trhu nájemního bydlení; zrušení regulace nájemného zasáhlo oblast nejlevnějšího nájemního bydlení (řada romských rodin bydlela v bytech s regulovaným nájmem)
- bytovou politikou městských částí, které se snaží zbavit osob, které mají obtíže s placením nájemného; městské části usilují o to, aby „sociálně nepřizpůsobiví“ opustili jejich území (po vzoru Čunkova Vsetína)

- skončilo období, kdy bylo relativně snadné překlenout finanční obtíže rychlou půjčkou, naopak na sociálně slabé dopadly exekuce a splátky těchto dluhů
- pražský dopravní podnik po mnoha letech pasivity začal vymáhat dlužné peníze

Jednou z příčin růstu sociálního vyloučení je tedy snižování výdajů z veřejných zdrojů přímo i nepřímo vydávaných na zajištění společenské koheze. Je evidentní, že bez změn v aplikaci nástrojů pro zajištění společenské koheze je sociální (a adiktologická) práce malým nástrojem na změnu.

Život v sociálně vyloučených lokalitách posiluje některými svými tradičními mechanismy předpoklady pro užívání drog a drogovou závislost. Proto je k nim třeba celostního přístupu.

Pokud připustíme vznik sociálně vyloučených lokalit či skupin, budeme muset řešit následně velmi obtížně řadu z toho vyplývajících negativních jevů. Bohužel postupně dochází spíše k prohlubování problémů a postupnému nárůstu reálné chudoby v ČR. Přitom společnost (podobně jako na Slovensku) bude stále volat po jednoduchých nefunkčních opatřeních (omezování dávek, represe, odsun problémových osob), které v realu sociální vyloučení a z něj vyplývající negativní celospolečenské dopady ještě zvyšují.

ROMSKÝ TERÉNNÍ PROGRAM SANANIM

Romský terénní program je součástí Terénních programů SANANIM od roku 2002. V roce 2012 jsme pracovali se 416 klienty, se kterými jsme měli 5 436 kontaktů. Vydali jsme 43 268 injekčních setů. Je to relativně drobná součást naší práce, pro srovnání Terénní programy SANANIM pracovali s 2 358 klienty, kterým jsme vydali 449 148 setů.

Náš Romský terénní program pracuje s uživateli drog a jejich rodinami, kteří:

- jsou v našem prostředí označováni za Romy
- bydlí v Praze, především v Karlíně, Libni, Nuslích a na Žižkově
- jsou ohroženi sociálním vyloučením.

Původní myšlenka pro vznik programu vzešla z filosofie romských aktivistů: *Rome Romeha, Gadžo Gadžeha* (Romům by měli pomáhat Romové, gadžům gadžové). Program výrazně přispěl k navázání kontaktu a otevření služeb pro uživatele drog v Praze, kteří do té doby nebyli v kontaktu se službami. Rovněž přispěl k tomu, že si romští klienti i neromští terénní pracovníci ujasnili pravidla vzájemné spolupráce a komunikace. Postupně došlo k posunu v tom, jak program vnímáme. Opustili jsme myšlenku *Rome Romeha*, protože jsme si uvědomili, že „romství“ není samo o sobě klíčem ke spolupráci. Náš první romský terénní pracovník Milan Horvát byl především známou a respektovanou osobností v romské komunitě, respektovaným muzikantem. Uvědomili jsme si, že vrstevnická identita je důležitější. Potenciální klienti z lokalit, kde dochází k sociálnímu vyloučení, lépe překonají bariéry do sítě služeb, provází-li je vrstevník, tedy někdo, koho z lokality znají a mají k němu důvěru. Při hledání romských terénních pracovníků jsme se tedy především řídili zásadou, že je nutné najít člověka (bez rozdílu etnika), který se v lokalitě těší důvěře a respektu komunity. Více náš přístup popisuje Pavel Nepustil (Nepustil, 2012).

Přestože náš vrstevnický přístup slavil nesporné úspěchy, dlouhodobě jsme si uvědomovali i jeho slabší stránky. Vrstevníci jsou vystaveni velmi složité situaci z hlediska nároků na nastavení osobních hranic, především pokud pocházejí z prostředí širších romských rodin. Naše romská kolegyně tak je „tetou“ pro desítky našich klientů, kteří se k ní hlásí jako k pracovnici, ale i jako ke své příbuzné. To samozřejmě zvyšuje důvěru a váhu jejího slova (i váhu toho, co klientům doporučíme my jako její kolegové). Zároveň to ale znásobuje počet etických dilemat a komplikovaných situací, kterým je kolegyně vystavena a my s ní.

Pro tyto nevýhody i pro stigmatizaci zmíněnou v úvodu jsme se rozhodli označení projektu Romský terénní program SANANIM změnit. Do projektu jsme zařadili i práci naší kolegyně Svitlany Golubevy s uživateli drog ze zemí bývalého Sovětského svazu a case management určený některým klientům s komplikovanými obtížemi. Proto měníme název projektu: Terénní program SANANIM 2 – práce s klienty z etnických minorit a case management.

CO SE NÁM OSVĚDČILO PŘI PRÁCI S UŽIVATELI DROG Z ROMSKÝCH RODIN

Z hlediska praxe Romského terénního programu SANANIM bych chtěl ještě rekapitulovat, co se nám při práci osvědčilo:

- Z počátku, při získávání důvěry romských klientů, to bylo angažování vrstevníků a jejich využití pro osvětu. Tito pracovníci udělali velký kus práce při vysvětlování, jak fungují nízkoprahové služby a co to znamená bezpečnější užívání. Vrstevníci rovněž pomohli neromským terénním pracovníkům překonat strach z romských klientů. Někteří kolegové dosud vzpomínají na to, jaké to bylo, když se kolem nich na Bertramce seběhl a obkličil je hlouček romských klientů, kteří požadovali okamžitě veškerý materiál, překřikovali se a zjevně si tuto situaci, pro pracovníky náročnou, velmi užívali.
- Následně jsme dodržovali pragmatické nástroje strategie harm reduction, a to důsledně a dlouhodobě. Například jsme sice netrvali na pravidle výměny 1 ku 1, nicméně neustále jsme klientům připomínali, ať použité injekční stříkačky nosí zpět. Návratnost se postupně zlepšovala. Obdobně jsme důrazně vystupovali vůči ředění heroinu tzv. citronkou a nabízeli kyselinu askorbovou, dokud si to většina romských klientů neosvojila...
- Osvědčil se nám model kontaktní práce zaměřený na „tady a teď“. Tedy vyhýbat se „příslibům“ a „planým sebestimulujícím prohlášením“, a místo toho hledat aspoň malý skutek, který pro sebe může udělat klient nyní, okamžitě či co nejdříve
- Funguje nám mile, ale pevně trvat na pravidlech programu. Být zvědaví na klienta, i když se k nám chová například vypočítavě. Využívat jakoukoliv vhodnou situaci pro kontraktování o tom, co jsou pravidla programu. Například klient rychle vhodí použité stříkačky do kontejneru, takže nejde spočítat, kolik jich bylo. Uvede pravděpodobně větší počet, než skutečně hodil do kontejneru. My nejdeme s klientem do konfliktu, navrhne počet stříkaček, který vydáme, tak aby to byl kompromis mezi tím, kolik klient tvrdí, že vložil, a kolik jich nejspíš bylo. Pokud klient na kompromis nepřistupuje, dáme mu tolik stříkaček, kolik tvrdí, že přinesl, ale mile s ním

kontraktujeme, jak si představujeme výměnu příště a z jakého důvodu. Někteří romští klienti přiznávají, že se nás snaží „obalamutit“ vlastně jen tak pro radost, aby si mohli pomyslet „napálil jsem gadže, to je ale hezký den“...

- Velký vliv na romské klienty mají zdravotní sestry a lékaři. V době počátku epidemie hepatitidy A na Hlavním nádraží (2008) trval důrazně romský klient, aby mu mast heparoid, kterou dostal od Terénních programů na drobnou modřinu na ruce, nanesl osobně MUDr. Vratislav Řehák, který zde by přítomný kvůli testování a očkování.
- Funguje nám povídat si s „romskými“ klienty o jejich rodině, zda dělají radost svým matkám, co dělají pro své děti.

Seznam použité literatury

Becker, G., *A Treatise on the Family*. Cambridge, Mass.:Harvard University Press. 1981.

Laurentová, H. In *Klíma a kol.*, *Kontaktní práce 2010*, ČAS, 2010

Nepustil, P., Vaňková, V., Petkovová, B., Gottfriedová, J., *Programy zaměřené na užívání drog mezi Romy v České republice, Zaostřeno na drogy*, NMS, 2012

Steiner, Jakub. In *Jakoubek, Marek. Hirt, Tomáš. Romové: Kulturologické etudy*, Plzeň, 2004

Ing. Mgr. Aleš Herzog

Je vedoucí Terénních programů SANANIM.

e-mail: herzog@sananim.cz

Práce s rodinou „starších“ klientů v TK Němčice

Martin Hulík

V příspěvku se pokusím vymezit specifika práce s rodinou a rodinnými tématy v TK Němčice. Vycházím z toho, že je-li němčická klientela něčím specifická oproti většině jiných zařízení, možná i práce s rodinou bude v něčem jiná. Dojdu k závěru, že klientela zřejmě specifická je, ale s rodinou se pracuje zcela standardně a specifík zde moc nenajdeme.

Od založení komunity v roce 1991 do letošního roku stoupl věkový průměr klientů o více než 10 let a pohybuje se kolem 34 let. Nyní mají za sebou klienti průměrně čtrnáctiletou kariéru užívání drog, až na naprosté výjimky intravenózně. U poloviny klientů se vyskytují duální psychiatrické diagnózy, které vyžadují medikaci a pravidelnou péči během pobytu u nás. Zhruba třetina klientů má zkušenost s vazbou nebo výkonem trestů odnětí svobody, někdy jsou pobyty ve věznicích mnohaleté (aniž by vedly aspoň k dočasné abstinenci od drog a návykových léků). Třetina klientů má děti, které jsou v době léčby nejčastěji v péči někoho z rodiny.

Přes výše uvedené není TK Němčice komunitou pro starší klientelu, jak se někdy tvrdí. Přijímáme klienty od 23 let a pětadvacetiletí se vyskytují poměrně často. Navíc jsou i jiné TK, které běžně pracují s klienty přes 40 let.

Ročně k nám nastoupí kolem 45 klientů, třetina až polovina z nich léčbu ukončí řádně a přechází do následné péče. Kapacita je 20 lůžek (nyní přechodně snižená kvůli plánovanému stěhování komunity, které proběhne v roce 2014). Délka úspěšně ukončené léčby je 1 rok.

Tolik stručně ke specifickým klientely, nyní k práci s rodinou.

Před lety jsme měli rodičovskou skupinu, která se scházela jednou za 14 dní v Praze. Účast rodinných příslušníků byla velmi nízká, neboť jak jsme se domnívali, naši klienti jsou tak staří a užívali drogy tak dlouho, že už žádnou rodinu nemají nebo jsou vztahy s rodinou už neopravitelné. Ve skutečnosti se jen lidem nechtělo jezdit (ze všech koutů republiky) na dvouhodinový program, kde se o svém blízkém nic nedozví a ani ho nevidí. Stačilo nabídnout model „rodinných víkendů“ adaptovaných z TK Sejřek (děkujeme za inspiraci!) a rodinní příslušníci, včetně starých a nemocných rodičů, začali spolupracovat v hojném počtu. Kromě rodinných víkendů máme (jako jinde) plánované výjezdy za rodinou po určité době pobytu u nás, víkendové návštěvy v komunitě, obvykle spojené se společným pohovorem za přítomnosti

terapeuta, vícedenní návštěvy dětí v komunitě a podobně. Navíc jako všude, kde se v terapii vychází z dynamických přístupů, jsou témata spojená s rodinou ve skupinové terapii jedna z nejdůležitějších a nejčastějších.

CO MÁME RÁDI NA PRÁCI S RODINOU?

Naši klienti po mnoha letech obnovují kontakty a vztahy s rodinou, procházíme s nimi strachem z odmítnutí, pocity viny a křivdami. Na konci je často shledání blízkých, kteří se roky trápili vzájemným odloučením, přičemž vina, křivda a nedostatek odvahy jim bránily udělat vstřícný krok (což mnohdy stačí). Klient riskuje, a my mu nemůžeme dát záruku, že bude ve svém snažení úspěšný, ale pokud do toho jde a povede se to, je skvělé být svědky zrušení rodinných kleteb, které trvaly roky nebo desetiletí.

Je těžké nazývat klienta a jeho rodiče „blízkými“, když mezi nimi od dětství (či od narození) neexistovala intimita, vzájemné vyjadřování pozitivních pocitů, žádná společná reflexe vzájemného vztahu. Pro terapeuta je skvělé být u toho, když klient se svými blízkými navazuje roky ztracenou nit, nebo si dokonce poprvé v životě vyjadřují vzájemné city.

Během práce s rodinou dochází k odstraňování některých vzájemných křivd a historických omylů, které se sice s odstupem let jeví jako malicherné až nesmyslné, přesto sloužily jako důvod k nenávisti a odloučení. Navíc se o nich obvykle nemluvalo. Jejich pojmenování vede k velké úlevě.

Rodinní příslušníci se neradi baví o minulosti, jsou rádi, že jejich blízký je v pořádku a v léčbě. Přesto se reparování vztahů neobejde do exkurzí do minulosti, například za účelem vyřizování starých sporů a zranění (aby mohly být v ideálním případě časem odpuštěny nebo smířeny). Nebo za účelem řešení dluhů, protože dospělost a samostatnost klienta je v ohrožení, pokud například rodičům nevrátí škody za zastavené šperky, ukradené peníze apod.

Mnoho rodičů nechává své děti – naše klienty po třicítce – během léčby a po ní konečně dospět. Někdy to ocení hned, jiným je to nepřijemné, ale vždy je to nutné.

Přítomnost rodinných příslušníků v programu léčbu akceleruje. Někdy až „žárlivě“ sledujeme, jak třídní přítomnost rodiny posune klienta v léčbě, vyvede ho ze stagnace, s níž se nám nepodařilo pohnout dlouhé týdny.

Poslední z potěšujících faktorů na práci s rodinou, který zmíním, je perspektiva pro děti klientů. Vzhledem k relativně vyššímu věku našich klientů má asi třetina z nich děti různého věku a v různé situaci. Pokud žije dítě v rodině a prosperuje, je vše v pořádku (a jsou pak situace, zvláště po víceletém odloučení, kdy možnost klienta angažovat se v jeho výchově a mít s ním kontakt, je omezená až žádná, a klientovi pomáháme se s tím smířit). Často ale děti žijí v provizorních podmínkách (u prarodičů, v ústavní výchově), někdy jsou ohrožené, když například vyrůstají v domácnosti, kde se užívají drogy. Pokud je léčba našeho klienta úspěšná, je zde i šance pro tyto děti.

CO SE NÁM LÍBÍ MĚNĚ

Část rodičů je po smrti nebo jim jejich věk a zdravotní stav brání spolupracovat v léčbě.

Rodiče a děti jsou schopni hrát vzájemné hry po desítky let a obtížně je opouštějí.

Případné trestné činy rodičů proti dětem (obvykle týrání, zneužívání a zanedbávání péče) jsou již většinou dávno promlčené.

Klient nedospívá vůči rodičům a neopouští je pomocí drog, ale pomocí následné léčby a abstinence. Opuštěný rodič si někdy jako náhradu nebo rukojmí nechává klientovo dítě.

Závislí rodiče, sourozenci a partneři klientů. Spolupráce je většinou nemožná vzhledem k bezpečí klienta a komunity.

Děti klientů rychle rostou a potřebují rodiče. Někteří naši klienti ale nemají ke svým dětem rodičovské city, ani si je nevytvoří dodatečně. S tím je třeba se smířit, nikoliv obviňovat klienty.

CO SI MYSLÍME, ŽE UMÍME (JEN HESLOVITĚ)

Rodinné vikendy a plánování výjezdů klientů za rodinou.

Většinou umíme udržet rodičovské protipřenosy na uzdě, aniž bychom tlačili klienty do svých představ o tom, jak má vypadat normální rodina a jak se vychovávají děti.

Existenciální přístup: jako protilek na beznaděj a pocit absence smyslu – některé rodinné příběhy jsou opravdu ošklivé i pro nás, co potom pro právě vystřízlivší klienty, kteří jsou součástí těchto příběhů.

CO JE PRO NÁS TĚŽKÉ A MOŽNÁ NEUMÍME

Nesoudit. Hlavně tam, kde se ubližuje současným i bývalým dětem.

ZÁVĚR

Specifika práce s rodinou u relativně starších klientů nevidím. Nezralost, nedospělost a vzájemná nezdravá závislost v rodině je možná lépe vidět u našeho čtyřicetiletého klienta, než kdyby mu bylo po dvacítce. Zkušenost z Němcic je naštěstí taková, že vyrůst a osamostatnit se lze i po čtyřicítce.

*Je vedoucí Terapeutické komunity Němčice SANANIM.
e-mail: hulik@sananim.cz*

Klient – rodina – sociální pracovník – terapeutická komunita: společný zájem

Michaela Baslerová, Jana Putnová

Příspěvek se zabývá spoluprací orgánu sociálně právní ochrany dětí (dále jen OSPOD), terapeutické komunity (TK) a rodiny, a to ve specifické situaci, kdy jedna ze stran řeší situaci, kdy drogově závislá klientka má dítě, péče o něj vzhledem k závislosti není vyhovující, a dítě je tedy závislostí matky ohroženo. Právě OSPOD i TK Karlov pracují se závislými rodiči a jejich dětmi a snaží se vzniklou situaci řešit. OSPOD Městského úřadu Písek spolupracuje s TK Karlov už několik let a v našem příspěvku představíme příklad dobré praxe za situace, kdy se všichni zúčastnění snaží společně najít to nejlepší možné východisko ze situace klientky a jejího dítěte. V příspěvku nastíníme, jaké jsou role jednotlivých subjektů při nástupu, přiblížíme práci s klientkou a její rodinou při prvních kontaktech, při nástupu do komunity a v průběhu léčby klientky. Poukážeme také na rizika a úskalí naší práce.

KDO JE KLIENT? KDE SE S NÍM POTKÁVÁME?

Klientem OSPOD je dítě a spolu s ním pak také jeho rodiče. OSPOD, pokud je to možné, pracuje s celou rodinou. Naopak klientem komunity je v první chvíli závislá matka a spolu s ní pak i její dítě.

OSPOD se při běžné sociální práci málokdy setká se závislou matkou v rámci sociálního šetření. Na OSPOD čas od času přicházejí anonymní oznámení na špatnou péči o děti. Závislost matky, která by mohla ohrožovat dítě, oznamuje také nemocnice (např. porodnice), dětský lékař a podobně. Zřídka kdy požádá o pomoc sama matka. Do komunity se závislá matka dostává díky tomu, že sama kontaktovala drogové služby, nebo naše zařízení kontaktoval OSPOD nebo její rodina a vyvinuli na klientku tlak, aby svou situaci řešila.

MOTIVACE VEDOUČÍ KE SPOLUPRÁCI

Jaká je tedy vůbec motivace pro vzájemnou spolupráci, o co jednotlivým subjektům jde?

Motivací klientky pro řešení její situace bývá především:

- snaha zůstat s dítětem – nepřijít o ně
- vyhovět tlaku OSPOD a případně rodiny

Další motivací, která se ale častěji objevuje až v průběhu léčby, kdy klientka získává větší náhled na svou situaci, může být:

- řešit závislost – přestat brát drogy
- zůstat v přiměřených vztazích s rodinou
- naučit se pečovat o dítě

Motivací rodiny, která obklopuje klientku a stojí o to, aby se léčila, bývá:

- strach, zda je současná péče o dítě dostatečná
- možný strach o vztahy s dítětem (se závislou klientkou) a s vnoučetem (jejím dítětem)
- naděje, že léčící se snacha (závislá klientka) zachrání závislého syna (partnera klientky)
- naděje, že komunita vše „opraví“, rodina získá zpět zdravé dítě a vnouče
- vyčerpané vlastní zdroje pomoci – sami udělali několik pokusů situaci řešit, ale nepovedlo se to
- v neposlední řadě je to také fakt, že s příchodem vnoučete již problém závislosti nelze přehlížet

Motivací komunity je:

- pomoci klientce se vyléčit, aby mohla být dobrou matkou
- zajistit klientce, aby se mohla starat o své dítě
- využít zdroje a podporu v rodině ve prospěch klientky
- využít podpory a tlaku OSPOD

Motivace OSPOD má několik rovin. Nejstěžejnější je pomoci dítěti, tak aby mu pokud možno byla zachována rodina, to znamená dát mu možnost vyrůst s matkou (rodiči). OSPOD ale musí prostředí v rodině bedlivě sledovat a poskytnout matce pomoc při zajištění přiměřené péče o dítě, eliminovat možná rizika. Nejdůležitější je získat matku ke spolupráci s OSPOD, s kontaktním centrem a s terapeutickou komunitou. Za výhru lze považovat, pokud se podaří zaangažovat širší rodinu (prarodiče, sourozence).

Ve chvíli, kdy je zřejmé, že matka bez intenzivní léčby nezvládne běžnou péči a výchovu dítěte v jeho přirozeném prostředí, nastává společný zájem terapeutické komunity a OSPOD – pobyt závislé matky v terapeutické komunitě. K takovému cíli však není snadné dojít.

Sociální pracovník OSPOD si stanovuje cíle pomoci. Pomoc dítěti je povinností OSPOD. Taková pomoc může vypadat různě a matka ji ne vždy ocení. Je zde otázka svéprávnosti matky a její motivace k udržení dítěte ve své péči. Sociální pracovník vždy zvažuje, jakým způsobem matce pomoci, aby dítě mohlo vyrůst v rodině. Jsou ovšem krajní situace, kdy závislá matka své dítě natolik svým chováním ohrožuje, že je třeba dítě z jejího vlivu alespoň na nezbytně dlouhou dobu dostat. Sociální pracovník musí mít před podáním návrhu na odebrání dítěte z péče rodiče na paměti, že předním hlediskem sociálně právní ochrany dětí je zájem a blaho dítěte, a zvažovat, co toto prohlášení znamená v praktické, reálné rovině.

OVĚŘENÍ ZÁVISLOSTI

Sociální pracovník OSPOD ověřuje přes kontaktní centrum a další pomáhající profese míru závislosti rodiče a vliv závislosti matky na péči o dítě. Opakovaně hovoří s matkou či oběma rodiči, všichni zúčastnění si vyjasňují svá stanoviska a v rámci individuálního plánu domlouvají, jaké kroky je třeba podniknout ke stabilizaci situace. K tomu je třeba, aby byly rodičům poskytnuty vyčerpávající informace. Během této práce sociální pracovník OSPOD řeší etické otázky své práce. Například zda rodiče nenutí do něčeho, co sami nechťejí, nebo rodiče nemanipuluje do rozhodnutí, které pro ně osobně nebude mít žádný význam.

JSOU OSPOD TI ZLÍ KONTROLOŘI?

Sociální pracovník OSPOD si někdy může připadat jako zlý kontrolor, může trpět pocitem, že klient ho má „méně rád“. Je na profesní a lidské úrovni každého jednotlivého sociálního pracovníka, jakým způsobem a na jaké komunikační úrovni bude ke klientům přistupovat. Z toho pak jednoznačně vyplývá nutná snaha OSPOD být klientovi partnerem, který je otevřený a zároveň si je vědom své profesní odpovědnosti. Sociální pracovník nejednou řeší ve složité situaci otázku, zda má chápat matku a poskytnout jí pomoc, nebo zvolit razantní postup a dítě zabezpečit nějakou náhradní formou. V tomto ohledu je třeba, aby si OSPOD vyjasnil podmínky spolupráce s kontaktním centrem, eventuálně s terapeutickou komunitou. Takové vyjasňování se týká především vzájemného sdělování informací potřebných k účinnému doprovázení klienta. Velmi prospěšná pro vzájemnou komunikaci jsou setkání klientky-matky, OSPOD a TK přímo v komunitě. V komunitě bývá velmi důležité vysvětlit klientce stanovisko OSPOD, umět být prostředníkem komunikace a nepodporovat komunikační boje mezi klientkou a OSPOD. Klientky často až v komunitě zjišťují, že se jim pracovník OSPOD skutečně snažil pomoci a že v situaci, kdy se o své dítě stará a svou situaci již lépe řeší, daří se i spolupráce s OSPOD bez potíží.

PRÁVNÍ OPATŘENÍ

Otázka právních opatření, která lze provést, je široká. Před nástupem rodiče s dítětem do terapeutické komunity může být rodina sledována, což může vyústit až v soudní dohled, eventuálně v podání předběžného opatření na umístění dítěte do zařízení či svěření do péče jiné osoby.

V případě svěření dítěte do péče dětského centra OSPOD s matkou dále pracuje. V ideálním případě je matka zařazena na svoji žádost do pořadníku do TK, odejde na detox a po určité adaptační fázi v komunitě nebo ihned po detoxu je dítě na propustku umístěno k matce. OSPOD uděluje souhlas s pobytem dítěte mimo zařízení cca po jednom měsíci. Po celou dobu je ale dítě právně svěřeno dětskému centru, což lze chápat jako pojistku bezpečnosti dítěte pro případ, že by matka selhala.

Ve chvíli, kdy se blíží odchod klientky z komunity, je OSPOD nucen spolu s klientkou řešit, zda dítě, které bylo z péče odebráno a bylo v komunitě na propustku, může být vráceno do matčiny péče ihned po ukončení léčby v komunitě, nebo až po nějakém čase, kdy se matka osvědčí mimo komunitu. V praxi obvykle, pokud matka pobyt úspěšně dokončí, nastoupí s dítětem do doléčovacího centra a vše pokračuje ve stejném sledu.

Když se vše daří, podává OSPOD návrh na svěřeni dítěte zpět do péče matky s tím, že je většinou nařízen soudní dohled nad výchovou dítěte a OSPOD doprovází své klienty i nadále.

SPOLUPRÁCE OSPOD A TKK BĚHEM POBYTU V KOMUNITĚ

Když je matka s dítětem v komunitě, nastává pro OSPOD „pohoda“. OSPOD dítě a matku v komunitě navštěvuje, vyžaduje písemné zprávy. Po celou dobu je ale třeba připravovat se společně s matkou a s komunitou na to, co bude následovat, až matka léčbu úspěšně dokončí. Zvažují se další perspektivy a rizika s tím spojená. OSPOD ve spolupráci s matkou a TK vytváří individuální plán ochrany dítěte, který v sobě zahrnuje další postup a plán řešení situace dítěte s matkou. Pro vzájemnou spolupráci je výhodný respekt k práci druhého a nezasahování do jeho postupů.

Naopak TK má pochopitelně nejvíce práce v průběhu pobytu klientky ve svém zařízení. Pro komunitu je během pobytu důležité být v pravidelném kontaktu s OSPOD a podávat jeho pracovníkům pravdivé a přiměřené informace o průběhu léčby klientky s dítětem. Podávání informací ovšem zároveň nesmí porušovat pravidlo mlčenlivosti o klientce a o citlivých informacích, které v komunitě sdělí v průběhu terapie. Významné jsou právě již výše zmíněné návštěvy pracovníka OSPOD v komunitě.

SPOLUPRÁCE S RODINOU BĚHEM POBYTU V KOMUNITĚ

Velmi významná je i spolupráce s rodinou klientky. Rodiče nebo jiní rodinní příslušníci, kteří se angažovali v péči o malé dítě, stojí o kontakt s klientkou i nadále a komunita jim umožňuje po dvou měsících od nástupu pravidelné jednodenní návštěvy klientky a dítěte. Návštěvy jsou umožněny až po určité době, aby klientka a dítě měly prostor navázat nebo obnovit vzájemný vztah. V druhé polovině léčby pak nabízíme rodině i několikadenní návštěvy v komunitě. Při těchto návštěvách se TK snaží podporovat přiměřené vztahy v rodině, nastavení přiměřené materiální podpory pro klientku (aby z rodičů nebyla jen snadno dostupná „peněženka“). Důležité bývá i vyjasnění si rolí směrem k malému dítěti; kdo nyní skutečně zastává a měl by zastávat roli matky a kdo prarodiče. Pokud je v rodině i u dalšího rodinného příslušníka problém se závislostí na drogách nebo alkoholu, musí před návštěvou v komunitě doložit testy prokazující abstinenci.

V některých situacích se stává, že rodina s komunitou přestává spolupracovat i přesto, že z počátku vypadala spolupráce bezproblémově. Důvodem může být to, že klientka se mění, chce změnit i vztahy s rodinou, chce například větší samostatnost, nechce se vrátit do původního rodinného uspořádání. Dalším důvodem bývá, že klientka chce pokračovat v doléčování v místě vzdáleném od bydliště rodiny.

PŘEDČASNÝ ODCHOD KLIENTKY Z TK

Některé klientky však mohou léčbu ukončit předčasně, a to z různých důvodů. Někdy může hrát roli rodina, která je ochotna kdykoliv vzít klientku „zpět“, a dokončení léčby pak pro ni není prioritou. Pokud chce klientka odejít z TK a nemá dítě v péči, vyvíjí na ni komunita tlak, aby OSPOD sama informovala a vytvořila i ve spolupráci s ním plán dalšího postupu. Komunita také sama kontaktuje OSPOD, aby vyjasnila informace o odchodu

klientky – zda selhala v péči o dítě či v abstinenci nebo „jen“ nebyla schopna dodržovat pravidla léčby.

OSPOD je nucen analyzovat situaci, vytvořit další plán případné spolupráce s dalšími zařízeními, snaží se dál motivovat matku a podpořit ji.

PŘÍKLADY Z PRAXE OSPOD

I. Justýna – dvě děti v péči matky (oba rodiče bývalí dlouholetí uživatelé v době před založením rodiny), otec na OSPOD sděluje, že matka opět obnovuje svou závislost a často pobývá s partou podobných kamarádů: v té době děti stále u matky, jsou svědky krádeží, fyzického násilí na matce, otec momentálně v pořádku, OSPOD nabízí matce pomoc, matka nespolupracuje – děti svěřeny do o péče otce – poté se OSPOD snaží o kontakt s matkou – matka se během roku a půl podrobuje ambulantní léčbě, nachází nového partnera – za pomoci OSPOD jsou děti svěřeny do střídavé péče rodičů, uložen dohled, kontakt s rodinou je častější. Po roce a půl střídavé péče začíná selhávat otec, děti vidí jeho nervozitu a třas, je výbušný, děti viděly jehly i drogu, otce doma navštěvuje dealer – matka upozorňuje OSPOD. Práce s oběma rodiči, otec odmítá přiznat svůj stav, ale pod nátlakem OSPOD se vše upravuje, aniž by otec přiznal, jak na tom je, OSPOD to po něm v podstatě nechce, ale tlumočí mu názor a obavy dětí. Dětem je dnes 13 a 9 let – cíl zachovat dětem výchovné prostředí u obou rodičů, děti mají oba rodiče rády, chtějí být s oběma – pro OSPOD to znamená časté sledování, otevřenou pravdivou komunikaci s dětmi i rodiči.

II. Hana – na OSPOD se dostává, když žádá o svěření syna do své péče, soud jí dítě svěří. Po nějakém čase přichází na OSPOD babička ze strany otce dítěte s tím, že matka je uživatelkou drog, stejně jako otec dítěte, její syn. OSPOD spolupracuje s matkou, snaží se získat její důvěru, lžou matka i otec i oba prarodiče. Po nějaké době OSPOD zvažuje razantní řešení situace dítěte a pravdivě o tom matku informuje, na nátlak OSPOD matka navazuje spolupráci s kontaktním centrem a za pár měsíců nastupuje na detox a následně na Karlov, nyní v doléčovací centru a OSPOD opět plánuje kroky další spolupráce a „dozorů“. Otec stále aktivním uživatelem, s OSPOD nespolupracuje, babička z otcovy strany se snaží matku pošpinit...

III. Alena – matka z neúplné rodiny, sama jako dítě v péči OSPOD (záškoláctví, krádeže, lehké drogy). Porodila v 18 letech, dítě odebráno v jednom měsíci po narození pro neprosopivání, zjištění drogové závislosti u matky a celkově nevyhovující podmínky. Snaha o intenzivní spolupráci s rodiči, rodiče v jsou v poměru druh-družka, otec v minulosti ve výkonu trestu, prezentuje se jako vyléčený alkoholik. OSPOD s rodiči v častém kontaktu, navázání spolupráce je problematické, po více než půl roce matka nastupuje na detox a následně na Karlov, dítě svěřeno do péče dětského centra, propuštěno na propustku za matkou do komunity. Zprávy z komunity – matka zatím zvládá, o dítě se učí starat. Perspektiva nejasná.

Mgr. Michaela Baslerová

Je vedoucí odboru sociálních věcí Městského úřadu Písek.

e-mail: michaela.baslerova@mupisek.cz

Mgr. Jana Putnová

Pracuje v Terapeutické komunitě Karlov SANANIM.

e-mail: putnova@sananim.cz

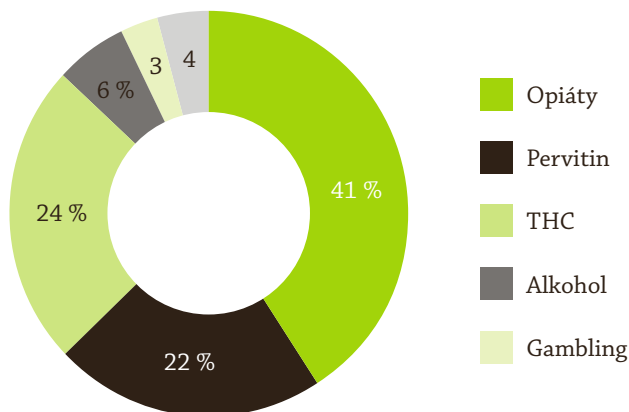
Možnosti využití rodinné terapie v rámci adiktologické ambulance

Alexandra Roubalová, Ondřej Počarovský

Občanské sdružení Prev-Centrum – ambulantní léčba je nestátní zdravotnické zařízení zabývající se ambulantní léčbou závislostí a má mimo jiné statut adiktologické ambulance. Jednou ze služeb, kterou program ambulantní léčby nabízí, je rodinná terapie pro uživatele návykových látek a jejich rodiny. V tomto příspěvku nabízíme náš pohled na užívání návykových látek v kontextu vývoje rodinného systému a popisujeme některé hypotézy o funkcích návykových látek, případně jiného závislostního chování v separačním procesu adolescenta v rodině.

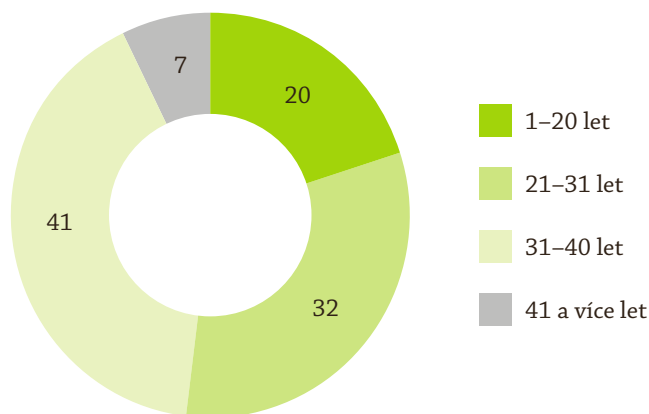
Cílovou skupinu ambulantního programu tvoří uživatelé nelegálních i legálních návykových látek širokého věkového spektra. Procentuálně vyjádřeno tvoří zhruba 40 % identifikovaných klientů ambulantního programu osoby s primární drogou opiáty (heroin, nelegálně užívaný buprenorfin) – což jsou většinou klienti v substituční léčbě zařazení do psychosociální složky substitučního programu. Pětinu identifikovaných klientů tvoří osoby zneužívající pervitin a cca čtvrtina z celku jsou uživatelé konopných drog. Zbývající část klientely jsou osoby zneužívající jiné typy návykových látek (alkohol, medikamenty), případně osoby s nelátkovými závislostmi (gambling) – viz graf 1.

Graf 1: Klienti programu ambulantní léčby o. s. Prev-Centrum podle primární drogy v r. 2013



Do rodinné terapie obvykle vstupují klienti zneužívající konopné drogy, pervitin, případně alkohol. Z hlediska věku identifikovaného klienta využívají rodinnou terapii více rodiny s adolescenty ve věku do 20 let.

Graf 2: Věk ID klientů programu ambulantní léčby o. s. Prev-Centrum v r. 2012



Indikační kritéria pro rodinnou terapii v o. s. Prev-Centrum – ambulantní léčba jsou zejména věk identifikovaného klienta (nezletilý nebo velmi mladý klient žijící v primární rodině), fáze užívání návykové látky a její typ (experimenty a rekreační užívání, konopné drogy, pervitin, alkohol), motivace a dostupnost rodiny pro spolupráci (motivace alespoň jednoho z rodičů ke změně). Mezi další kritéria patří obecná indikační kritéria pro ambulantní léčbu (schopnost dodržovat pravidla a kontrakt – např. docházet v domluvené sestavě a v domluvený čas na konzultace, rozumové schopnosti atp.).

VÝCHODISKA NAŠÍ PRÁCE

TEORIE SYSTÉMŮ

Problém, s nímž rodina přichází, vnímáme jako poruchu celého systému, nikoli jednotlivce. Zorné pole problematiky užívání návykových látek se tak rozšiřuje z jednotlivce na celý systém – rodinu. Klientem je pro nás rodina, nikoli pouze identifikovaný klient; každý člen rodiny je při spolupráci stejně důležitý – rodiče, stejně jako malý sourozenec identifikovaného klienta.

TEORIE VÝVOJE RODINY A TEORIE SEPARACE DÍTĚTE Z PŮVODNÍ RODINY PODLE V. CHVÁLY A L. TRAPKOVÉ (TRAPKOVÁ, CHVÁLA, 2004)

Dle tohoto konceptu může být objevení symptomu signálem stagnace vývoje rodiny. Teorie Chvály a Trapkové byla vypracována na specifické populaci zejména dospívajících dívek s poruchami příjmu potravy, autoři definovali funkcionalitu symptomů poruch příjmu potravy v kontextu separace a vývojových fází rodinného systému. Jedná se o teoretický

koncept podpořený klinickou praxí. V naší praxi analogicky přistupujeme k interpretaci funkcionality jednotlivých typů návykových látek ve vývoji rodinného systému.

ZKUŠENOST Z PRÁCE S RODINAMI V O. S. PREV-CENTRUM – AMBULANTNÍ LÉČBA V LETECH 1999–2013

Od roku 1999 pracujeme na půdě naší ambulance s populací dospívajících, kteří zneužívají návykové látky. Věkové složení cílové skupiny, využívající služby rodinné terapie, je obdobné jako u cílové skupiny ve zmiňované studii Chvály a Trapkové. Pokusili jsme se o hledání analogií mezi symptomy v rodinách s poruchami příjmu potravy a v rodinách se symptomy užívání návykových látek – tzn. hledání analogií funkcí symptomů poruch příjmu potravy a zneužívání návykových látek v separačním procesu dospívajících.

TEORIE SOCIÁLNÍ DĚLOHY A SOCIÁLNÍHO PORODU

Přístup v práci s rodinou je v našem případě ovlivněn teorií sociální dělohy (Trapková, Chvála, 2004). Sociální děloha se používá jako metafora vývoje dítěte v rodině, který má tři fáze podobně jako prenatální vývoj jedince a je zakončen tzv. sociálním porodem, který je de facto osamostatněním dítěte a jeho separací od původní rodiny.

V průběhu vývoje dítěte k naplnění svých potřeb osciluje v blízkosti mezi matkou a otcem (mateřskou a otcovskou figurou), tzn. v některých vývojových obdobích dítě více čerpá z kontaktu s matkou (doba po porodu, na prahu puberty), jindy je pro dítě podstatnější z vývojového hlediska kontakt a blízkost s otcem (období počátku školní docházky, adolescence). Otec, matka i dítě naplňují v těchto obdobích specifické vývojové úkoly, pro jejichž úspěšné zvládnutí je třeba souhra všech tří osob, tzn. v době, kdy dítě čerpá z vývojové blízkosti s matkou, je důležité, aby otec umožnil toto přiblížení, a naopak. Prostřednictvím sblížení s matkou dítě poznává ženský svět, svět vnitřní (forum internum), učí se citovosti a naslouchání, u dívek dochází k předávání ženských kvalit matkou. Chlapci se seznamují s ženským světem (a poznávají ženský princip v sobě), z čehož čerpají základní zkušenosti pro pozdější dospělé vztahy s ženami.

Prostřednictvím sblížení s otcem se dítě „otuzuje“, připravuje se na to, aby mohlo čelit nárokům vnějšího světa (forum externum), poznává vnější chronologický čas, strukturu, kontakt s mimorodinným světem. Pro dívky je klíčová role otce, který blízkostí s dospívající dcerou může zprostředkovat v bezpečném vztahovém prostředí základní zkušenost pro pozdější vztahy s muži.

Ve třetí fázi vývoje v „sociální děloze“, tzn. v závěrečném období separace dítěte z původní rodiny (období od puberty do dospělosti dítěte) je podstatné, aby kontinuálně mělo dítě možnost nejprve se přiblížit matce (počátek puberty) a po naplnění vývojových potřeb se od ní odpoutat a přiblížit se k otci (adolescence), tak aby opět po naplnění vývojových potřeb mohlo dojít k finální separaci dítěte z rodiny.

V tomto náročném vývojovém období rodiny dochází často k uviznutí ve vývoji a objevují se nejrůznější symptomy, kterých si všímáme i v praxi rodinné terapie – např. dítě zneužívá návykové látky, má nejrůznější poruchy chování, poruchy příjmu potravy, psychosomatické potíže, jiné psychické potíže apod.

V průběhu práce s rodinami v o. s. Prev-Centrum – ambulantní léčba mezi lety 1999 až 2013 jsme si postupně všímali opakujících se vztahových vzorců v rodinách, kde se objevily jednotlivé typy návykových látek nebo specifické formy rizikového chování.

UŽÍVÁNÍ KONOPNÝCH DROG (THC) V SEPARAČNÍM PROCESU – HYPOTÉZY

- **THC symbolizuje ženský princip (THC – MATKA).**
- **Užívání konopných drog má funkci sycení místo matky** (nahrazuje bezpodmínečné, bezpečné přijetí matkou) – ze somatických příznaků můžeme pozorovat zvýšenou chuť k jídlu a zvýšení příjmu potravy, potřebu „nasytit se“.
- **Užívání konopných drog umožňuje zaměřit se na vnitřní svět forum internum;** chlapce užívání THC feminizuje, seznamuje s ženským principem (matkou), THC také tlumí agresi (mužský princip).
- **Během užívání THC je popisováno jiné vnímání času,** které se blíží charakterem času kairos, tzn. času zrání, času vnitřního světa (ženský princip).
- **Konopné drogy tlumí konflikty, agresi** – jejich užívání tedy zabraňuje konfliktům s rodiči, resp. konflikty oddaluje a vzniká dojem, že je vše v pořádku. Často může jít o rodiny, kde jsou konflikty zapovězeny.
- **Konopné drogy zajišťují distanci od otce.** Otcové obvykle projevy užívání THC u synů obtížně snášejí, pravděpodobně z důvodu jejich „feminizace“.
- **Konopné drogy udržují uživatele v „bezpečném lůně matky“;** neumožňují postup dále v procesu separace, dochází k regresi (uživatel konopných drog de facto zůstává malým dítětem, resp. dítětem v prepubertě).

V případě, kdy matka nechce nebo nemůže dítě uvolnit ze své blízkosti a umožnit mu cestu do mužského světa, často postupuje matka (ale někdy i celá rodina) na nižší vývojovou úroveň vztahování se k dítěti. V komunikaci s dítětem pak můžeme sledovat frekventované zdrobněliny, péči o dítě a jeho obsluhu neodpovídající biologickému věku dítěte, snížení nároků na dítě atp. V případě chlapců vzniká v rodině obraz „líného Honzy na peci“ – rodiče často svědčí o tom, že jejich dospívající potomek celý den leží v peřinách a tráví čas nic neděláním.

UŽÍVÁNÍ PERVITINU V SEPARAČNÍM PROCESU – HYPOTÉZY

- **Symptomy užívání pervitinu jsou podobné** symptomům mentální anorexie – u dívek sledujeme hubnutí, zaměření na výkon, zrychlení tempa, potlačení ženských sekundárních pohlavních znaků, potlačení ženskosti (chlapecké rysy).
- **Pervitin zprostředkuje proniknutí do světa vnějšího.** Pervitin symbolizuje mužský princip, zneklidňuje, tím umožňuje dítěti vymezit se vůči matce a posunout

se směrem do světa otce – mužského světa; pervitin dále pomáhá snižovat úzkost ze sociálního kontaktu, dodává odvahy.

- **Pervitin zprostředkuje separaci od matky tím, že se člověk stává agresivním a umožňuje konflikty s matkou, které by jinak nebyly možné** (v rodinách, kde schází energie ke konfliktu a posunu ve vývoji do další vývojové fáze rodiny).
- **Potřeba vyhovět nárokům rodičů** – u uživatelů pervitinu se často setkáváme s náročnými a ambiciózními rodiči: rodiče mají od dcer vysoká očekávání, nárokují po nich značné výkony, jsou nedostatečně přijímající, u klientek vzniká dojem, že musí být dokonalé, aby získaly ocenění a přijetí.
- **Pervitin zneklidňuje vnitřní život existencí mimorodinného světa, otevírá novým podnětům:** „Od příchodu na svět chlapci žijí šťastně v matčině světě a je přirozené, že otcův svět jim připadá nebezpečný, nejistý a plný nepředvídatelných událostí“ (Bly, 2005).

UŽÍVÁNÍ OPIÁTŮ V SEPARAČNÍM PROCESU – HYPOTÉZY

- **Projevy chování klientů užívajících opiáty se zdají podobné jako projevy klientek s mentální bulimií** (craving se vzrůstajícím napětím, který poleví s požitím jídla resp. drogy, tabuizování, zvracení, utajování, ritualizování atp.).
- **Zatímco užívání pervitinu můžeme vnímat jako pokus o posun vpřed v separačním procesu (na cestě do mužského světa), užívání heroinu (opioidů) jako by bylo opět regrese v situaci, kdy se přiblížení k otci nedaří**, a spočinutí v nirváně mateřského lůna.
- **Opiáty přinášejí úlevu od napětí z přibližování se k nedostupnému otci (platí i pro zneužívání alkoholu, gambling, medikamenty)** – rezignace na přiblížení se k otci, na vstup do mužského světa únikem do světa fantazií, idealizací.
- **Otec vyžaduje zralý a dospělý přístup, ale syn ho ještě není schopen, selhává a utíká se k heroinu** (začarovaný kruh, čím hůř, tím hůř, heroin může být sycícím elementem). „Pro každého otce je obtížné přijmout syna, který neumí dodržet slib, je nedůsledný a selhává, má-li podstoupit nějaké nepohodlí – problém i pro zdatné otce.“ (Bly, 2005).
- Podobně jako u mentální bulimie je v poslední fázi separačního procesu užívání návykových látek symptomem, který může mít pro rodinu **stabilizační charakter – tzn. „toxikoman jako zachránce rodiny“**. Analogický efekt sledujeme u alkoholu, medikamentů, gamblingu.
- **Rozdíl od mentální bulimie:** při užívání opiátů dochází k rozvoji psychické, fyzické a sociální závislosti a není možné spoléhat pouze na intervenci v rámci rodinné terapie vzhledem k povaze onemocnění.

ZÁVĚR

Hypotézy jsou nabídkou pro rozšíření zorného pole uvažování o rodinách, kde se objevují symptomy užívání návykových látek nebo jiného závislostního chování. Analogie poruch příjmu potravy a užívání návykových látek v podobě symptomů rodinných systémů je hypotéza ověřená praxí, ale neklade si za cíl být jediná správná a možná. Tato analogie se nám zdá být funkční spíše v počátečních fázích užívání návykové látky, tzn. před tím, než dojde k rozvoji závislosti.

Užívání návykových látek považujeme pouze za jeden z možných symptomů v rámci kontextu separačního procesu. Mohou se vyskytnout jiné symptomy s podobnou funkcí: poruchy nálady, poruchy chování, poruchy sexuality, sociální fobie, jiné závislostní a nutkavé chování, psychosomatické symptomy atp.

Přes řadu analogií v rodinném kontextu u poruch příjmu potravy a závislosti jsme si vědomi zásadních rozdílů mezi oběma onemocněními. Jedním z nich je skutečnost, že fyzická i sociální devastace postupuje mnohem rychleji a bývá závažnější u klientů závislých na návykových látkách a také dopad užívání drog na vztahy s blízkými bývá zhoubnější. U mentální bulimie nevzniká fyzická závislost a sociální závislost, proto je možné se od samého počátku spolupráce věnovat primárním příčinám vzniku onemocnění a rodinnému kontextu. U závislosti je často nutné v první řadě řešit sadu problematických a neodkladných zdravotních, sociálních a trestně právních problémů. Teprve když se tyto podaří zaléčit, stabilizovat a upravit, je možné začít pracovat s rodinným kontextem v rámci rodinné terapie.

Literatura

- Trapková, L., Chvála, V.: *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál, 2004.
Trapková, L., Chvála, V.: *Rodinná terapie a teorie jin-jangu*. Praha: Portál, 2008.
Bly, R. : *Železný Jan*. Praha: Argo, 2005.

Mgr. Alexandra Roubalová a Mgr. Ondřej Počarovský

Pracují v o. s. *Prev-Centrum – ambulantní léčba*.
e-mail: poradna@prevcentrum.cz, ondrej.pocarovsky@prevcentrum.cz

Investujeme pro budoucnost.



**ČESKÁ
SPORITELNA**
Jsme Vám blíž.

Jsme všude tam, kde se sny a přání mění v realitu. Jsme silná a konkurenceschopná banka. Jsme také spolehlivý, otevřený, vnímavý a vstřícný partner společnosti, ve které působíme. Společenská zodpovědnost se prolíná všemi oblastmi našeho podnikání v obchodních vztazích i ve vztazích k zaměstnancům. Navíc ve spolupráci s řadou neziskových charitativních společností a sdružení máme tu čest již celá léta podporovat projekty, které přinášejí do životů lidí i přírody naději. Podporujeme seniory a jejich aktivní začlenění do společnosti, spolupracujeme s organizacemi, které se věnují drogové problematice. Intenzivně podporujeme vzdělávací projekty a velký důraz klademe na udržitelný rozvoj a ochranu životního prostředí. Investice do těchto oblastí jsou investicí pro budoucnost nás všech.

„Užívání drog jedním nebo více členy rodiny vždy rodinu zasahuje a ohrožuje její integritu jako celku i jejích jednotlivých členů, často aniž si to zúčastnění plně uvědomují. Zneužívaná látka se postupně stává prvkem rodinného systému a zaujímá v něm určitý prostor, může mít různé role a pro různé členy v rámci systému má větší či menší význam. Rodina ostatně ovlivňuje užívání návykových látek ještě před tím, než se s nimi mladý člověk setká, především tím, že spoluvytváří postoje svých členů k návykovým látkám a zvyšuje nebo snižuje odolnost svých členů vůči nim. Ve fázi problémového užívání nebo závislosti může být rodinné prostředí důležitým faktorem udržujícím patologickou homeostazi prostřednictvím hyperprotektivních postojů.“

Štěpánka Čtrnáctá: Kdo je klient? Rodina, uživatel, nebo jeho blízcí?

Neprodejné

ISBN 978-80-904536-5-4

