



Jednotný programový dokument pro Cíl 3 regionu hl.m. Prahy

Rozvoj celoživotního učení

Rozvoj vzdělávání a odborné přípravy

Projekt „Protidrogová prevence v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost a protidrogová prevence v základním a středním školství“ je spolufinancován z EU, Evropského sociálního fondu, státního rozpočtu ČR a rozpočtu Magistrátu hl. města Prahy.

**CZ.04.3.07/3.2.01.3/3197**

# Protidrogová intervence pro praktické lékaře, pro děti a mládež

PhDr. Magdalena Frouzová [magdalena.frouzova@cmail.cz](mailto:magdalena.frouzova@cmail.cz)

Tel. 224 235 597, 602 642 616

# ÚVOD

Oblast drog ovlivňuje psychiku jednotlivců či skupin tak odlišně a často neočekávaně, že je třeba se učit jiným, v běžné medicíně nezvyklým reakcím. Ty se týkají hlavně následujících jevů:

- a) přítomnost nezvykle silných **obraných mechanismů** vůči terapeutické intervenci
- b) určitého specifického postoje a **chování lékaře**
- c) **krátké protidrogové intervence**
- d) **krizové intervence souvisící s drogou**
- e) **práce s rodinou**

Praktický lékař pro děti a mládež není svým základním vzděláním zpravidla pro situaci zvládnání problémů s drogami ve své ordinaci dostatečně vybaven. Doufáme, že tato učebnice pomůže tento deficit poněkud zmenšit.

## Kapitola I. Diagnostika Problém s drogami a dotazování se na jejich užívání

V případě, že před námi v ordinaci stojí jedinec, měli bychom si nejprve uvědomit obecné rizikové faktory pro abúzus alkoholu a drog a zeptat se sami sebe, zda jde v tomto smyslu o jedince rizikového:

- V jeho **rodině** se objevuje abúzus alkoholu či drog
- Jeho **přátelé** užívají drogy
- Čím dříve **jedinec poprvé užil** cigaretu, alkohol či drogu, tím vyšší pravděpodobnost dalšího užívání
- Přítomnost **poruch chování**
- Jedinec pochází z **dysfunkční rodiny**
- V nejbližším okolí jedince **je vysoká tolerance odchylného či antisociálního chování**
- Jiné problémy chování (sexuální aktivity, poruchy příjmu potravy ...)
- Nízká úcta k sociálním institucím či **autoritám** u něho či obecně v jeho rodině (např. úroveň spolupráce rodičů s lékařem v minulosti)

V případě, že se u jedince vyskytují některé z těchto rizikových faktorů, měli bychom na možný problém s drogami myslet a být obezřetnější. Při **základním vyšetření** z hlediska užívání drog můžeme zjistit následující situaci:

- jedinec drogy vůbec **neužívá**
- jedinec drogu požil pouze **jednorázově**
- **experimentální** braní drog - jedinec s drogami experimentuje, nemá s užitím drogy žádné větší problémy, v motivaci převažuje zvědavost
- **problémové** užívání drogy – jedincovo užívání provází problémy, např. řízení vozidla, agresivní chování, absence ve škole apod.

- **závislost** na drogách - jedinec již vykazuje problémy v souvislosti s drogou a přesto se v jeho chování užívání drog stále více objevuje. **V Mezinárodní klasifikaci nemocí ICD 10** se popisuje syndrom závislosti jako soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů, který se vyvíjí po opakovaném užití látky a který typicky zahrnuje následující projevy:

- *silné přání užít drogu, nutková potřeba*
- *porušené ovládnání při jejím užívání, ztráta volní kontroly*
- *přetrvávající užívání i přes škodlivé následky, neschopnost odpoutat se navzdory tělesným i duševním komplikacím*
- *priorizace drogy před všemi ostatními aktivitami a závazky, převažující orientace na životní styl s drogou, její shánění a zotavování se z jejího účinku*
- *zvýšená/snížená tolerance*
- *odvykací stav při nedostatku či vysazení drogy*

K diagnostikování syndromu závislosti je přítom zapotřebí přítomnosti minimálně tří z uvedených kritérií. Tento syndrom přitom může být:

- pro specifickou látku,
- pro třídu látek nebo
- pro širší spektrum farmakologicky odlišných psychoaktivních substancí.

Rozeznáváme **závislost fyzickou** (můžeme při odnětí pozorovat abstinenční syndrom s opačnými projevy než je účinek drog), **psychickou** (jedinec si nedokáže představit, že by mohl bez drogy fungovat) a **sociální** (jde o návyk na životní styl typický pro určitou subkulturu a skupinu, závislost na určitém sociálním milieu, v kterém drogu obvykle užívá a odmítá tyto prostory přestat navštěvovat).

**V americkém manuálu DSM IV** se závislost na návykových látkách se popisuje jako maladaptivní model užívání návykové látky, prokázaný výskytem **minimálně tří** z následujících příznaků během jednoho **dvanáctiměsíčního období**.

- *Tolerance, projevující se jedním z následujících ukazů:*
- *Potřeba nápadně zvýšených dávek k dosažení intoxikace nebo žádaného účinku*
- *Nápadně snížený účinek při užívání stejného množství návykové látky*
- *Příznaky z odnětí drogy, projevující se jedním z následujících ukazů:*
- *Abstinenční příznaky typické pro danou návykovou látku*
- *Užití stejné nebo velmi podobné látky pro potlačení nebo prevenci abstinenčních příznaků*
- *Návyková látka je často užita ve větším množství, než bylo zamýšleno*
- *Je přítomna trvalá touha nebo neúspěšná snaha o snížení nebo kontrolu užívání*
- *Mnoho času je stráveno při aktivitách nutných k získání nebo užívání návykové látky nebo ke vzpamatování se z jejich účinků*
- *Důležité společenské, profesní nebo rekreační aktivity nejsou vůbec provozovány nebo jsou omezeny kvůli užívání návykové látky*

- *Užívání návykové látky nepřestává, přestože je známa existence trvalých nebo vracejících se fyzických či psychologických problémů, pravděpodobně působených nebo eskalovaných užitou návykovou látkou*

Pro **přiměřenou indikaci** je přitom důležité zhodnotit:

1. zdravotní stav a případné somatické komplikace
2. doprovodné psychologické a psychopatologické problémy
3. stupeň motivace a potřebu podpory
4. intenzitu příznaků závislosti - potenciál pro relaps, výskyt abstinčních příznaků a schopnost je zvládat
5. nejbližší vztahy - rodina, partner
6. sociální prostředí klienta (přátelé a skupiny, v nichž se klient nejčastěji pohybuje).

Z výše uvedených charakteristik vyplývá, že jde o složitý fenomén a vedle somatického a toxikologického vyšetření je třeba zjistit co nejvíce informací o pro-drogovém chování jak od samotného jedince, tak i od bližních pacienta.

V rámci rutinního vyšetření bychom měli položit otázky, které jsou ve dvou screeningových dotaznících R.A.F.F.T. a CRAFFT, a nejlépe uděláme, když je vmísíme mezi další vyšetřovací otázky; získáme tak od pacienta věrohodnější odpověď, když si hned neuvědomí, na co se to vlastně ptáme. Tyto dotazníky lze ovšem také použít screeningově u celých skupin, či se na ně prostě dotázat v rámci vyplňování dalších dotazníků. Obsahem dotazníků jsou následující otázky:

#### **R.A.F.F.T – (relax, alone, friends, family, trouble)**

- Užil jsi někdy drogu či alkohol, aby ses uvolnil?
- Užíváš drogu sám ?
- Užívají tví nejbližší přátelé drogy?
- Má někdo z rodiny problém s užíváním alkoholu, nadužíváním léků či drog?
- Měl jsi někdy v souvislosti s užitím alkoholu nebo drog nějaký problém ?

#### **C.R.A.F.F.T – (car, relax, alone, friends, family, trouble)**

U tohoto dotazníku se je přidána otázka týkající se auta (C=car), zda v době užití drogy řídil vozidlo. Právě probíhá validizace dotazníku na českou populaci i s překladem, který se může od tohoto popisu lišit (např. otázka týkající se přátel může znít – byl někdo z tvých blízkých či přátel znepokojen tvým užitím drogy? )

#### **Z hlediska celkového zhodnocení případu nás zajímají tedy 4 oblasti:**

1. jak si vede pacient sám
2. jak si vede pacient s pomocí druhých
3. jaký má problém s drogou
4. jakou a jak velkou má motivaci ke změně svého pro-drogového chování

### ***ad 1) – Pacient jako jedinec***

Informace týkající se duševního stavu vzhledem k naší problematice získáváme hlavně pozorováním jeho celkového vzhledu (toxikomanická subkultura), jeho motoriky, mimiky (bývá změněna kvantitativně i kvalitativně), všímáme si neadekvátní nálady a afektivity. V případě, že je orientace osobou, místem a časem narušena, nemusí jít jenom o stav pod vlivem drogy, ale o abstinenční syndrom, který má obvykle opačné projevy než samotná droga. Často zjišťujeme poruchy koncentrace, a zvláštnosti v řeči. Mluva obsahuje často znejasňování odpovědí a mlžení, únik od problémového tématu. Můžeme slyšet specifické názvy pro drogy a věci braní drog provázející, které pacient vyjadřuje velmi zběžně a je vidět že je s nimi důvěrně obeznámen. V jeho řeči dochází k postupné redukci bohatosti výrazu (často používá slova jako nikdo, všechno, na nic, super, nikdy, vždycky, absolutně, v podstatě, v zásadě, vlastně apod.), pacient užívá velmi často verbální tiky (ehmm ...) např. v podobě kompulsivně opakovaných slov (vole, jako, jasně, asi ..). V pacientově percepci nacházíme egocentrismus, vztahovačnost, pocity výlučnosti své skupiny s častým vyjadřováním opovržení každodenností běžného života ostatních lidí, depersonalizace. Jsme také vnímaví k náhlým projevům neochoty s námi mluvit, jakmile se této záležitosti dotkneme, na druhé straně ale se setkáváme s vášnivostí, provázející obhajování „svobod, práv jedince a tolerance.“

**Otázky z osobní anamnézy** které nás mohou vést k pro-drogovému chování pacienta, by se měly týkat hlavně následujících témat:

- do jaké míry v rodinné atmosféře je věnována **pozornost dítěti**, oba extrémní (hyperprotektivita x zanedbávání) jsou nebezpečnými faktory
- pátráme po významných, **důležitých okamžicích v životě včetně traumat**, zajímá nás, zda jsou tyto zážitky dostatečně včleněny a harmonizovány v osobnosti
- jeho **postoj ke škole a k učení**, problémy, absence, jeho další mimoškolní zájmy – vše toto u člověka zajímavějšího se stále více o drogy je čím dál problémovější
- zajímá nás, jaké má **kamarády**, jaký je jejich postoj k drogám – zde platí, že častý kontakt a přátelství s uživateli či závislými na drogách obvykle vedou taktéž k problémům s drogami
- **poruchy chování** jsou obvykle velmi závažným faktorem, měli bychom věnovat zvláštní pozornost hyperkinetickým dětem, u kterých se s drogami setkáváme častěji

Všímáme si **rizikového chování**, postoje k němu a ptáme se na rizikové chování u bližních, případně jaké, ověřujeme i přítomnost inklinace k extrémním zážitkům, např. adrenalinové sporty, ale i nevšední častost rizikových povolání. Všímáme si přítomnosti nehod v rodině, depresí a suicidií, tedy problémů v self-managementu.

K vyšetřujícímu rozhovoru patří zjišťování i **duchovního stavu** pacienta:

- Zkušenost se **změněnými stavy vědomí**, týkající se pocitu duchovního procitnutí či zvl. vidění, zkušenost s vrcholovými zážitky, zážitek klinické smrti
- konkrétní kontakt s osobami které proklamují provozování nezvyklých duchovních praktik, vztah pacienta k nim a **účast na těchto praktikách**
- ptáme se, co by chtěl v životě dosáhnout, jaké **má hodnoty**

- zjišťujeme, zda kontakt s uživateli drog je u pacienta provázen **pocitem náležitosti k něčemu většímu, významnějšímu**

**ad 2) Sociální zázemí pacienta** – zjišťujeme, kdo všechno a jaký zájem mají o něho jeho bližní, jaký s nimi on sám má vztah, zda je schopen požádat o pomoc a spolupracovat s nimi v případě, že nějakou potřebuje. Zjišťujeme, zda u rodičů a prarodičů dospívajícího nedochází ke konfliktům týkající se přístupu k jeho braní drog, neboť nejednotný přístup snižuje či přímo nevědomě sabotuje efektivitu našich intervencí. Na základě očekávání, jaký druh sociální sítě by dítě či dospívající mělo okolo sebe mít a pečovat o ní, můžeme také usuzovat na závažnost problému s drogou. Podrobně zjišťujeme v tomto smyslu i vztahy s jednotlivými učiteli, případně obavy z prozrazení užívání drogy a jeho následků. Obvykle pokládáme tedy následující otázky:

- S kým **žije**, jaký s ním má nyní vztah, životní standart, jak se případně životní filosofie a standart rozvedených rodičů, jak rozdílnost vnímá
- Kdo je blízký či dobrý známý, ale pomoci nemůže, protože **o problému neví**
- Před kým se **P cíleně skrývá**, důvody?
- S kým má neuspokojivý vztah, rád by to **změnil**, zvl.s ohledem na možnou podporu a pomoc
- Od koho může obvykle co očekávat v současné době **pomoc**
- **Jaký druh pomoci** jedinec může od konkrétních lidí očekávat?
  - Vyslechnutí
  - Morální podpora
  - Teoretická pomoc s řešením problému
  - Pomoc v krizi
  - Praktická pomoc, jaká, vhodná či nevhodná (udržuje ho v závislosti?)

### **Ad 3) stupeň závažnosti problému s drogou**

Ptáme se na každou drogu zvlášť, začínáme těmi nejlehčími – čajem, kávou a nikotinem, alkoholem a pokračujeme dle jejich závažnosti.

**Dotazy na užívání** u každé drogy zvlášť:

- zda drogu užívá
- jak velkou dávku, za kolik ji kupuje
- jak často ji užívá, zda má nějaké delší přestávky, proč
- s jakými krátkodobými a dlouhodobými následky se při užívání setkává.

U braní dále zjišťujeme, jak velkou **kontrolu** má v souvislosti s **užíváním drogy**:

- užívá drogy celkově víc než by si ideálně představoval
- užívá drogy častěji, než skutečně chce
- užije více drogy při jednom použití, než jak původně zamýšlel
- má problém s drogou přestat, když už jednou začal

Na základě odpovědí (téměř nikdy, někdy, občas, téměř vždy) můžeme konstatovat, že jde o:

- **spolehlivou kontrolu**

- **nespolehlivou** kontrolu
- **trvale sníženou** kontrolu
- **ztrátu** kontroly

V případě, že jde již o dlouhodobější problémové užívání drog či dokonce závislost, zjišťujeme následující:

- **Historie a vývoj** braní drog, co ztratil, které oblasti nejvíce zasaženy
- Způsob **současného braní** a problémů s ním
- **Pokusy o změnu**, kdy kolikrát, s jakým výsledkem
- Postoj klienta k případným **úpravám životního stylu**
- Kdo z **bližních** svou dobře míněnou pomocí spíše závislost umožňuje, kdo naopak již proces pochopil, jaký postoj zaujal
- Pacientův **kontakt s odborníkem** na problematiku drog, s jakým výsledkem

**ad 4) náhled pacienta na svůj problém s drogou a motivace ke změně** svého prodrogového chování

Má-li pacient problémy s drogou, zařadíme pacienta do jednoho z následujících stupňů náhledu na svůj problém:

1. **popírá jakékoli své problémy**, je však schopen vidět, že **druzí problémy mají**; často žádá lékaře, aby jim zbytečné starosti rozmluvil či jim pomohl jinak  
*„Prosím vás, udělejte něco s mámou, aby na mne nečekala do rána, dejte jí něco na spaní“ ....*
2. **přiznává problém, ale jiný než s drogou**, je ochoten se bavit o svém problému s blíznými, nešťastnou láskou“ apod.
3. **přiznává problém s drogou, ale není ochoten přistoupit na podstatnou změnu** svého životního stylu obsahující zásadní změnu přístupu k drogám – je ochoten pouze problémové jednání trochu omezit  
*„Trochu to občas přeženu, budu si na to muset asi dát víc pozor, najedu na systém, že si dám jenom koncem týdne, ne v pracovní době“ ... apod.*
4. **přiznává potřebu zásadní změny** přístupu k droze či potřebu úplné abstinence, není však ochoten přistoupit na fenomén „nekontrolovanosti svého jednání“, **nechce spolupracovat s lékařem** – „já to musím, chci dokázat sám“
5. přiznává svou bezmocnost vůči droze, není však ochoten přistoupit na doporučenou intenzitu a formu léčby – **vždy volí nižší intenzitu, která problém neřeší, ale spíše udržuje v mezích**
6. přiznává svou bezmocnost vůči droze **a je ochoten se léčit**, přistupuje však na medicínský model, v kterém je **pasivním objektem léčebného působení**; není schopen či ochoten vyvíjet v uzdravném procesu celkové pochopení svého

stavu i životní situace, a iniciativně budovat a přizpůsobovat doporučený styl prožívání, myšlení a jednání sobě i svým bližním.

Dle toho, do jaké míry si pacient uvědomuje a je ochoten na změně pracovat, mluvíme o rozdílné kvalitě **náhledu pacienta na problém**:

- **Verbální** náhled – pacient prohlašuje, že si je vědom problému s drogou a že chce spolupracovat na změně
- **Produktivní** náhled – pacient kromě proklamací také něco ve své chování skutečně mění
- **Efektivní** náhled – pacient dosahuje změnou svého chování žádaný cíl – tedy ustoupení od problémů či úplnou abstinenci od drogy

Vzhledem k tomu, že chování v dospívání v mnoha ohledech připomíná chování jedince užívajícího drogy, je někdy velmi těžké se ve změnách týkajících se drog orientovat. Přesto na základě znalosti potřeb a povinností adolescentů můžeme zkoumat, jak se v nich jedinci užívající problémově drogy liší.

**Adolescenti mezi 12 a 18 rokem** vyvíjí individuální identitu se svými hodnotami a postoji, vytváří a učí se uspokojivé vztahy s vrstevníky obou pohlaví. Je však možné přece jenom hledat u uživatelů drog v některých faktorech týkající se adolescence rozdíl:

- **Tvoření myšlenek** - uživatel drog se hádá nepřiměřeně, jde mu více o prosazení svých argumentů než o diskusi, v které by se něco nového dozvěděl
- **Zaměření na kontrolu** – uživatel obviňování světa používá k obhájení svého prodrogového chování a pokouší se získat kontrolu nad druhými hrubými manipulacemi, neboť mu to umožňuje bránit drogy
- **Mluvení za sebe** – uživatel drog stále častěji sklouzává v takových případech do prodrogových témat
- **Dovednosti předvídat** – u uživatele drog překvapuje rafinovanost, s jakou dokáže využít situaci k bráně drog, jak ale problém pokračuje, tato dovednost se spíše mění do animosního postoje týkající se jakéhokoli plánování
- **Uvědomování si následků problémů** – u uživatelů drog překvapuje jejich neochota vůbec uvažovat o dlouhodobějším horizontu a když jsou k tomu dotlačeni, projevují nehoráznou naivitu v odhadu množství aktivit, kterých je třeba k dosažení některých cílů – pro ně nic není problém, všechno „se udělá“
- **Sebe-medikace** – uživatelé drog se velmi zajímají o změněné stavy vědomí vyvolané jakýmkoli prostředky a v jejich chování zjišťujeme, že experimentují a riskují s těmito možnostmi bez většího váhání
- **Měnění světa** – uživatelé drog obvykle zaujímá krajní postoje k němu, případně proklamuje správnost neadjustovaného chování (zbraně, drogy, násilí)
- **Otvírací drogy a chování** – problémový uživatel drog často poukazuje na pití alkoholu, kouření nikotinu či marihuany jako na tzv. normální chování
- **Konformita versus nezávislost** - uživatel drog často zdůrazňuje svá práva a potřeby, kterými může i tyranizovat okolí. Platí zde, že čím více proklamuje svou nezávislost na bližních, tím více ale od nich žádá.

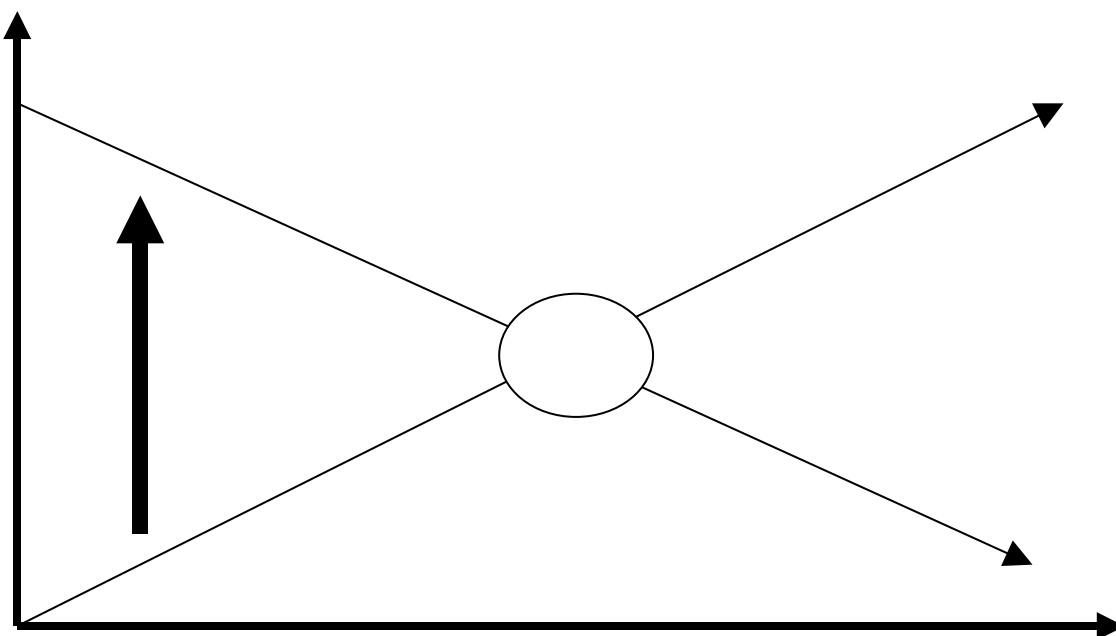


- **Variace ve vývoji** - počínající uživatel drog na první pohled působí jako jedinec zralejší než odpovídá jeho věku, jak se však jeho vztah k drogám prohlubuje, lze mluvit až o zastavení jeho osobnostního i profesionálního vývoje.

**U jedinců nad 18 let,** kteří pracují na postupné nezávislosti od rodičů a jejich fyzická, duchovní, emoční a mentální zralost je na první pohled dokládána jejich výkony studijními, profesionálními i partnerskými, lze velmi brzy poznat, že jedinec začíná užívat drogy. Navíc často takoví jedinci již své chování tolik neskrývají. Je proto velmi důležité je umět oslovit tak, aby byli ochotni o svém problému konstruktivně mluvit.

Pro diagnostiku, kdy zasáhnout, je zajímavý tzv. **Rubešův model adekvátnosti intervence**, podle kterého jde ve vývoji závislosti na drogách o nepřímou úměrnost dvou faktorů:

- růst problémů a s tím spojená možnost problém vidět
- schopnost s problémem něco konstruktivního udělat



V současné době nečekáme na tzv. průsečík těchto dvou faktorů, kdy člověk již má dostatek problémů s drogami a současně je ještě schopen s problémem něco konstruktivního dělat. V dnešní době nečekáme ani na dosažení pověstného „dna“, od kterého se dříve očekávalo, že se jedinec od něho odrazí a začne problém řešit. V rámci Rubešova modelu se spíše snažíme zvyšovat vědomí problémů souvisejících s drogou a vhodným dodáním informací týkajících se pravděpodobného zhoršování a podporovat jedince motivaci ke změně. Můžeme si pomoci tzv. pozitivní diagnózou, tj. zjišťováním těch faktorů, které nám mohou pomoci problém drog zvládnout. Jde vlastně o chování lékaře, vycházející z pozitivního myšlení:

- Snažíme se zaměřit na fenomény, na kterých můžeme zlepšení stavět – na schopnosti a ochotě pacienta a jeho příbuzných přiznat problém a pracovat na změně.

- Ty, které svědčí pro zhoršování se stavu (např. naprostá nedostatečnost motivace abstinovat), spíše zatím obcházíme.
- Podporujeme „to dobré, zdravé, efektivní“ než abychom se věnovali příliš „tomu špatnému, patologickému“ a vytýkali mu to.

Z diagnostického hlediska je důležité umět odlišit stavy, tak, abychom mohli adekvátně intervenovat.

Řídíme se **indikátory pro léčbu:**

***Praktický lékař pro děti a mládež by si měl ponechat v péči ty jedince, kteří jsou:***

- .Bez medicínských problémů
- .Motivovaní – ochotní k účasti svépomocných skupin
- .Rodinná či jiná podpora a pomoc je realizována

***Ambulantní léčba*** by měla se realizovat tam, kde:

- .je pro pacienta její dobrá dosažitelnost
- .pacient je z fungující rodiny, u které můžeme počítat s její podporou, kdy její členové jsou ochotni dělat změny ve svém chování (např. vzdát se sami drogy)
- .jedinec má stabilní výkon ve škole či v zaměstnání

***Ústavní léčba*** (můžeme volit zařízení ministerstva školství do 18ti let, po základním ošetření ať už ve školním či zdravotnickém zařízení je možné pokračovat v dlouhodobé léčbě v terapeutické komunitě) by měla být doporučena tam, kde:

- .Hrozí suicidium
- .Jde o vážný abstinenční syndrom
- .Jedinec se přestává kontrolovat
- .Má vážné medicínské nebo psychologické problémy
- .Jeho problémy s motivací a s podporou sociálního zázemí nedovolují očekávat efektivní spolupráci
- .Pacient má malé socializační dovednosti či dovednosti pro život

Efektivní intervencí může být např. i to, že tyto úvahy předkládáme rodině pacienta, aby celé záležitosti bližní více rozuměli a aby zbytečně neustupovali pozdějšímu nátlaku svého dítěte na ukončení přiměřené léčby.

Při uvažování nad druhem intervence a jejího zaměření je důležité, abychom **se sladili se stadiem změny a úrovně pacientovy vůle dle jejích projevů:**

1. stadium rozvažování, přemítání, zvažování
2. stadium rozhodování
3. stadium přitakání či přivolení k rozhodnutí
4. stadium: plánování, organizování aktivity podle jasně určeného programu
5. stadium: udržování stejného směru během činnosti

## 2. kapitola - Obranné mechanismy

Hlavním problémem je samotné uvědomění si problému. Lidé jsou obvykle nezvykle slepí k problému s drogou jak u sebe, tak i u druhých. Tento obranný mechanismus zvaný „**popření**“, který znamená, že zcela popíráme nějaký jev nebo problém, se do určitého, subjektivně daného okamžiku spíše zvětšuje s růstem problémovosti a někdy nabývá až obskurních podob.

### Důvody mohou být různé:

- požití drogy obvykle provází **pocit úlevy, radosti, síly, sváteční či jinak mimořádné chvíle** a ten, kdo proti takové příjemné věci brojí, se necítí příjemně – „co mi chutná, nemůže škodit“, „kazí druhým radost“, „abych netrhal partu“
- **rodiče si připadají příliš rigidní**, nerozumějící extravagancím mládí, netolerantní a nedemokratičtí, bojí se věci zakazovat – „zakázané ovoce nejvíce chutná“, navíc oni sami byli vychovávaní v době, kdy brání drog a vysedávání na pivu byl jakýsi výraz specifického odboje či pasivní rezistence proti komunistickému režimu
- v atmosféře „pítí a brání lehčích drog je běžné“ si netroufají vystupovat ze stínu průměru, **nejsou si jisti svým apelem na existující problém** – „to bychom museli zavřít všechny“
- rodiče si nejsou ochotni připustit, že by **jejich dobrá výchova** nebyla dostatečně silná proti „propadnutí droze“; toxikomanie a alkoholismus je nahlížen společností negativně a je spojován dalšími sociálně patologickými jevy – to je vede k neadekvátnímu důvěře ve svého bližního, že „takovou věc on by nikdy neudělal“
- jak známo, problém s jakoukoli drogou se projevuje neadekvátně silnou **podrážděností dotyčného na jakoukoli zmínku o problému**, brání se protiútokem, obviňuje druhého z „kažení hezké chvíle“ a z „konfliktnosti“. Bližní tím tedy dosáhne spíše opačného účinku a příště se raději konfrontaci vyhne již na úrovni percepce – prostě přestane věc „vidět“, vnímat ji, či „vměšovat se do cizích záležitostí“
- u rodičů přistupuje navíc **fenomén „naučené bezmocnosti“**:
  - vědí, že řešení problému drog je svízelný, často neúspěšný, stejně „se s tím nedá moc dělat, když už někdo jednou začne“
  - v době, kdy je společnost tlačena k výrazné prosperitě v práci, rodiče nemají moc času se svým dětem věnovat.
  - v době, kdy se přístup mládí odoruje a upřednostňuje v generačním tichém boji jako ten lepší, dítě si drobným prodejem drog (lidmi viděný jako téměř neškodný) vydělává více než sami rodiče, se rodiče spíše spokojí s nejistým, až alibistickým vyjádřením obav, případně jedinou, „stejně neúspěšnou“ návštěvou u lékaře
  - U samotného problémového uživatele je tzv. „popření“, bagatelizace či minimalizace samotného problému přímo zabudován v procesu rozvoje psychopatologického procesu. Vedle upřímné snahy si vysvětlit, proč jeho snaha již není korunována výsledky, na které byl zvyklý, přistupují navíc ještě zcela jednodušší mechanismy, jako problémy s pamětí nebo chemie mozku vyvolávající pocit převažující neuspokojené „základní“ potřeby – drogy. Nemá proto většího smyslu s dotyčným hledat tzv. důvody brání drog, neboť nutkavost brání se pohybuje již v bludném kruhu, sebe sama vyvolávající. Na druhé straně

si toho však problémový uživatel není vědom a naši neochotu se důvody zabývat vnímá jako náš nezáměr mu skutečně pomoci. Je proto třeba reagovat odlišně než jak jsme zvyklí z tradičního medicínského modelu. Tak totiž reaguje většina lékařů a jejich intervence má proto často opačný efekt.

Dalším hlavním obranným mechanismem je **bagatelizace či minimalizace problému** (zmenšování, podceňování problému), jejímž produktem je např. celkový pocit, že lidé usilující o restrikce směrem k drogám nebo i jenom upozorňující na „nepravosti v souvislosti s nemístnou tolerancí vůči drogám“ dostávají v očích společnosti image nedemokratických až totalitních osobností, kterým je lépe se vyhnout. K pokračování v adekvátní osvětě v médiích potřebujeme někdy až občanskou statečnost.

## **Intervence dle stupně náhledu**

Intervence, které u pacienta provádíme, by se měly řídit hlavně stupněm jeho náhledu na svůj problém:

1. **popírá jakékoli své problémy – snažíme se mu ukázat, že problém sice druzí mohou mít, ale hlavně má problém on sám**
2. **přiznává problém, ale jiný než s drogou – propojujeme při sebemenší příležitosti jeho problém s bráním drog**
3. **přiznává problém s drogou, ale není ochoten přistoupit na podstatnou změnu – ukazujeme na konkrétních příkladech jiných dle naší klinické zkušenosti, jak je nevhodné s podstatnou změnou otálet a předpovídáme dosti konkrétně výsledky jeho malých a dočasných změn**
4. **přiznává potřebu zásadní změny ale chce ji provést bez profesionální asistence – souhlasíme s tím, že i když bude mít asistenci profesionála, že samotnou změnu skutečně provede sám, přirovnáváme situaci ke sportovci s tréninkovým týmem, ukazujeme na absurdnost dělán si záležitosti ještě těžší a zbytečnost „objevování kyseliny sírové“; můžeme zvolit i paradoxní přístup, tj. že souhlasíme s tím, že skutečně dělá změnu sám, vymůžeme si však jeho **souhlas s kontrolními návštěvami** u nás, při kterých bez jeho jasného vědomí psychoterapeuticky intervenujeme**
5. **vždy volí nižší intenzitu změny, která problém neřeší, ale spíše udržuje – jasně formulujeme nedostatečnost změny a přirovnáváme situaci k nebezpečnému brání penicilinu v nedostatečných dávkách; předpovídáme postupné zhoršování se situace v přítomnosti bližního pacienta a vyjadřujeme ochotu s ním léčebný kontrakt změnit na konstruktivnější program**
6. **je ochoten se léčit, zůstává však pasivním objektem léčebného působení; zpočátku kompenzujeme, ale přitom opakovaně jasně formulujeme požadavek jeho aktivity a**

**iniciativy** v rehabilitačním procesu, motivujeme a pobízíme ke změně chování s tím, že poukazujeme na neefektivnost léčebného procesu v případě jeho pasivity

Při této psychoterapeutické práci se doporučuje nechvátat a stupně nepřeskakovat (např. nachází-li se pacient ve 3. stupni náhledu, tj. že není schopen přistoupit na podstatnou změnu, nesnažíme se jej přemlouvat ke spolupráci s odborníkem či dokonce přistoupit na léčbu – mluvíme spíše o kontrolních návštěvách). Pacient je ve své ochotě obvykle o krok nazpět, tj. tam, kde by měl např. již navštívit odborníka na problematiku drog, je ochoten navštívit klasického psychiatra nebo psychologa. Jde vlastně o „poddávkovávání“ intenzity zákroků a stav to spíše chronifikuje než že by doznával efektivní změny. Celkovou rodinou atmosféru to velmi zhoršuje, neboť bližní žijí v omylu, že pacient je neléčitelný a přestávají být ochotni investovat do uzdravného procesu svoji energii.

## Specifický postoj a chování lékaře při protidrogové intervenci

S ohledem na obranné mechanismy a komplexnost drogové problematiky je dobré **držet se následujících zásad:**

- snažit se **neztratit kontakt** s problémovým uživatelem či jeho příbuznými (ne však za cenu udržování či dokonce podpory jeho chování)
- **nehádáme se či nekonfrontujeme** PUD (problémový uživatel drog), aniž bychom neměli další možnost udržet ho v kontaktu s odborníkem (tlak příbuzných, legislativní, zdravotní problém, naše nabídka substituce). Může jít i o několikaletý proces
- **rodičům či bližním pomáháme znovu obsadit svou účinnou roli** v působení na problémové chování dotyčného, podporujeme jakékoli jednání:
  - je-li neúčinné, přeformulováváme ho jako důležitou informaci pro další postupy – „je důležité, že jste zjistili, že toto nefunguje, nemusíme to tedy již zkoušet“;
  - je-li škodlivé, vyslovíme zcela jasně tuto obavu a dál sami tuto alternativu nerozvádíme
  - je-li alespoň částečně účinné, výrazně ho podporujeme a rozvádíme s bližními další možnosti
- **pomáháme rodičům od pocitů viny** („jev se netýká jen těch špatných rodičů a partnerů, hodně v tom hraje role genetika a okolnosti, které nemůžete zcela ovlivnit“) a vedeme je k tomu, aby se v pocitech viny neutápěly ale nahlížely situaci jako šanci k adekvátnímu převzetí té správné podoby odpovědnosti, která je účinná a učili se chovat se jinak
- je potvrzeným faktem, že **odsuzující postoj lékaře** k problému týkající se drog, pacient vycítí a to **vyvolává ještě větší pacientovo popření** těchto problémů – je tedy třeba, aby lékař se s tímto problémem poctivě vnitřně vypořádal tak, aby byl schopen přijat tuto diagnózu jako něco, co je léčitelné a na jeho intervenci reagující

### Odborník by se měl učit **rozvíjet následující osobnostní charakteristiky:**

- mít dobré **komunikační dovednosti** – zvláště schopnost umět vyvolat u pacienta chuť otevřít se a sdělovat, a schopnost udržet přirozený rozhovor při jasně plánované intervenční strategii
- být **tolerantní** a nemít předsudky týkající se klientovy odlišnosti
- být **dostatečně pružný** změnit svůj přístup kdykoli je třeba a být tvořivý ve volbě intervenčních technik
- měl by umět **udržovat dobrý vztah** jak s dospívajícím, tak i s jeho rodiči a aniž by zásadně lhal či zatajoval důležitou zásadní informaci rodičům dětí pod 18 let, měl by navozovat stav důvěry i v dítěti
- mít vysokou **osobnostní integritu** (unese psychologické útoky na svou osobu a umět se přenášet přes jeho silné obranné chování)
- umět vyvolávat **konstruktivní pohled** a řešení situací
- **umět „sebe odhalení“** – říci něco poměrně soukromého o sobě tak, že tím zvýší důvěru a celkovou kvalitu vztahu s pacientem
- umět navodit **konfrontaci a dát i nepopulární radu** ve chvíli, kdy je pacient nakloněn změně
- být nadstandardně **pozorný k výsledkům svých intervencí** a motivován ujasňovat si účinné postupy u určitých druhů problémů

### Více než kdykoli jindy si při protidrogových intervencích uvědomujeme **4 podoby psychoterapeutického vztahu:**

- **„Pracovní společenství“** – jde o spolupráci na problému pacienta – v případě drogového problému můžeme na tuto povahu vztahu nejméně spoléhat
- **„Já – ty“** – vztah mezi dvěma lidskými bytostmi, který obsahuje naše bezprostřední vnímání druhého včetně našich očekávání
- **„Přenosový“** – vztah pacienta k nám, který vychází z jeho minulých zkušeností s podobnými jedinci, jako jsme my – pocit podobnosti může být velmi iracionální, ale někdy vycházejí i z rolových funkcí – např. vztah k lékaři jako takovému, autoritě apod. Tyto minulé zkušenosti mohou se od reality velmi lišit a zkreslení může velmi ztěžovat spolupráci. My sami bychom se měli snažit o co nejmenší předsudky, přesto však i my někdy usuzujeme předčasně a pacienta prožíváme pak zkresleně – v tom případě nazýváme náš vztah „protipřenosovým“
- **„Vývojově potřebný“** – jde o naše psychoterapeutické působení ve vývojově deficitních strukturách pacientovy osobnosti, např. jeho deficit v sebedůvěře, což nám zvyšuje pravděpodobnost lepší úrovně psycho-sociálního fungování po vyřešení problému s drogou, případně stálejší výsledky v tomto ohledu.

### 3. Kapitola - Komunikační dovednosti

Široce preventivní intervencí je pomoc při osobních a interpersonálních problémech. Problémem ale je, že rodiče obvykle spíše pomáhají tak, že za selhávající dospívající věci sami dělají, někdy dokonce se podílejí na přikrývání jejich selhávání. Daleko vhodnějším chováním je předcházet vážnějším krizím tak, že si uděláme **dostatek času, když je třeba dítěti či dospívajícímu s jeho řešením pomoci a mluvíme s ním o tom.**

#### Nonverbální chování při intervenci

Bez nadsázky lze říci, že naše schopnost efektivně s pacientem komunikovat ovlivňuje velmi podstatně výsledek našeho snažení. Jde o **postoj otevřenosti a vstřícnosti**, který bychom měli umět sdělovat pacientovi i nonverbálně:

- Jsme k pacientovi **tělem otevření**
- Dáváme výrazným zájmem najevo, že jsme připraveni čelit případným **nepříjemným zprávám**
- Vytváříme pokud možno **větší blízkost**, např. se snažíme, abychom mezi sebou neměli výraznou překážku, např. vysoký stůl nebo abychom neseděli přímo proti sobě, což vyvolává atmosféru v této situaci nevhodné konfrontace
- Snažíme se udržet **oční kontakt**, nebýt však příliš přítom agresivní, vlezlí, nezíráme příliš zkoumavě a nedotýkáme se pacienta, když to situace nevyžaduje
- Vyjadřujeme přiměřenou **uvolněnost celého těla**, náš pocitový komfort v situaci s ním
- Vyjadřujeme **jednak radost z komunikace s ním**, ochotu a vstřícnost mluvit s ním efektivně bez zbytečného moralizování a nátlaku, v případě varování však se tváříme spíše starostlivě, nejde o situaci „vyhrožování“, takže bychom se neměli tvářit agresivně

## Aktivní naslouchání

Při tzv. **reflektivním naslouchání** se snažíme zrcadlit to, co nám pacient sděluje. Tato technika je používána v případě, že jde o diagnostický rozhovor, kde pacient v případě, že cítí přijetí, nám sdělí daleko více informací než vůbec původně zamýšlel. Při psychoterapeutické práci používáme tento rozhovor jednak k podpoře celého procesu či některých osobnostních faktorů pacienta. Později se technika reflektivního naslouchání stala součástí tzv. aktivního naslouchání, kde se již dopracováváme k další intervenci, která je do určité míry předstupněm terapeutické interpretace a nazývá se „reformulace“. Při **aktivním naslouchání se chováme následovně:**

- **vyjádření empatie** - přijímáme, sdílíme jejich pocity, nevyjadřujeme své bezprostřední , odmítnutí či šok, ani nesouhlas. Ptáme se otázkami, které vyvolávají u druhého chuť sdělovat, přestože to předtím neměl v úmyslu
- **rekapitulace** - po určitých úsecích shrnujeme to, co pacienti sdělují a ověřujeme si tak, jestli jim dobře rozumíme - již takovéto shrnutí slouží pacientovi k jasnějšímu pochopení toho, co chtěl vyjádřit, nebo dokonce o co mu vlastně jde nebo jak věcem světa rozumí on sám
- **reformulace** – jemně při rekapitulaci či objasňování našeho porozumění řečeného posunujeme význam směrem, který slouží pacientovi k nahlídnutí svého problému dále, než bych dosud schopen. V případě, že pacient nesouhlasí s naším významovým posunem, pružně se vrátíme zpět a přistoupíme na jeho další upřesnění
- **celkové shrnutí** toho, co bylo řečeno, včetně významových posunů, vyžádání si souhlasu se závěrem od pacienta
- **zhodnocení celého rozhovoru** – snažíme se pacientovi sdělit náš plný respekt a úctu k jeho práci na sobě a děkujeme svým chováním k za důvěru, kterou v nás vložil

## Dotazování se – druhy otázek

Při rozhovoru na tak ošemetné téma jako je braní drog je třeba dbát na navození atmosféry přijetí, jistoty, porozumění a bezpečí, v které pacient je nejen ochotný sdělovat své vnitřní obsahy druhému, ale i zkoumat chování své i bližních a je uvolněný natolik, že je schopen hledat nejvhodnější způsob změny svého chování. **Způsob našeho dotazování** může být různý.



V prvním případě, kdy klademe důraz na vyjádření empatie a pochopení jeho situace se můžeme **ptát docela obyčejně na minulost**, co se vlastně stalo a jak se to seběhlo.

Druhý způsob dotazování se týká **opakujičích se vzorců chování a vzájemného reagování**. Tyto otázky nazýváme **cirkulární** a zkoumáme při nich:

- zda problém má podobu nějakého funkčního stereotypu - zjišťujeme řetěz po sobě jdoucích událostí
- zde se podobná věc opakuje
- při jakých příležitostech
- jak jdou obvykle události či reakce lidí po sobě
- kdo na ně nejvíc reaguje
- komu nejvíc vadí
- co zatím zkusil aby se záležitost změnila
- s jakým výsledkem

Ve třetím způsobu dotazování, kdy klademe tzv. „**hypotetické otázky**“, sledujeme **uvažování o možných řešeních**:

- Co by se stalo kdyby .....

Čtvrtý způsob dotazování je vlastně **skrytým návrhem řešení** s tím, že rozhodnutí o našich návrzích necháváme na samotném pacientovi. Takovým otázkám říkáme

„**strategické otázky**“:

- Zkusil jsi, napadlo vás, že .... ,
- Mohl se důvod odmítnutí této možnosti týkat .... ?
- Oni tam mají teď otevřeno? (v případě, že si pacient není vědom otevírací doby v konkrétní instituci, místo abychom mu rovnou sdělili, že s největší pravděpodobností bude v dané instituci zavřeno)

Abychom se v situaci pacienta, ale i naší, psychoterapeutické, dobře orientovali, klademe tzv. **systemické otázky**:

- Zdůrazňujeme, že již v minulosti krize prožil, **proč právě nyní** se obrací o pomoc? Přitom se snažíme se jeho žádost o pomoc interpretovat jako poučení se a „zmoudření“, tedy formulovat čin pozitivně
- Ptáme se, **jak dříve podobné situace řešil**, co pomohlo, v čem se poučil
- Zjišťujeme, **čím se nynější situace liší od těch předešlých**, co je nyní jinak

## **Asertivní dovednost při uhájení si nedrogového životního stylu**

Pro děti a dospívající je skupina jejich vrstevníků velmi důležitá a proto se hodně zabývají svým postavením v ní a je smutné, když jedinec má problém prosadit něco dobrého. To se týká i schopnosti uhájit si ve skupině svůj nedrogový postoj.

Jednou z dovedností je umět vhodně argumentovat. To se obvykle dospívající učí od svých diskusních partnerů a my nebo rodiče můžeme proto sloužit jako modely; vedeme s ním např. diskusi, v které dítě či dospívající argumentuje pro-drogově a my mu trpělivě odpovídáme tak,

aby sám dospěl ve svém uvažování k výsledku, který vyznívá pro drogy záporně. Důležité je, aby diskuse neměla podobu souboje ale hledání, a vítězem (ale na naší, protidrogové straně) aby bylo dítě.

Jinou dovedností k uchránění si nedrogového životního stylu mezi vrstevníky je učení se, jak v případě nabízení drogy ji umět odmítnout:

- Výmluvným gestem
- Ne, děkuji, ne později, ....
- vyhnutím se reakci na výzvu (nevidím, neslyším),
- opuštěním místa pod nějakou záminkou,
- změnou tématu,
- výmluvou na nějaký, druhým uznávaný důvod, proč ne
- principiálním odmítnutím s poukázáním na nějaký idol s podobným postojem k drogám
- požádáním o pomoc tím, aby nás druhý nechal svobodně rozhodovat o sobě
- odmítnout s radou, doporučením, aby i on drogu nebral
- při naléhání upozornit na nevhodnost, případně agresivitu jeho chování a upozornit na vlastní chování v příštích chvílích v případě, že nepřestane (odejdu, přivolám někoho ....)

Máme-li tu možnost, necháme si obvyklé situace, kterých se jedinec v případě nabídky drogy ocitá a poradíme mu např. i s nácvikem různých variant, co je nejlépe udělat.

**Taktéž učíme, jak asertivním jednáním dosáhnout svého:**

- Pouhým **opakováním svého přání** tam, kde je jasné, že prostá opakovaná věta stačí abychom dosáhli svého
- **Vysvětlením pozadí** svého přání, žádostí o empatii
- Sdělením určitých **informací**, z kterých vyplyne zcela jiný scénář vývoje událostí („chci odjet dnes dříve, ještě něco důležitého mám ....“)
- **Cíleným dotazováním** se na účel takového jednání, kterým ukáže, že jde vlastně o cosi nesmyslného či dokonce poškozujícího („proč bych to měl brát? Proč bych se měl cítit ještě lépe? ....“)
- **Technikou „otevřených dveří“** – Nepodlehnout iniciativě v nebezpečných situacích připravených druhými a řídit se v takových situacích heslem „kdo jinému jámu kopá, sám do ní padá“ ; nedovolit druhému, aby na jeho nezodpovědné chování jsme doplatili my sami (nesednout si do auta intoxikovaného, nenechat se vyprovokovat k jednání, které je na něj nastraženo ...)

### **Umění nabídnout alternativní, dostatečně atraktivní program zdravé seberealizace (sport, sociální dovednosti, zacházení s emočními stavy, strategie rozhodování )**

Tajemství efektivity této intervence spočívá v naší komunikační dovednosti nadchnout pro navrhovanou alternativu jedince nakolik, že bude pro něho atraktivnější než pro-drogová činnost, která se mu sama nabízí a ohrožuje ho. Zvláště atraktivní jsou programy rozvoje interpersonálních

vztahů a zvládnání základních emocionálních stavů. Vycházíme přitom z vývojových úkolů, které by měl jedinec ve svém věku splnit.

### **Program rozvoje dle vývojových úkolů**

Protože mladí lidé se velmi soustřeďují na srovnávání svých schopností a dovedností s jinými či s určitými škálami, seznamujeme je s nimi i my a používáme přitom možnosti, aby se mohli ptát a popřípadě to jak si stojí ve srovnání s těmito očekáváními, mohli komentovat.

#### **Vývojové úkoly pro 12 – 18 let – adolescenti:**

- Vyvíjí individuální identitu
- Intervence rozvíjením otázek typu:  
*„Čím, kdo, chceš být, kdo je tvým idolem, komu se chceš podobat, jak budeš vypadat za ... let“*
- Osvětluje hodnoty  
Intervence:  
*„Čeho si na lidech vážíš, mají to tví přátelé, co bys byl ochoten pro ně udělat, seřad' tyto vlastnosti podle toho, jak moc si je vážíš“ ...* probrat s ním pro-drogové a zdravé životní styly, nechat vybrat z životních cest, která by mu vyhovovala
- Ujasňuje si víry a postoje  
Intervence:  
Čemu věří, za co či proti čemu by chtěl bojovat, čemu by chtěl zasvětit život, co mu pomáhá ve chvílích beznaděje, jaký je jeho smysl života, co pro to dělá dnes, zda-li jeho chování tomu odpovídá
- Vyvíjí uspokojivé vztahy s vrstevníky obou pohlaví  
Intervence:  
Jak si stojí mezi vrstevníky ve škole či jinde, kde je nejvíc oblíbený, pro co, jak toho využívá / zneužívá, jakým způsobem přátele získává, kdo mu pomáhá, komu zase pomáhá nyní spíše on, zda-li jeho přátele znají rodiče, co jim říkají, jak se dívá jeho parta na druhé pohlaví
- Připravuje se na nezávislost  
Intervence:  
V čem myslí že je nyní ještě závislý na rodičích, v čem již na nich závislý není a v čem jim dokonce může pomoci (např. počítač, obsluha některých elektronických domácích zařízení, péče o prarodiče, o mladší sourozence) a pomáhá, jak vidí příští léta, kdy si myslí, že by mohl uvažovat o odstěhování se od rodičů, kam a za jakých podmínek.

#### **Vývojové úkoly nad 18 let**

- Ustanovení nezávislosti od rodičů (ekonomická nezávislost nastává později v případě přípravy na významnější profesi, která dnes může trvat s potřebou zahraničních pobytů či asistentských doktorandských studií někdy až do 30ti let)
- Dosažení fyzické, emoční, mentální a duchovní zralosti.
- Intervence:

- Nechat namalovat křivky dosazování různých forem zralosti a nezávislosti od rodičů v časové ose namířené do budoucnosti

Je smutnou pravdou, že **adolescenční vývojové faktory drogám velmi nahrávají**. Jedinec se snaží odlišit od establishmentu rodinného i sociálního a snaží se mluvit hlavně za sebe. Často jde spíše jen o provokativní odlišování se, nebo proklamativní rebelizující chování včetně drog (adolescent může dokonce i před rodiči své brání drog nadsazovat, aby se cítil více „cool“). Na druhé straně mají ale potřebu náležet do své referenční skupiny a toxikomanická parta „osamělým tulákům přímo otevírá náruč“ počátečním bezvýhradným přijetím. Droga může být pro adolescenta jakýmsi všelékem pomáhající při stresujícím zkoumání a hledání způsobu, jak zvládat své emoční stavy a myšlenkové procesy. Drogy zbavují značného napětí a ctižádosti, kterými jsou adolescenti biologicky vybaveni původně proto, aby zvládli tolik náročných úkolů v krátkém období. Na druhé straně však můžeme v tomto věku již počítat s dovedností předvídat a odlišovat krátkodobé a dlouhodobé následky pro-drogového chování.

Měli bychom **při komunikaci s dospívajícím dítětem mít na paměti to, že:**

- k učení potřebuje aktivitu, věci si vyzkoušet
- je špatným naslouchajícím žákem, nejpříjemnějším zvukem je pro něj hudba s rytmem, který mu současně umožňuje pohyb těla s jeho experimentováním a poznáváním
- je otevřen modelování a přehrávání rolí
- věří hodně tomu, co vidí na vlastní oči
- má rád toulání se bez větších příprav, bezprostřední prožitek, rychle se rozhoduje prozkoumat věci před sebou, jakákoli forma cestování (v materialistickém světě, ve světě zvukových a elektronických vln, ale i ve světě psychických stavů) je pro něj velmi atraktivní činností
- má potíže nejen se sebepoznáním, kdo vůbec je a co od sebe může čekat, ale i se zvládnutím sebe sama, tedy s poslechnutím sebe sama s plnou vážností odpovědnosti, kterou za sebe chce mít

Nejde tedy o lehký úkol, neboť situace vyžaduje naši obrovskou flexibilitu způsobu, jak s dítětem či dospívajícím mluvit, co mu umožňovat nebo kde ho limitovat. Vzhledem k faktu, že nejvíce jsou dospívající ovlivňováni svými rodiči, je efektivnější, **učíme-li rodiče či podporujeme v jejich chování následující:**

- aby uměli **vyjádřit rodičovskou vřelost a emoční podporu** – umět vyjádřit své myšlenky a pocity a umět o nich hovořit na meta-úrovni, když není vhodné je vyjádřit přímo (např. „mám na tebe takový vztek, že s tebou nechci mluvit, abych ti neřekl, co nebudu schopen vzít zpět“, „mám strach, že se budu bát“, jsem na tebe vždy pyšný, když se chováš ... takto“)
- aby uměli vhodně vést **své děti od egocentricity k fungování ve své vrstevnické skupině** ( a také aby vytvářeli vhodný prostor pro takové dění)
- aby se **uměli zdržet přílišné protektivity a rozmazlování** svých dětí a nechávali jim vhodný prostor pro samostatná řešení každodenních situací, které život vždy bude přinášet
- aby uměli unést případnou nepohodu svých dětí a **nechali je řešit či hledat adekvátní chování** v takových situacích
- v rozhodnutí **investovat někdy i přehnané finance** do dobrého vzdělání svých dětí a jejich vhodných zájmových činností, mají-li od svých dětí delší dobu zpětnou vazbu, že o tuto

činnost mají skutečný zájem, naopak jasně varovat před kvapnou investicí do činností, v které ještě dítě neukázalo dlouhodobější zájem

***Dále podporujeme rodiče ve vhodné pomoci svým dětem:***

- Zvnitřnit potřebu určitého **řádu, režimu** či pořádku ve svých věcech
- Vybudovat u svých dětí dostatečně spolehlivou **disciplínu** – umět plánovat, pracovat a své úkoly dotahovat do konce

**Samotným dětem nabízíme prostor k ujasnění si možné realizovatelnosti svých snů, přání a hodnot.**

**Intervence** by měla v takovém případě obsahovat **hodně reflexe**:

- Slyším, že říkáš ....
- Zdá se mi, že si nedovoluješ ...
- Vypadá to, že ti jde hlavně o .....
- Kdybych nyní byla tvou kamarádkou, asi bych v takové situaci cítila z tvé strany spíše nezájem než stud jak říkáš ...
- Zajímáme se o **možnosti, kde své zájmy může pěstovat**, podporujeme ho v hledání a setrvání v případě prvních nezdarů.
- Po ujasnění si některých svých postojů jedinci pomáháme **ve vhodném sdělení vhodným lidem** na vhodném místě. Můžeme volit přitom techniku nacvičování, při kterém hrajeme roli onoho, kterému se právě něco má sdělit.

Je zajímavé, jak často jsou jedinci přesvědčeni o dostatečnosti vyjádřit své přání, aby se s pomocí jiných splnilo. **Schopnost jedince nepříjemného vyjednávání při prosazování svých přání a potřeb** je někdy nedostatečná a proto můžeme jejímu rozvoji pomoci.

K sebeprosazení patří i schopnost kompromisu a vědomí potřeb druhých. Při takových **intervencích** se stavíme **do role „protivníka“**, **přehráváme s ním** takové možné vyjednávání a podporujeme jej v podstupování rizik případného neúspěchu. Pracujeme –li s rodiči, ukazujeme jim, jak je důležité pro zdravý vývoj jedince umět se vyrovnávat s překážkami a limity a doporučujeme jim, aby své děti limitovali a nechávali je nést následky svého chování.

V případě, že dítěti chybí motivace, vytrvalost a pílě k přijímání výzev, zjišťujeme na čem mu skutečně záleží a konstruujeme s ním na základě těchto dat možné budoucí scénáře jejich života. Často stačí pouze jedna intervence k tomu, aby dítě pochopilo rozpor mezi svými cíli a chováním a své chování přiměřeně změnilo.

## 4. Kapitola - Krátká intervence

**Krátká („brief“) protidrogová intervence** je pro pediatra nejběžnější praxí, jedná-li se o drogy, neboť na víc obvykle nezbyvá čas. Přesto tato intervence může být velmi efektivní, jestliže sledujeme **následující cíle:**

- poskytnout pacientovi **informaci** o poruše a možnosti jejího ovlivnění svým vlastním chováním, nabídnout leták či jiný materiál k podrobnější informaci či poradit způsob, jak se k dalším informacím dostat
- **zdůraznění, někdy spíše vysvětlení mechanismu rozvoje negativních následků**, jestliže v sebepoškozujícím chování bude pokračovat – snažíme se rozbít pacientovy zavádějící mýty, které o následcích obvykle zná
- **dát pacientovi radu, týkající se konkrétní změny jednání** – zvláště omezení drogy či úplné abstinence od ní
- **doporučit pacientovi konkrétní formu pomoci** ve změně svého jednání, např. návštěvy specialisty, schůzek anonymních narkomanů či určitou formu léčby
- snažíme se u jedince vyvolat či zvýšit **motivaci ke změně**
- můžeme-li, kontaktovat se s **dalšími členy rodiny** a vést je, aby byli svým chováním řešením problému nápomocni

Způsob volíme **podle závažnosti problému s drogou:**

- Krátká intervence u pacienta, u kterého jsme nezjistili braní drog
  - Upozorňujeme na pozitivní životní styl, který pacientovi slibuje do života více,
  - Učit odmítat drogu
  - Učit sebeprosazení a prosazení nedrogového životního stylu
- Krátká intervence u pacienta, který jednorázově požil drogu
  - větší zájem o dítě, **nabízet** alternativy, diskutovat o případných následcích jednorázového užití
- Krátká intervence u pacienta experimentujícího s drogami
  - zvýšit péči a pozornost při aktivitách s dítětem, varujeme před následky,
  - zakázat některé ohrožující aktivity a známosti
  - Při další návštěvě – vzorky na drogy
- Krátká intervence u pacienta problémově užívajícího drogy
  - kontrolovat braní drogy, trvalý zvýšený dohled s vyžadovaným režimem, návštěvy u odborníka
- Krátká intervence u pacienta závislého
  - v případě, že nefunguje ambulantní léčba, neoddalovat hospitalizaci a ústavní program, jednoznačně „nedovolit“ formální léčbu bez výsledků, ukazovat své skutečné limity možné pomoci

- Informujeme o potřebě, postupu
- Vyjednáváme o možné realizaci se vzájemným souhlasem na straně pacienta či jeho rodiny a naší

Je-li to v našich možnostech, měli bychom se s pacientem domluvit na kontrolní návštěvě, abychom zjistili výsledky naší intervence. Neděje-li se změna k naší spokojenosti, měli bychom se snažit o zvýšení intenzity léčebného působení ať již našeho či jiných specialistů.

#### **Jednotlivé kroky intervence mohou být následující:**

- Vneseme do diskuse jeden z výše popsaných faktorů chování a **necháme jednotlivé členy k němu říci své**, druzí by měli hlavně v té chvíli naslouchat.
- Diskusi vedeme tak, aby se všem **propojilo chování a jeho následek**, a aby si mohli uvědomit jinou možnost volby.
- **Volba** určité konkrétní alternativy jednání - snažíme se, aby si dotyčný dal závazek udělat určité kroky.
- Na začátku příštího sezení, máme-li tu možnost, **kontrolujeme plnění** závazku či předsevzetí.

Krátkou intervenci můžeme přirovnat k jakémusi přehození výhybek na kolejích života. Volíme druh intervence **dle povahy problémů**:

- **Při somatických a situačních problémech** je efektivní se zabývat vzorcem braní drogy a snažit se jej ovlivnit
- Při **maladaptivním chování** se ptáme na pacientovo očekávání jeho následků, zabýváme se jeho hodnotami a očekáváními, konfrontujeme ho s rozporem, co chce a co ve skutečnosti vyvolává
- Při **řešení vztahů** nabízíme terapeutický vztah, sociální podporu, případně nabízíme vhodnou skupinu, kde se vzájemně v negativním vztahu k drogám jedinci podporují
- Při **řešení emocionálních problémů** používáme aktivní empatické naslouchání s emoční podporou, necháme jedince vyjádřit svůj pocit a vyjadřujeme pochopení (ne vždy ale můžeme vyjádřit souhlas), někdy používáme techniku hraní rolí s jejich případnou výměnou (kdybych já byl ty a ty můj otec, co bys mi řekl, kdybych .....?“)
- Při **interpersonálních konfliktech** se zaměřujeme na způsob komunikace, zabýváme se rozdíly mezi sebe-prosazením, agresivitou a hostilitou
- Při **rodinných problémech** se snažíme kontaktovat s rodinou, zabýváme se ale i dalšími sociálními systémy okolo jedince (učitelé, spolužáci, přátelé, příbuzní, parta...)
- Při řešení pacientových **narušených výkladů každodenních situací** se zabýváme jeho sebeúctou, hrdostí, ješitností

## **Časná protidrogová intervence**

**Časná intervence („early“)** je pomoc poskytnutá ještě v nerozvinutých stádiích problému. Určitě bychom neměli se svou intervencí čekat, až si „dítě samo sáhne na vlastní dno a bude s tím samo chtít něco dělat, protože jinak s ním stejně nic nezmůžeme“. Naopak je třeba jeho životní situaci nastavovat tak, aby se mu v co nejkratší době dostalo co nejintenzivnější zpětné vazby ve

smyslu, že se něco vážného děje, a že situace od něj vyžaduje rozhodnutí ke změně. V tomto ohledu bychom se neměli vyhýbat ani určité manipulaci, např. záměrně koordinovat chování rodičů, prarodičů a učitelů ve škole, aby droga nemohla prostřednictvím manipulativního chování uživatele jeho blízní „rozdělovat a tak nad nimi panovat“. Takovou koordinací uspíšíme krizi dospívajícího, kterou se snažíme využít k tomu, aby pacient byl ochoten udělat ve svém chování nějakou podstatnou změnu. V takovém koncepčním rámci lze říci, že čím včasnější intervence, tím je úspěšnější, neboť schopnost samotného jedince ohroženého drogou situaci sám zvládnout se rychle s užíváním snižuje.

## **Změna, její stadia a podpora změny**

Při krátké a časně intervenci nám jde o vyvolání změny, která probíhá v určitých fázích. Měli bychom si nejdříve zjistit, jak je dotyčný změně nakloněn (v které fázi změny se nachází), a pak vhodnou intervencí urychlovat její průběh. Celý proces je popsán transteoretickým modelem změny chování Prochaskou a DiClementem. Z něho jsme se nechali inspirovat **volbou vhodných intervencí dle léčebné fáze v uzdravném procesu** (v případě krátkých intervencí jde někdy spíše o celkové zaměření, strategii):

- V procesu **postupného uvědomování** si problému reflektujeme svá pozorování, konfrontujeme pacienta s výsledky a interpretacemi chování, poskytujeme vhodnou literaturu.
- V procesu **zabývání se sama sebou** a vlastní inventurou ve vztahu k droze objasňujeme jeho situaci, napravujeme některé emoční prožitky, diskutujeme o pacientových hodnotách a očekáváních.
- V procesu **osvobození se od drogy** s ním probíráme proces rozhodování, smysl předsevzetí a učíme, jak ho lépe dodržovat.
- V procesu **protipodmiňování**, v kterém se snažíme, aby nejenom vymizovala nevhodně napodmiňovaná reakce, ale aby také se současně s podmíněným podnětem v souvislosti s drogou objevoval proces, který bude nevhodně vybudovaný mechanismus nabourávat, učíme jedince jak relaxovat, jak nereagovat na spouštěcí podněty vyvolávající craving, jak prosazovat svou vůli týkající se drog v sociálním kontextu a jak sám sebe podporovat sebezpotvrzujícími výroky.
- **Při kontrole podnětu** radíme, jak upravit své okolí tak aby byl vystavován podnětu vyvolávající craving co nejméně. Radíme vyhýbat se pokud možno všemu, co by mohlo tento stav lehce vyvolat (např. rodiče upozorňujeme na to, že by neměli doma či před rizikovým dítětem pít apod., dítěti doporučujeme a radíme jak změnit nevhodné přátele).
- V procesu **posilování zvládnání sebe sama** učíme vyjednávat s druhými, a techniky odměňování sebe sama.
- Při **hodnocení svého okolí** učíme jedince empatii a opravujeme jeho škodlivé interpretace chování ostatních, poukazujeme na důležitá fakta, kterých si nevšimnul.
- V procesu **sociálního vyzrání** ho učíme vhodnému říkání si o svá práva i práva druhých, posilujeme jeho schopnost odpovědnosti, schopnost začleňování se do vhodných sociálních struktur



Protože změna probíhá ve stádiích, **intervenujeme podle stadia změny, v kterém se jedinec nachází:**

- **Volba**
- **Provedení**
- **Udržení**

Při podpoře změny podporujeme procesy, které k ní vedou. Je to zvýšené uvědomování si jevu, touha po sebeosvobození a ovládnutí podnětů, proces přehodnocení sebe i okolí, využívání odměn a navozování událostí, které změnu podporují (protipodmiňování). Změně se daří při vztahu s někým, kdo pomáhá a při možnosti dramatického uvolnění. Začleníme-li tyto procesy do jednotlivých intervenčních technik v jednotlivých fázích, můžeme postupovat následovně:

**Fáze prekontemplace** (necítí potřebu změny, ale je ochoten o ní uvažovat a mluvit):

- Vyvoláváme *pochybnosti* o současném stavu
- Zvyšujeme klientovu *percepci problémů* spojených se současným chováním
- Dáváme všemožným způsobem do souvislostí jím udávané problémy, *propojujeme s problémem drog*

Technika:

- Aktivní naslouchání
- Otevřené otázky
- Shrnující feedback (zpětná vazba)
- Propojování souvislostí mezi chováním a nepříjemnými záležitostmi

**Fáze kontemplace:** (ambivalentní postoj, rozvažuje výhody a nevýhody změny):

- Pomáháme uvědomit si *negativní účinky drog* a vliv případné změny
- Podporujeme *uvažování o změně a její podobě*
- Zdůrazňujeme *rizika nechat* věci svému osudu
- Podporujeme *aktivní přístup* k problému s drogou

Technika:

- Předpovídat sled událostí v případě, že pacient zaujme pasivní postoj k problému
- Otevřené otázky na konkrétní podobu změny, kterou podle něho situace vyžaduje
- Vyprávění těch případů, kdy změna přinesla něco, o co klient stojí

- Napsat na levou stranu papíru nevýhody, na pravou výhody nějaké určité změny

### **Fáze volby** (schopnost kvalitně se rozhodnout, začíná předsevzetím):

- Pomáháme při uvažování o přiměřeném cíli a spoluvytváříme jeho konkrétnější představu
- Upozorňujeme klienta na souvislost cíle a strategií, které osobnosti vyhovují
- Poskytujeme podporu změně, pomáháme ve výběru optimální strategie
- Posilujeme klientovu schopnost chovat se efektivně při rozhodování
- Vypracováváme s ním plán změny včetně jednotlivých kroků, vyslovujeme se k odhadu, jak dlouho provedení jednotlivých kroků bude trvat
- Ošetřujeme nárůst ambivalence, pomáháme s propracováváním obran

#### Technika:

- Uvádět důvody pro změnu
- Vypracování výhod a nevýhod následků různých voleb
- Vypracovat přehled nebo mapu možných následků, jaké další změny v životě může jedinec pravděpodobně očekávat
- Malba tématu „Jak to bude po změně“, „Jak to chci mít, co si přeji dosáhnout“
- Uvádět jiné klinické případy s podobnou volbou
- Vypracování kontraktu (ústní či písemný, někdy s podpisem pacienta nebo i jeho bližních) - formulace požadovaného chování či jednání – jeho obsah:
  - Proklamace úsilí o změnu
  - Konkrétní podoba cíle
  - Stanovení plánu s postupnými kroky
  - Dojednaný způsob sledování provedení dohodnutý společně s klientem

### **Fáze provedení**

- Posilujeme zpětnou vazbu efektivity chování
- Poskytujeme emocionální i kognitivní podporu konstruktivního chování
- Ošetřujeme případné krize při neúspěchu a pochybnosti o sobě samém
- Zaměřujeme klienta na konkrétní a efektivní strategie a způsoby chování, z nichž některé mohou být velmi specifické

#### Technika:

- Hodnocení výsledků v postupných krocích, na různých škálách, především pochvala
- Deník pacienta by měl obsahovat v této fázi self-monitoring, který s ním na kontrolních sezeních probíráme
- Potřebná úprava kontraktu

#### Možné důvody problému s vypracováním plánu změny:

- Klient zaujímá k plánu ambivalentní, lhostejný či přímo negativní postoj, plán je spíše celý záležitostí poradce
- Plán není dostatečně konkrétně formulován
- Plán se poté zapomíná kontrolovat

- Plán není reálný kvůli specifickým neschopnostem klienta, s kterými se nepočítalo
- Plán je celkově příliš restriktivní či ambiciózní, mimo realitu, nepomáhá, spíše odrazuje

#### **Fáze udržení změny (prevence relapsu):**

- Podpora nové *identity*
- *Zachycení* a ošetření případného *návratu ke starým vzorcům* chování
- Podpora a konkrétní pomoc při *vývoji pozitivních návyků*
- *Monitorování risků*
- Vedení v dalším *osobnostním rozvoji*
- Úprava a rozvoj konstruktivních *vztahů s bližními*
- Budování změněné *sociální sítě*

#### Technika:

- Intermitentní vypracovávání plánu dalšího rozvoje
- Příprava na nové sociální i psychologické situace – imaginační a behaviorální nácvik
- Setkání s bližními, informace o procesu, jak se chovat při případných problémech

## **Intervence vycházející z primární prevence**

**Všeobecná intervence** z oblasti primární prevence se týká jedinců, kteří jsou sice bez drog, ale nějakým způsobem jsou jimi ohroženi, ať již nezdravou atmosférou přesvědčení o „normálnosti pití či požívání drog“, nebo jejich zvýšenou dostupností. Cílovou populací jsou tedy nejčastěji děti a mladiství, případně ti, kteří procházejí nějakou pro ně významnou a náročnou životní situací – studijní pobyty v zahraničí, těhotenství, účast na konkurzech, obtížných výcvicích. Vhodnou formou intervence jsou tzv. peer programy.

Jiná, již **selektivní preventivní intervence** vychází z vědomí specifického ohrožení jedince drogou (Jde např. o genetickou predispozici k návykovým nemocím v příbuzenstvu nebo dítě žije v prostředí, kde se droga běžně užívá, může být problémovým či závislým uživatelem drog dokonce vychováván.) Specifickým ohrožením může být emočně silný vztah s problémovým uživatelem drog (říká se, že závislost se šíří po vztazích, „viry“ jsou poškozující informace, vůči kterým je dotyčný díky důvěřivému vztahu s uživatelem bezbranný). K ohroženým jedincům patří i nositelé nějakého psychického problému či ti, kteří se setkali během svého vývoje se sociopatickým prostředím. Zvláštní pozornost bychom měli v rámci specifické intervence věnovat obětem zneužití, ve školním věku obětem šikany, ale např. specificky těm, kterým např. nějaká událost (např. nemoc) znemožnila pokračovat v některé výrazné – životu smysl dávající - činnosti (špičkový sport, umělecká kariéra).

**Indikovaná prevence** je určena těm, u nichž ještě není možné diagnostikovat škodlivé užívání nebo závislost, ale kteří vykazují některé varovné známky užívání návykových látek.

Zvláštní skupinou jsou **děti závislých rodičů s možností specifického poškození**. K lepšímu porozumění a ošetření některých událostí je užitečné znát jejich typické osobnostní charakteristiky, u kterých můžeme přiměřeně intervenovat:

- v dospívání trpí **osamocněním**, dokážou se zcela zapřít jen ve jménu oblíbenosti, přátelství či souhlasu  
Intervence:  
Ukazovat jim, že jakýkoli postoj přináší své ctitele i nepřátele a není proto třeba ztratit kvůli druhé osobě sebe sama
- nadchnou se často pro **projekt, který nedokážou dotáhnout do konce**  
Intervence:  
Probírat a pojmenovávat na základě analýzy jejich chování jejich současné schopnosti a možnosti, navozovat stav přijemnosti doprovázející nepřekračování svých možností
- **nedokáží říci ne**  
Intervence:  
Učíme asertivitu, podporujeme ve všech činnostech, které nahlížíme jako možný rozvoj sebedůvěry
- často spíše v komunikaci **sdělují to, co druhý chce slyšet** než co se skutečně stalo  
Intervence:  
Ukážeme jim rozdíl mezi lží a taktností na konkrétních případech, které přinášejí do ordinace

**Dětem vystaveným sociopatologickým jevům** bychom měli věnovat pozornost s jasným limitem, užívat nehrozivých způsobů a hlasu, pozitivně je povzbuzovat v aktivním začlenění, všimati si jejich úspěchů; také jim pomáhat debatou o některém dlouhodobějším úkolu, aby se na něj lépe koncentrovali a dovedli ho do konce. V případě, že dítě stojí o naši blízkost, neodmítáme jí, sami se však chráníme před možným problémem, který by mohl zde snadno vzniknout.

## **Partnerství a učení intimity**

Nejdůležitější primární prevencí je učit děti adekvátním vztahům, zvláště těm, v jejichž rámci je naše osobnost formována. Specifickou dovedností ve vztazích je **schopnost intimity**, být blízko sám se sebou či s jinou osobou a přitom se v této blízkosti neztratit. Lidé si dnes hodně vysoko cení možnosti své seberealizace a zvláště mladí lidé proto nesnáší ovládnutí ve vztahu. Technické vymoženosti dali navíc lidem šanci uvolňovat se z příliš zavazujících se a nepříjemných vztahů a tak to dosti často dělají. Na druhé straně však platí pocitem samoty a neschopností budovat dlouhodobý partnerský vztah s dostatečnou kvalitou intimity. Intimita je dosti často zaměňována za vztah, který přichází sám od sebe, kde jsme chápáni bez nutnosti vysvětlování, kde druhí jakoby samozřejmě nám vyplňují všechna naše tajná přání. Je proto důležité učit různé druhy intimity (a zdůrazňovat jejich specifiku a změnu upřednostňování jednotlivých fází života) a **její pozvolné budování při dodržování určitých pravidel:**

- „Nečti“ myšlenky
- Sděluj pocity, představy, myšlenky

- Mluv o chování osoby, a ne o osobě samotné, chceš-li něco vytknout („děláš to a to“, „jsi strašný, když tohle děláš“)
- Sděluj druhému svůj názor krátce, nedovolávej se „pravdivosti“ svého tvrzení (to by odlišný názor druhého musel být lží), poslouchej, co ti druhý říká
- Opírej se hlavně o pozitivní pocity z chování druhého, podporuje jejich rozvoj

Při vhodné příležitosti, když např. chceme zdůraznit určitý druh chování, je seznamujeme s **vývojovou škálou intimity a diskutujeme o tom, v jaké fázi asi jsou:**

nižší úroveň

- člověk na sebe soustředěný (egocentrismus)
- partner prostředkem k uspokojování svých cílů

střední úroveň:

- soustředěný na roli
- chápe, že druzí mají potřeby, ale postrádá komplexnost a hloubku
- konvenční odpovědi, chybí intuitivní vcítění se do druhého, popisy vztahů nabývají forem stereotypních představ
- vyžaduje „jasné“ zprávy od druhého

vyšší úroveň I. stupně:

- individualizovaný a schopnost uznávat partnerovu individualitu a její rozvoj
- intimita překračuje stereotypy, hloubka a sch. vypořádat se se zklamáními, tolerovat střety, dělat kompromisy

vyšší úroveň II. stupně

- cení si více průběh vztahu víc než úkoly v něm
- ví o svých potřebách a jak je uspokojovat ve vztahu
- učí se, jak se vzdát minulých nezdravých vztahů a jak si vybírat nové zdravé partnery
- pracuje na přijetí nedokonalosti druhých
- pracuje na tom, aby byl méně soustředěn na sebe a učí se, jak vidět věci z hlediska druhého člověka, aby dokázal rozvíjet vzájemný vztah, ve kterém by mohli oba partneři svoje potřeby uspokojovat

Upozorňujeme na častý omyl mladých lidí v jejich vztazích v tom, že jedinec vyžaduje uznání své individuality na úkor druhého způsobem, že ho obviňuje (projikuje do něho své vlastní vidění, které nemá nahlédnuto) ze sobectví. Je proto dobré se škálou pracovat ve skupině, nechat je, aby sami sebe i navzájem se do ní zařadili škály a chápali, jakým směrem mají v kvalitě vztahu na sobě pracovat.

Jednou z extrémních forem závislosti na druhém může být dlouhodobý, nicméně velmi frustrující vztah, který může nabýt formy velmi nepřátelské, o to však neméně intenzivní.

V matrimoniologii nazýváme takový jev debaklem („nemůžeme být ani spolu, ani bez sebe“). Jakmile takovou podobu závislostního, psychologicky sadomasochistického vztahu u dospělého zjistíme, doporučujeme jedinci důrazně návštěvu rodinné poradny, neboť potřebuje na sobě několik let pracovat. U dětí je závislost na své původní rodině normální, u dospívajících ale

dochází k postupnému osamostatňování a když proces nedopadá dobře, hrozí deficit ve zralosti osobnosti. Často v takovém stavu dochází k tzv. pseudozralosti, v kterém dospívající vyžaduje práva dospělého, není však schopen dostávat svým závazkům odpovídajícím jeho věku a hledá tzv. rychlá řešení. V takovém zanedbaném stavu jsou tyto lidé nejvíce ohroženi drogami či jinými sociopatickými poruchami chování.

Vedle informací co všechno je obsahem intimity ( např.: orientace ve vztahu, péče nebo zájem, sexualita, oddání se a otevřenost, komunikace), můžeme pacienta seznamovat s intimitou prostě rozhovorem o vztahu. Prostými odpověďmi si jedinec mimovolně vytváří orientační strukturu **intimity**. Uvádíme zde jedno možné **schéma takového rozhovoru**:

- „*Jak dlouho jste si blízcí ?*“
- „*Mohl byste toho člověka stručně popsat ?*“, „*Jaký je ?*“
- „*Co si o vás myslí ?*“
- „*Kterým činností se věnuje každý zvlášť ?*“
- „*O jakých věcech spolu obvykle hovoříte ?*“, „*Svěřujete se se svými starostmi a problémy a řešíte je spolu ?*“
- „*Hovoříte o vašem vzájemném vztahu - o kterých záležitostech z něho ?*“
- „*Tolerujete problémy nebo odlišnosti ve vztahu ?*“
- „*Kdo obvykle první vyvíjí úsilí k vyřešení těchto problémů ?*“ ( *a pokud je to nevyvážené* ) „*... tak proč ?*“
- „*Jak reaguje Vaše partnerka, když s ní chcete hovořit o problémech ve vašem vztahu nebo o něčem co se vztahu týká ?*“ „*Proč ?*“
- „*Jak reaguje vy, když partnerka s vámi chce hovořit o problému ve vašem vztahu ?*“, „*Proč ?*“
- „*Pomohlo by vám/ jí něco být vůči sobě otevřenější ?*“
- „*Říkáte si nepříjemné věci ?*“
- „*Hádáte se někdy, jak to začíná, jak se každý z vás s tím vyrovná ?*“
- „*Jakým způsobem projevujete péči a zájem o svou partnerku ?*“, „*...ona ?*“
- „*Řekla by vaše partnerka, že vás její potřeby zajímají stejně jako vaše vlastní ?*“, „*Pokud ne, proč ?*“
- „*Pokud jde o sexuální stránku vztahu, jste v tomto směru spokojeni ?*“, „*Ona ?*“
- „*Hovořili jste spolu o sex. stránce vašeho vztahu - jak často ?*“
- „*Chtěl byste, aby se v tomto směru něco změnilo ?*“, „*..., co by řekla ona ?*“
- „*Byla by vaše partnerka ráda, kdyby se něco změnilo ?*“
- „*Došlo v průběhu doby k nějakým důležitým změnám ve vašich sex. vztazích ?*“, „*Jak jste na ně /ona reagoval/a ?*“
- „*Jak moc vám na tomto vztahu záleží ?*“
- „*Máte někdy rozporuplné pocity v souvislosti s tímto vztahem ?*“
- „*Přemýšlíte někdy o možnosti jiného vztahu ?*“

Děti a dospívající se v hledání svého místa ve vztazích k důležitým lidem pohybují na dvou osách (dle Eriskonova schématu psychosociální krize):

- Věrnost oproti zapuzení
- Lásky a výlučnosti

Jestli do té doby jim byly dávány autority bez jejich větší zpětné vazby, nyní by oni sami měli poznávat pozitivní autority, případně charismatické vůdce a umět s nimi vycházet. Měli by umět rozpoznat falešné autority, často přítomné v drogovém světě. Na druhé straně by se měli učit prosadit se mezi vrstevníky, a učit se vytvářet a ovlivňovat partnerské vztahy. V tomto ohledu

můžeme dětem i dospívající již hodně nabídnout, neboť v posledních padesáti letech spolu s rozvojem psychologie se objevila celá řada technik (např. asertivita, komunikační a vyjednávací dovednosti), které jsou nabízeny v různých programech. Máme-li o nich přehled, můžeme je svým pacientům vhodně nabízet. My sami na základě našich znalostí či vzdělání můžeme v samotném dialogu dospívajícímu pomáhat upravovat jeho percepce a uplatnění v interpersonální oblasti.

### **Intervence vycházející ze sekundární prevence**

Intervence vycházející ze sekundární prevence se týkají jedinců, u nichž již byla zjištěny výrazné problémy s drogou či dokonce abstinence a je tedy třeba výrazné úpravy celkového životního stylu, v případě závislosti již i abstinence od dané drogy, případně i abstinence od jiných drog. Intervence v počátku tak výrazné změny by měla reagovat na střetnutí se s realitou nového života:

Doporučujeme zklidňovat, odsunovat řešení problémů na dobu, kdy bude pacient dostatečně integrován, aby situaci s naší pomocí zvládal lépe. Poskytujeme **přítom emoční a kognitivní podporu abstinence vzorci chování**. Je třeba také zvážit, zda není vhodnější pomalejší a dlouhodobější intervenování formou psychoterapie než jen občasné ad hoc intervence. Při nedostatečných výsledcích je dobré zvýšit intenzitu léčebného působení u nás i u dalších specialistů.

### **Efektivní intermitentní intervence**

Efektivní intermitentní (občasnou) intervenci používáme **u jedinců s psychickými problémy** (zvl. porucha pozornosti, zvýšená úzkost či snížená sociabilita a poruchy emočního ladění), kteří nás navštěvují pravidelně s různými problémy a kterým neposkytujeme v protidrogové oblasti dlouhodobé psychologické vedení. Jde o to, že jedince známe i s jeho pozadím, máme však možnost zasahovat jenom ve chvíli, kdy k nám přijde na návštěvu, někdy i s jinou obtíží. Při ní se chováme následovně:

- Upozorňujeme je na ohrožení v případě vlastních pokusů ***léčit své problémy drogami***
- Věnujeme jim, můžeme-li, ***zvýšenou pozornost***, kterou vyjadřujeme nejenom profesionální, ale i prostý lidský zájem udělat pro dospívajícího věci, které překračují rámec standartu. Nabízíme možnost zavolat i mimo ordinační hodiny, nechat se občas unést obsahem sdělovaného a „zapomenout na čas“ Čteme jejich deník, je-li nám nabídnut, či ***účastníme se na jejich významných událostech*** (pohřeb rodiče, maturitní ples).
- Jsme-li ***obdarováni maličkostmi***, které pro nás např. děti udělali - volíme formu vhodné vstřícné reakce, např. emailového dopisu, taktéž nějaké malé pozornosti (např. sladkost na talíři, propagační leták s vysvětlením, vyjádření potěšení ze setkání, dání najevo, že jsem na ně mimo ordinační hodiny mysleli apod.)

Vycházíme vstříc těmto potřebám dětí a dospívajících hlavně v případech emocionálního či pozornostního zanedbání ze strany rodičů, když děti v nás hledají do jisté míry náhradní rodiče.

Často pomůže, když ukážeme rodičům náš vlastní zájem o jejich dítě, aby se mu spolu s námi více věnovali.

Kvůli nebezpečí možného nařčení z překračování hranic volíme intervence tak, aby o nich někdo jiný věděl a rozuměl důvodu našeho jednání a v případě podezření na neetické jednání byl naším svědkem. Může např. posloužit i role supervizora.

## **Krizová intervence**

Verena Kastová, švýcarská psycholožka, rozumí pojmu krize jako šanci zásadní proměny v životě jedince, jako bodu zvratu, kdy by měl člověk odložit staré, v dané situaci neúčinné strategie chování a řešení a objevit nápad, ideu, která se pro zvládnutí příslušného problému jeví jako nejvhodnější. Z hlediska potřeby odvrácení se z nastoupené drogové cesty je vlastně krize něčím, co nám dává (ne zadarmo – krize je také ohrožením) naději na změnu. Podmínkou je ale její úspěšné zvládnutí. **Předpokladem úspěchu jsou následující faktory:**

- Rychlé navázání **kontaktu** s klientem
- **Orientace** v okolnostech, které vyvolaly krizi
- Porozumění dosavadním **pokusům** krizi zvládnout
- Při intervenci se koncentrujeme hlavně **na zvládnutí krize**, ostatní necháváme na později, určitě v případě např. pokusu o sebevraždu nedáváme najevo neadekvátnost jeho chování
- Pomáháme krizi zvládnout tak, aby se jedinec při tom také **naučil** příště podobnou situaci zvládnout
- Naše překlenování špatného zážitku by nemělo vést k formování příznaků, tedy by nemělo být prostým potlačením či dokonce popřením
- Zbytečně **intervenci neprotahujeme**, ukončujeme ji obvykle s dojednáním určitého monitoringu během následujících hodin a nabídkou někoho k dispozici (třeba i sebe) v případě potřeby pomoci

**V souvislosti s drogami se nejčastěji setkáváme s následujícími vyostřenými situacemi, v nichž není jedinec již schopen sám situaci zvládnout:**

- **Psycho-biologické krize pod působením drogy** – předávkování, sebevražda ...  
Intervence:  
Detoxifikace - rozhodujeme dle závažnosti stavu, zda je nutná medikace a hospitalizace
- **Po velmi nepříjemném zážitku v intoxikaci**  
Důvodem je pacientova úzkost či panika navozená prožitkem, který nám není ochotný či schopný říci a je proto potřeba neusuzovat zbrkle na neadekvátně úzkostnou či hysterickou reakci.  
Intervence:  
Zklidnění pacienta a snaha získat co nejvíce informací. Podněcujeme komunikaci, mobilizujeme podpůrnou síť a snažíme se navodit atmosféru jistoty a bezpečí hlavně proto, aby jedinec mohl ke zpracování předložit co nejvíce.  
Víme-li, že jedinec požívá drogy již delší dobu, postupujeme otázkami, které pochází ze systemického přístupu:



- zdůrazňujeme, že již v minulosti krize prožil, proč právě nyní se obrací o pomoc?
- Snažíme se jeho rozhodnutí obrátit se o pomoc interpretovat jako poučení se a „zmoudření“, tedy formulovat čin pozitivně
- Ptáme se, jak dříve podobné situace řešil, co pomohlo, v čem se poučil
- Zjišťujeme, čím se nynější situace liší od těch předešlých, co je nyní jinak?

- **Po detoxifikaci – střetnutí se s realitou nového života**

Intervence:

Snažíme se spíše pacienta v počátku abstinence zklidňovat, odsunovat řešení problémů na dobu, kdy bude dostatečně integrován, aby situaci s naší pomocí zvládal lépe. I zde je třeba po takové krizi znovu zvážit, zda by nebylo vhodné pomalejší a dlouhodobější intervenování formou psychoterapie než jen občasné ad hoc intervence.

- Selhání při stresu z **nezvládnutí svého života a následným ohrožením cravingem, případně relapsem** do starého vzorce prodrogového chování

Intervence:

Snažíme se vyhovět naléhavosti konzultace, pomáhá i pouhý telefon; snažíme posílit intenzitu terapeutického vztahu a tím chráníme před intenzitou tlaku, kterou pacient akutně pociťuje. Každé zvládnutí (i s naší pomocí) takové krize nesmírně pacienta posiluje, na druhé straně její zanedbání vyvolává chronifikaci a poté i selhání, na které hlavně bližní reagují „propadnutím do pesimismu ohledně možnosti pacientova vyléčení“)

Jsme opatrnější u pacienta s problémovým užíváním drog a být v anamnéze pozornější k jeho případným pozdějším krizím (situační, pramenící z jiné osobnostní psychopatologie, či vývojové) které s drogami nesouvisí - zanedbání může recidivu vyvolat. Doporučujeme delší psychoterapii, když jde o komplikovanější problém.

- **AVE** - Specifickou krizovou intervencí vyžaduje stav nazvaný z Marlattovy koncepce prevence relapsu „**Stav ohrožení abstinence**“ - **Abstinence Violation Affect AVE** . Jde o situaci bezprostředně poté, kdy jedinec po nějaké době dodržování abstinence požil znovu drogu.

Intervence:

V případě, že na situaci byl specificky připraven:

Pro takovou příležitost obvykle necháváme pacienta připravit si vlastní kartičku, kterou si v takové situaci čte a která vypadá následovně:

- Než budeš pokračovat, změň místo a nech si 10 min. na zvážení následujících bodů:?
- Uchýlení se z tvého programu není neobvyklé prostě jsi udělal chybu. Nejsi ale ten, kdo prohrál
- Uklouznutí jednoduše naznačuje, že musíš být opatrnější
- Uvědom si chyby a uč se zkušeností. Jakou techniku bys nyní mohl použít na zvládnutí chutě za podobných okolností?
- Není potřeba se cítit vinen, frustrován
- Vrať se nyní ke svému programu, teď hned.

Pokyny z této kartičky můžeme použít jako návod na vhodnou intervenci i my sami, volá-li nám někdo v takové situaci. V takových situacích se snažíme kontaktovat i jiné lidi, kteří člověku mohou pomoci odvozem z místa, kde právě je, poskytnutím času ohlídat jej, mluvit a být s ním v prostředí, kde nehrozí pokračování v braní drog či pití. Vyplácí se udržovat v prvních hodinách častý telefonický kontakt a do 24 hod. osobní setkání k psychologickému uzavření celé záležitosti tak, aby se tím již pacient nemusel trápit. U dětí je třeba se vidět i s rodiči, a navodit opět psychologický stav abstinence.

V případě, že na situaci nebyl specificky připraven nebo v rámci přípravy volá právě nám:

Snažíme se pacienta zklidnit, udělat potřebné kroky aby se dostal do bezpečí (někdo u něho je a nemá přístup k droze) a pokračujeme v monitoringu, často i s pomocí člověka, který s ním je. Pro ritualizované ukončení této situace doporučujeme domluvit konzultaci u nás, kde nám pacient sdělí ucelený příběh, co se vlastně stalo, jak tomu rozumí, a co plánuje s tím, že souhlasí, abychom ho v začátku monitorovali (zprávu nám může podávat dokonce i on sám). V případě, že zjišťujeme nutnost intenzivnějšího ošetření (např. detoxifikace pod dohledem bližního, odborníka či instituce) snažíme se ho přesvědčit, aby přijal naše doporučení.

## **Motivační rozhovor**

Motivační rozhovor je poradensko-terapeutickou technikou, urychlující proces vyřešení ambivalentního pocitu a rozhodnutí jedince udělat změnu v chování týkající se drog. Jde o posílení či dokonce vyvolání motivace k této změně. Mladí lidé reagují obranně na příliš direktivní přístupy, nedirektivní přístupy u drog však také zcela selhávají. Motivační rozhovor vybírá to použitelné z obou přístupů. Nechává rozhodnutí a odpovědnost za rozhodnutí na klientovi, na druhé straně však na rozdíl od nedirektivní psychoterapie sama upozorňuje na pravděpodobné zhoršování stavu v budoucnosti a radí jednoznačně konkrétní změnu. Obchází se tak vlastně většina obran, která běžně proces změny blokují. Vedle posilování motivace ke změně pomáhají také sestavit její plán a tuto změnu si pak v chování udržet. Nevyhýbáme se při této technice ani práci s jeho bližními a upozorňujeme je na potřebu změnit své chování a podporujeme je při tom.

Tento postup je součástí celkové strategie zvyšování motivace ke změně a tím i k léčbě. Techniku můžeme použít v jedné konzultaci nebo může být určitou strategií při dlouhodobé práci s pacientem.

V Motivačním rozhovoru jde v zásadě o to, pochopit situaci klienta, napomáhat jeho konfrontaci s fakty ohledně jeho ohrožení, sledovat připravenost ke změně a respektovat přítomnost

ambivalence. Vytváříme empatii, upozorňujeme na rozpor v jeho chování a cílech, které sleduje, vyhýbáme se sporu a podporujeme jeho důvěru v možnost potřebnou změnu udělat.

### **Základní kroky Motivačního rozhovoru:**

V technice motivačního rozhovoru dodržujeme následující intervenční kroky:

- poskytnout pacientovi **informaci o poruše** a možnosti jejího ovlivnění svým vlastním chováním, nabídnout leták či jiný materiál k podrobnější informaci či poradit způsob, jak se k dalším informacím dostat
- zdůraznění, někdy spíše vysvětlení mechanismu rozvoje **negativních následků**, jestliže v sebepoškozujícím chování bude pokračovat – snažíme se rozbít pacientovy zavádějící mýty, které o následcích obvykle zná
- dát pacientovi **radu, týkající se konkrétní změny jednání** – zvláště omezení drogy či úplné abstinence od ní
- doporučit pacientovi **konkrétní formu pomoci** ve změně svého jednání, např. návštěvy specialisty, schůzek anonymních narkomanů či určitou formu léčby
- vyvolat či **zvýšit motivaci ke změně**
- kontakt s **dalšími členy rodiny**, jejich případné vedení, aby byli svým chováním řešením problému nápomocni
- domluvit se na **kontrolní návštěvě** - výsledky naší intervence

### **Příprava pacienta k přijetí do ústavní péče**

V případě, že volíme ústavní léčbu, patří k motivačnímu rozhovoru připravit pacienta na přijetí:

- Jasně formulujeme problém a **důvod hospitalizace - smysl a účel léčby**:
- Zastavit užívání drogy, zajistit medicínskou péči v případě tělesné či psychické krize doprovázející abstinenci syndrom
- Pomoci překonat nejsilnější bažení a nutkání brát drogu v prvních hodinách, dnech a týdnech
- Pomocí osvojit si účinné strategie zvládnání abstinence
- Pomoci řešit největší problémy, s jejichž řešením si pacient neví rady
- Popíšeme rozsah **nabídky během léčby**, případně dáme informační leták
- Zmíníme se o **dalším plánu po léčbě**, případně o variantách jiného vývoje, např. nedokončené léčby. Snažíme se domluvit případné chování zvláště u příbuzných.
- Poskytneme podporu, dáme najevo, že hodláme s pacientem, pokud on o to bude stát, **nadále udržovat kontakt**
- **Jmenujeme**, pokud můžeme, **někoho v instituci, do které ho posíláme**, případně ho popíšeme ve formě např. našeho vztahu k němu, aby jedinec měl pocit návaznosti.

Můžeme volit i formu telefonu dotyčné osobě před pacientem s tím, že mu sjednáme schůzku nástupu naprosto konkrétně.

## **Intervence vycházející z Prevence relapsu**

Protidrogová léčba se jednak zabývá změnou postoje k léčbě a k úzdavě a poskytuje k tomu potřebné informace a dovednosti. Nejdůležitější dovedností, kterou by si měl pacient osvojit, je umět předcházet recidivě. V osmdesátých letech byla vytvořena Marlattem teorie Prevence relapsu, která nabízí pacientovi možnost, aby se naučil zvládat v tomto ohledu sám sebe. Učí nové zvládací strategie, pomáhá pacientovi upravit očekávání týkající se užívání drog a změnit osobní zvyky a životní styl. Časem se Prevence relapsu stala hlavním zaměřením protidrogové léčby a obsahuje 9 kroků:

- Stabilizace
- Vyšetření
- Pacientovo vzdělání
- Identifikace varovných znaků
- Přehled programu úzdavy
- Inventory training
- Přerušování dynamiky relapsu
- Začlenění významných bližních
- Sledování a posilování v udržení abstinence

Dle této teorie se recidiva nenahlíží jako něco, co již pacient nemůže ovládat, ale naopak něco, co může včas poznat a v případě, že se recidiva již děje, může se chovat tak, aby nastalo minimální poškození u něho i u jeho bližních.

V rámci této teorii byly popsány vzorce chování a nebezpečné momenty a znaky, které recidivu ohlašují a je třeba, aby se pacient včas bránil úpravou svého chování či zintenzivněním svého doléčovacího programu. Jde o následující jevy:

- Návrat vzorce **popírání**
- **Vyhýbací chování**- vyhýbá se situacím, myšlenkám, pocitům – bolestnými/nepříjemným
- **Krizové situace** – jakákoli velká změna (+/-) – může narušit rovnováhu a zvýšit přání nebo touhu uniknout do užití drogy
- Pocity , že se mi život vymyká **kontrole** – obviňování ostatních za nepříjemné / nechtěné situace. Nepřejímání zodpovědnosti za vlastní přání a potřeby
- Situace spouštějící vzorec **odmítání, izolace či zhoršeného usuzování**
- **Deprese** – pacient začíná pociťovat úzkost, neschopnost koncentrovat se, nespavost a možné pocity sklíčenosti a viny
- **Přílišné reagování** – na lidi a situace zvýšenou iritabilitou

- **Percipovaný nedostatek možností** – nevidí východisko ze špatné situace či se cítí být v pasti

### **V praxi Prevence relapsu se používají tři hlavní intervenční strategie:**

- **Nácvik dovedností** – jde o vývoj behaviorálních a kognitivních reakcí ke zvládnutí vysoce rizikových situací, hlavně v těchto oblastech:
  - Asertivita
  - Zvládání zlosti
  - Zvládání stresu
  - Komunikační dovednosti
  - Sociální a partnerské (souvisící se sblížením se) dovednosti
  - Manželské terapie
- **Změna myšlení** – jedná se hlavně o postupy k vytvoření nových způsobů myšlení okolo změny návyku. Dovoluje pacientovi zacházet s chutí a varovnými signály tím, že si vytvoří představu zvládnutí a změní způsob reakce na počáteční uklouznutí
- **Úprava životního stylu** - posilujeme pacientovu celkovou schopnost zvládat život a unést častost a intenzitu bažení

Tyto intervenční strategie obsahují dovednosti, na jejichž nabídku reaguje pacient obvykle velmi pozitivně, protože cítí, že mu pomáhají a že jeho samotného zkompetentňují. Situace s pacientem je proto pro nás daleko pozitivněji zarámována, máme-li možnost výcvik v těchto dovednostech pacientovi nabídnout.

## **Intervence vycházející z terciární prevence**

Tento druh intervence se zabývá jedinci, kteří jsou závislí a nehodlají s užíváním drog přestat. Jejich chování však může být modifikováno alespoň tak, aby docházelo k minimálními poškození. Posledních třicet let je hlavní intervenční strategií v této oblasti tzv. „Minimalizace škod – Harm reduction.“ Z hlediska celospolečenského jde o ochranu většinové společnosti před rizikem šíření infekcí z drogové populace, z hlediska jedince pak je prvním stupněm intervence, prvním kontaktem, kterým na jedince můžeme působit, protože při něm je jedinec ochoten a schopen do určité míry spolupracovat.

Intervence spočívá v nabídce materiálu potřebného k užívání drog (injekce apod.), náhradní látky (substituce) za pouliční drogu s tím, že ji pacient užívá pod lékařskou kontrolou a spolupracuje přitom na sledování svého zdravotního stavu, abychom zachytily infekce vycházející z jeho životního stylu a další tělesné komplikace, souvisící např. s předávkováním apod. Kontaktem s námi se snažíme také o postupné ovlivňování jedince s nahlédnutím zhoršování jeho stavu a motivujeme jej pak ke změně chování. Tato intervence se provádí buď přímo v terénu (terénní programy, streetwork) nebo v nízkoprahových kontaktních centrech (K-centra), která navíc k výměnným programům, kontaktnímu poradenství a edukaci ještě obvykle poskytují základní zdravotnické ošetření a vitaminový, potravinový a hygienický servis. Praxe této metody ukazuje na snížení trestné činnosti a prostituce provozované pro získání drogy.

Z hlediska lékaře pro děti a mládež je třeba, aby byl lékař obeznámen s konkrétní praxí těchto aktivit v místě jeho pracoviště a v případě, že se setká s takovým případem, byl schopen pacienta na tento program navázat. Z hlediska mladých lidí lze pak doufat, že půjde o první kontakt, který skončí zásadní úpravou života mladého člověka.

## V. Kapitola - Práce s rodinou

### Intervence v rodině dospívajícího bez problému s drogou

Při protidrogové prevenci v rodinách svých pacientů **doporučujeme rodičům opatření**, kterými lze účinně riziko drogových potíží omezit:

- **Mluvte s dětmi o drogách**, zvláště tehdy, reagují-li nezvykle podrážděně na toto téma
- **Vysvětlete** jim o co jde, drogy nejsou žádné tajemství
- Děti toho ví o drogách hodně - **nepodceňovat** - Naslouchejte pozorně a všimněte si detailů
- Pomozte svému dítěti nalézt a udržet **sebedůvěru**
- Učte **schopnosti sebehodnocení** - pochválit
- Pomozte vytvořit si pevný **hodnotový systém**
- Podporujte schopnost **rozlišit mezi dobrým a špatným** – dítě dojí samo - ne mentorovat
- Pomoci zvládnout **negativní tlaky** ze strany vrstevníků
- Podporujte jeho **individualitu** - nemusí být jako ostatní, ale jedinečný
- Podporujte všechny pozitivní aktivity vašeho dítěte
- Dohlédněte na způsob trávení **volného času** - aktivně vyhledávat zájmy a volno svého dítěte - Investovaný čas i peníze, který se vyplatí.

#### U rodičů podporujeme či učíme:

- aby uměli **vyjádřit rodičovskou vřelost a emoční podporu** – umět vyjádřit své myšlenky a pocity a umět o nich hovořit na metaúrovni, když není vhodné je vyjádřit přímo (např. „mám na tebe takový vztek, že s tebou nechci mluvit, abych ti neřekl, co nebudu schopen vzít zpět“, „mám strach, že se budu bát“, jsem na tebe vždy pyšný, když se chováš ... takto“)
- aby uměli vhodně vést své děti **od egocentricity** k fungování **ve své vrstevnické skupině** ( a také aby vytvářeli vhodný prostor pro takové dění)
- aby se uměli **zdržet přílišné protektivity** a rozmazlování svých dětí a nechávali jim vhodný prostor pro samostatná řešení každodenních situací, které život vždy bude přinášet
- aby uměli unést případnou nepohodu svých dětí a **nechali je řešit či hledat adekvátní chování** v takových situacích
- zvnitřnit u dětí **potřebu určitého řádu**, režimu či pořádku ve svých věcech
- vybudovat u svých dětí **dostatečně spolehlivou disciplínu** – umět plánovat, pracovat a své úkoly dotahovat do konce

- v rozhodnutí investovat někdy i přehnané **finance do dobrého vzdělání** svých dětí a jejich vhodných **zájmových činností**, mají-li od svých dětí delší dobu zpětnou vazbu, že o tuto činnost mají skutečný zájem, naopak jasně varovat před kvapnou investicí do činností, v které ještě dítě neukázalo dlouhodobější zájem

Zvláštní péči věnujeme rodičům, jejichž děti jsou vystaveni více než ostatní **sociálně-patologickým jevům a doporučujeme v chování k jejich dětem následující:**

- neodmítat potřebu blízkosti s tím, že už jsou velké
- věnovat jim pozornost s jasným limitem
- užívat nehrozivých způsobů a hlasu
- všimát si jejich úspěchů, pozitivně je povzbuzovat v aktivním začlenění
- hovořit s nimi o některém dlouhodobějším úkolu - pomáhat jim se na něj koncentrovat aby ho dovedli do konce.

Dětem nabízíme prostor k ujasnění si možné realizovatelnosti svých snů, svých přání a hodnot. Intervence by měla v takovém případě obsahovat hodně reflexe:

- „Slyším, že říkáš ...“
- „Zdá se mi, že si nedovoluješ ...“
- „Vypadá to, že ti jde hlavně o ...“
- „Kdybych nyní byla tvou kamarádkou, asi bych v takové situaci cítila z tvé strany nezájem a ne stud jak říkáš ...“

## **Intervence v rodině dospívajícího s problémovým užívání drog**

**U bližních problémového pacienta** začínáme obvykle s tzv. doprovázením a po navázání důvěry učíme vhodným formám chování. V rodinách, kde zaznamenáváme nedostatek péče či základního náhledu na problém, často vyjasňujeme, někdy i přesvědčujeme a svádíme k terapeutickému procesu, který my nahlížíme na rozdíl od celé rodiny jako potřebný.

**V situacích, kdy se jedná o nezletilého toxikomana** a rodina se dopouští zásadních chyb, kvůli kterým problémy dostávají administrativní rozměr (péče o děti, soudy, úřady), někdy i vytváříme tlak a jakýsi dohled nad chováním celé rodiny.

**Při práci s bližními problémového uživatele drog postupujeme přibližně následovně:**

- snažíme se, aby po úvodních telefonátech či individuálních návštěvách jednotlivých členů úvodní fáze procesu obsahovalo alespoň **jedno sezení, na kterém:**
  - všichni členové formulují svou percepci problému, o který se jedná a svou představu zakázky pro nás
  - na základě individuálních rozhovorů s každým zvláště sdělujeme své vidění problému, diagnózy či stavu závažnosti onemocnění (intenzity a rozsahu závislosti)
  - sdělujeme svou představu procesu, který by vedl k uzdravě
  - sdělujeme nabídku svého centra, co z toho můžeme my a jaké centrum nebo jakého terapeuta doporučujeme na další postupy

- vyjednáme reálnou podobu postupu, se kterou souhlasí všichni členové. Nevadí, když s postupem nesouhlasí dítě pod 18 let, důvěřujeme-li rodiči, že bude úspěšný v donucení dítěte program alespoň formálně plnit.
  - Domluvíme termíny jednotlivých programů pro různé členy rodiny a termín opětného setkání s celou rodinou, které je obvykle za 6 - 8 týdnů a kde bychom mohli konstatovat dosavadní výsledky programu a domluvit další postupy, případně jinou strategii.
  - Dohodneme se na osobě, se kterou se budeme vzájemně informovat o případných problémech v programu (absence, pozdní příchody, placení, velký odpor téměř znemožňující další práci), či problémovém chování závislého mimo program (zprávy z pracoviště či ze školy, chování dítěte doma, jeho útky, krádeže apod.)
- pracujeme v individuálních či skupinových sezeních s jednotlivými rodinnými členy tak, aby byli schopni:
- uvědomit si povahu procesu závislosti
  - pochopit svou vědomou i nevědomou kooperaci na úzdavě či udržování drogového chování
  - změnit ve své percepci, prožívání i chování nevhodné navyklé vzorce tak, aby více pomáhali svým závislým bližním k trvalé

## **Základní postup práce s rodinou dospívajícího závislého na drogách**

Všechny výzkumy potvrzují větší efektivitu protidrogové intervence, můžeme-li pracovat i s dalšími členy rodiny, ve které adolescent vyrůstá. V zásadě se snažíme u rodiny, která se na nás s takovým problémem obrátí, o následující postup:

- Zklidnění rodiny
- Zjištění závažnosti stavu:
  - Vývoj vzorce chování při braní drog
  - Historii pokusů o pozitivní změnu, s jakým výsledkem, kdo se angažoval, jak dlouho, s jakým výsledkem
  - Vývoj postoje jednotlivých členů rodiny k toxikomanovi
  - Zjištění současného dynamického vzorce chování v rodině
- Sdělíme náš názor na intenzitu a podobu problému, případně diagnózu a informujeme o potřebných postupech
- Vyjednáváme s rodinou a pacientem reálné možnosti dalšího postupu (včetně doporučení k dalším odborníkům), případně svou nabídku, vyjednáme kontrakt

### **V případě, že máme možnost pracovat na problému více, postupujeme následovně:**

#### **Práce s toxikomanem:**

- Zajištění abstinence
- Postupujeme dle programu Prevence relapsu (viz dále)
- Poskytujeme emoční i expertní podporu nácviku dalších dovedností souvisejících s věkem



- Koncentrace, uvolnění, zacházení se zlostí a depresí
- Sociální dovednosti abstinovat
- Pomoc při zvládání krizových stavů

### **Práce s jednotlivými rodinnými členy:**

- Učíme členy rodiny s toxikomanem lépe komunikovat a snažíme se, aby se vzájemně domluvili na jednotném přístupu k toxikomanovi. Jsou-li mezi partnery v tomto ohledu neslučitelné rozpory, navrhuje, aby jeden z rodičů převzal „výchovu“ i s odpovědností za ní s tím, že druhý jí nebude kritizovat či dokonce bojkotovat.
- Ošetřujeme jejich pocity viny, zdůrazňujeme, že tyto pocity blokují jejich iniciativu a že je třeba spíše zaujmout aktivní postoj
- V případě kodependence ( jedinec ve vztahu s toxikomanem jeví známky neustálého zabývání se již jenom pouze tímto problémem, své zájmy procesu obětuje a jeví dokonce známky vyčerpanosti nebo i jiných závažnějších psychosomatických stavů) reflektujeme stav, informujeme o potřebě psychoterapie, nabízíme vhodné odborníky z návykových nemocí
- Existuje-li mezi rodiči partnerský konflikt (často je navozen právě vývojem toxikomanie v rodině), radíme návštěvu rodinné poradny a nezatahovat do takového konfliktu toxikomana, který jej navíc zneužívá k omlouvání svého pro-drogového chování

**I v případě, že předáváme toxikomana nebo rodiče do jiných institucí**, organizujeme pravidelná kontrolní společná sezení všech zúčastněných členů rodiny, na kterých se vzájemně informujeme o průběhu procesu, spokojenosti jednotlivých členů s procesem údravy a doporučujeme další změny postupu. Obvykle se setkáváme s netrpělivostí členů rodiny, kteří chtějí vše řešit okamžitě. Zdůrazňujeme prioritu zastavit v rodině drogy, snažit se o nerozšíření drog na další sourozence a ostatní problémy nechávat na později. Čas mezi jednotlivými kontrolními sezeními prodlužujeme tak, jak se stav postupně upravuje, nechvátáme s jejich ukončením, sledujeme stav obvykle 2- 3 roky. V tomto čase pak ošetřujeme či delegujeme ve vhodný ošetření dalších problémových oblastí v rodině. Proces kontrolních sezení ukončujeme se zdůrazněním možnosti relapsu a konkrétní možnosti obrátit se na nás v době krize či její hrozby.

## **Intervence u různých typů rodin**

Existují určité funkční typy rodin, kde se při intervenci zaměřujeme na právě tuto funkci, o které se domníváme, že svým typickým vzorcem chování může drogový problém v rodině nechtěně udržovat. Jedná se o rodiny s nedostatečnou péčí, závislostní, hyperprotektivní, výkonnostní, intelektuální, nadměrně liberální a přetížené. Níže popsané postupy jsou určitými vodítky, jak s takovými rodinami pracovat.

### **Rodina dysociální s nedostatečnou péčí**

Tyto rodiny jsou obvykle na okraji společnosti, mají problém se socializací dítěte a samo dítě vrůstá do životního stylu rodičů, u kterých nalezneme celoživotní užívání či závislost na drogách

spolu s dalšími sociopatologickými jevy. U těchto rodin se snažíme hlavně o pravidelnost kontrol s dohledem, při kterém se snažíme vést jedince ke zlepšenému chování s důrazem na negativní následky svých činů. Vystupujeme jako autorita a odvoláváme se na zákony této země a povinnosti rodičů. Žádáme o návštěvu dalších pomáhajících institucí, máme-li dojem, že je to alespoň trochu realizovatelné.

### **Rodina závislostní**

Jde o rodinu, kde alespoň jeden z rodičů je závislý nebo dysfunkční. Děti vyrůstající v těchto rodinách nesou rysy nezralosti a jejich osobnosti jsou závislostní. Při intervenování u těchto dospívajících se řídíme tím, jak se chovají:

- v dospívání trpí osamocením, dokážou se zcela zapřít jen ve jménu oblíbenosti, přátelství či souhlasu

Intervence:

Ukazovat jim, že jakýkoli postoj přináší své ctitele i nepřátele a není proto třeba ztratit kvůli druhé osobě sebe sama

- nadchnou se často pro projekt, který nedokážou dotáhnout do konce

Intervence:

Probírat a pojmenovávat na základě analýzy jejich chování jejich současné schopnosti a možnosti, navozovat stav příjemnosti doprovázející nepřekračování svých možností

- nedokáží říci ne

Intervence:

Uučíme asertivitu, podporujeme ve všech činnostech, které nahlížíme jako možný rozvoj sebedůvěry

- často spíše v komunikaci sdělují to, co druhý chce slyšet než co se skutečně stalo

Intervence:

Ukážeme jim rozdíl mezi lží a taktností na konkrétních případech, které přinášejí do ordinace

Protože však jde o problém celé rodiny, je třeba vyvinout úsilí k tomu, aby alespoň někteří členové rodiny podstoupili psychotherapeutický proces. Obvykle svou intervenci směřujeme na toho nejmotivovanějšího z nich.

### **Hyperprotektivní (rozmazlující) rodina**

U hyper-protektivního rodiče nacházíme problém blokování dítěte, které se možná bráním drog chtělo vzepřít nemožnosti uniknout, ve své pseudo-dospělosti však při brání drog zůstává bez dalšího vývoje a tím i bez šance dosáhnout dospělosti. Cílem je tedy postupně uvolňovat tuto blokující vazbu a k tomu je třeba pracovat i s hyperprotektivním rodičem.

- Udržíme stálý a častý **vztah s hyperprotektivním rodičem**
- Naše vazba s ním **osvobozuje dítě** z vazby s tímto rodičem
- Pracujeme se všemi členy rodiny individuálně a současně **posilujeme určité oslabené vztahy** (např. vazbu rodičů, či vazbu ne-hyperprotektivního rodiče s dítětem)
- Hyperprotektivního rodiče máme k tomu, aby dával **větší prostor ostatním** k aktivitě a uplatnění se v rodinném systému:

- Rodiči nabízíme možnost pracovat **na své spolu-závislosti**

- Měníme jeho očekávání svého **fungování v rodině**
- Podporujeme růst schopnosti **unést překročení dítěte do dospělosti** i při jeho určitých nedostatcích

Při práci s hyperprotektivním rodičem jej vedeme ke změně přístupu k dospívajícímu dítěti. Rodiči pomáháme, aby se **cvičil v následujících procesech:**

- Učí se stavu vnitřní pohody při představě samostatnosti svého dítěte
- Při diskusi s dítětem ho nepoučuje, spíše mu dává otázky a nechává se poučovat
- Nevede monology, vytrácí se z procesů, vyvolává atmosféru vzácnosti
- Očekává a zdůrazňuje úspěch svého dítěte, projevuje radost
- Oceňuje proklamativně rostoucí samostatnost jednotlivých rodinných členů
- Sám pracuje na své další seberealizaci a smysluplnosti svého života a podle toho, jak je úspěšný, kolem sebe šíří pohodu

Pomáháme hyperprotektivnímu rodiči přijmout následující myšlenky:

- Dítě může mít svůj svět, do kterého mne nepouští
- Dítě se učí zvládat některé procesy samostatně
- Dítě v určitých ohledech překračuje moje schopnosti
- Dítě mne jednoznačně seznamuje s oblastmi, které neznám, v rámci mého učení

### **Výkonnostní, perfekcionista rodina**

V rodině, kde je nejvyšší hodnotou výkon, má jedinec zapletený do drog a tedy do trvale velmi sníženého výkonu velmi těžkou pozici, neboť není schopen i při abstinenci dosahovat očekávaných výkonů. Časem se propadá do naučené bezmoci – „ať dělám co dělám, stejně budu ten nejhorší, takhle aspoň mohu svým rodičům bojkotem výkonu konkurovat.“ Snažíme se proto nejprve ovlivnit dosavadní prioritu hodnoty výkonu v rodině a připravit v ní dostatečně přijímané a respektované místo pro dítě, které tak může hledat svou vlastní cestu ke spokojenosti bez drog.

**Držíme se následujícího postupu:**

- Identifikace motivačního zdroje výkonnosti
- Zpochybnit rigidní životní scénáře, dovolit osvobození z nich nebo rozpracovat, rozšířit percepce pojmu výkonnost
- Zprostředkování dovednosti rozlišovat mezi nutkavostí a autentickou seberealizací
- Navodit, zprostředkovat jiné cesty k dosahování transcendence
- Podpora rozvoji autonomie jednotlivců v rodině, přijetí sebe
- Pomoc v nalezení přijetí „jinakosti“ druhých, sebe
- Transcendenci přenášet postupně do vztahů mezi členy – jejich vzájemné přijetí, atraktivita
- Přechodná pomoc v osobnostním rozvoji

## **Intelektuální rodina**

Problémem intelektuálů je v případě nastoupení procesu uzdravy s toxikomanem jejich flexibilita a neustálé přeorganizování svých činností. Dospívajícímu díky drogám trochu ujel vlak a potřebuje jakési doučování v osvojování si dovedností pro život. Vedle emocionální nezávislosti při schopnosti být s druhými a samostatností jde dle autorů Peela a Brodského o řád, racionalitu a disciplínu. Právě tyto dovednosti lze naučit opakováním při stálých, předem dohodnutých pravidlech, dokud si je jedinec dostatečně neosvojí. Intelektuálové nazírají flexibilitu jako vyšší stupeň fungování a vítají jakoukoli změnu stereotypu u svého dítěte jako známku úspěchu. Je proto potřeba jim vysvětlit, že v tomto případě jde o budování automatismů, které vyžaduje pravidelné opakování a dostatek času. Při vysvětlování je upozorňujeme na jejich vybudované vrstvy automatických konání a že to jsou právě tyto automatismy, o které se opírají při svých výkonech jejich „mozkové frontální laloky“.

## **Nadměrně liberální a improvizující rodina**

Jestli na začátku 20. st. bylo pro dospívajícího velmi těžké prosadit svou individualitu u svých rodičů, po sta letech se v mnoha případech setkáváme s opačným trendem; rodiče si jsou vědomi rychlého rozvoje světa a hrozby potlačování individuality dospívajícího, který má v tomto světě obstát. Mají zato, že jde hlavně o to, aby jejich dítě dostávalo co nejvíce příležitostí a snaží se mu zajistit co nejvíce podnětů. Dítě však potřebuje vedle nabídky také při činnosti vydržet a naučit se překonávat určité překážky či přijmout některá omezení při realizaci svých nápadů. Rodiče, kteří nedokáží dostatečně motivovat, ale i limitovat své dítě a učít ho sebekázně, se pak diví, proč jejich dítě, když má možnost se svobodně rozhodovat a dělat to, co ho baví, nakonec není schopno u ničeho vydržet, surfuje po nabídkách jednotlivých aktivit a končí v partě lidí nedělajících proklamativně „vůbec nic“.

Jestliže u intelektuální rodiny lze nazvat neustálé měnění rodinných plánů „flexibilním přeorganizováním“, pak u nadměrně liberální rodiny ten samý trend spíše dostává formu neočekávaných improvizací, kde pouhé vyjádření přání jednoho je podnětem k celému přestrukturování rodinného programu. Výsledkem je spíše náhodně až chaoticky domlouvané společné trávení volného času. Děti i dospívající se však potřebují na určité programy psychicky připravit, těšit se na ně, pociťovat určitý řád, který jim snižuje úzkost.

V obou případech tedy dítě postrádá určité mantinely, v kterých se může pohybovat, limity, které pro něho mohou být výzvou. V takové atmosféře se zvyšuje pasivita, nemotivovanost a pocity prázdnoty. Je to vlastně známý paradox: „Mohu-li vše, nechce se mi nic“

## **Přetížená rodina**

V případě, že rodinní členové na sebe vezmou více závazků než stačí zvládat, nejsou schopni se vzájemně opečovávat, kompenzovat vzájemně své nedostatky a už i malá funkční porucha se může vyvinout v obrovský problém. Může tu docházet i ke zneužívání dětí k vykonávání činností, na které nejsou dostatečně zralé (např. věku nepřiměřená starost a odpovědnost týkající se sourozence, vedení domácnosti apod.).

U přetížené rodiny zdůrazňujeme, kolik práce musíme věnovat následkům nedostatečné péče svým potomkům a ukazujeme na výhody investice do svých dětí. Celý systém zklidňujeme např. tím, že jsme ochotni s nimi probrat i finanční plány a rozvahy. Pracujeme tak, aby si zvláště rodiče uvědomili, jak jsou ještě pro děti potřební a jak vyrábění stresu v rodinném systému škodí všem. Plánujeme konkrétní změny v chování rodičů a kontrolujeme jejich plnění.

## **ZÁVĚR**

Praktický lékař pro děti a mládež je vedle učitele a rodiče hlavním zdrojem péče o další pokolení. Doufáme, že její čtenáři zpozitivní svůj pohled na své působení v této oblasti; možná i budou pociťovat konkrétnější potřebu dalšího výcviku v technikách, které jsou v této učebnici popsány.

Cílem této učebnice je, abychom prostě byli ve své profesi kompetentnější, tím i spokojenější a děti, na které působíme, měli lepší start do života.

### **Doporučená literatura:**

- Brown, J.M., and Miller, W.R. Impact of motivational interviewing on participation and outcome in residential alcoholism treatment. *Psychol Addict Behav* 7:211-218, 1993.
- Egert, L. L.: Drug abuse prevention for at-risk individuals. National Institute on Drug Use, Washington, 1997, s. 165.
- Goddetová, E. Tarta: Umění jednat s dospívajícími, Portál, Praha 2001
- R. W.; Leukefeld, C.G.; and Schuster, C.R., eds. *Improving Drug Abuse Treatment*. National Institute on Drug Abuse Research Monograph 106. DHHS Pub. N(ADM)91-1754. Washington, DC: Supt. of Docs., U.S. Govt. Print.Off., 1991. pp. 218-244.
- Nešpor, K.: Zvyšování motivace při léčbě návykových nemocí. Česká a Slovenská psychiatrie, 93, 1997, 6, s. 338-342.
- Nešpor, K., Csémy, L.: Alkohol, drogy a vaše děti. Jak problémům předcházet, jak je rozpoznávat, jak je zvládat. 4. rozšířené vydání. BESIP, Praha 1997, s. 129.
- Nešpor, K., Csémy, L.: Léčba a prevence závislostí. Příručka pro praxi. Psychiatrické centrum Praha, 1996, s. 203
- Nešpor, K., Csémy, L., Pernicová, H.: Jak předcházet problémům s návykovými látkami na základních a na středních školách. Příručka pro pedagogy. Vydal Sportpropag pro MŠMT, 1996, s. 156

- Nešpor, K., Csémy, L., Pernicová, H.: Problémy s návykovými látkami ve školním prostředí. Časná a krátká intervence. Sportpropag, Praha, 1998, s. 104.