

Mgr. Roman Pešek

Diplomovaný kognitivně-behaviorální terapeut, absolvent Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, tamtéž v současnosti jako doktorand. Působí jako psychoterapeut v sociálně psychologickém centru Arkáda v Písku a v Kontaktním centru v Českých Budějovicích. Pracuje rovněž jako lektor resocializačního programu pro klienty ve výkonu trestu odnětí svobody.



Mgr. Andrea Vondrášková

Absolventka Filozofické fakulty Univerzity Karlovy. Působí v sociálně psychologickém centru Arkáda jako systemicky orientovaný psychoterapeut a lektor preventivních a vzdělávacích programů. Věnuje se především práci s mladistvými a jejich rodinami.

Kognitivní a emocionální reakce rodičů dospívajících dětí, které užívají drogy



autori

Pešek R.^{1,2}, Vondrášková A.¹

¹Sociálně psychologické centrum Arkáda,
Písek

²Jihočeská univerzita v Českých
Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta

Článek se zabývá popisem projevů a možnostmi zvládnání kognitivních a emocionálních reakcí, které prožívají rodiče a blízké osoby především dospívajících dětí, které už delší dobu užívají nealkoholové drogy. Jsou popsána stadia prožívání, která korespondují s modelem E. Kübler-Rossové odvozeným z prožitků blízkých osob lidí vážně nemocných a umírajících. U rodičů dětí, které užívají drogy, se objevují zejména tyto reakce: šok, zmatek a panika – pocity křivdy, zrady a sebestílosti; zlost – pocity viny; smlouvání; stud; truchlení a pocity strachu – rezignace a pocity marnosti; odpor a hnus; smíření – anticipační úzkost a nepřiměřený optimismus. V rámci individuální a skupinové poradenské práce s rodiči se autorům osvědčuje o těchto reakcích rodiče informovat a společně s nimi hledat účinné způsoby, jak je zvládat.

Klíčová slova: dítě užívající drogy – rodiče – emocionální prožívání – možnosti zvládnání.

Pešek, R., & Vondrášková, A. (2007). Kognitivní a emocionální reakce rodičů dospívajících dětí, které užívají drogy. *Adiktologie*, 7(1), 52-61.

Došlo do redakce: 5. března 2007

Poděkování: doc. PhDr. O. Matouškovi, CSc. za cenné odborné připomínky.

1. Úvod. Poradenská práce s rodiči

Terapeutická práce s dospívajícími klienty (dále jen dětmi), kteří vykazují problémové chování ve spojení s užíváním drog, je účinnější, pokud se do poradenského procesu aktivně zapojí i rodiče, příbuzní a blízké osoby (dále jen rodiče) klienta. Vedle individuálních konzultací je s těmito spojenci možná a žádoucí rodinná i skupinová práce. V rodičovské skupině patří k účinným faktorům především samotné členství, emoční podpora, pomáhání druhým, sebereflexe, sebeprojevení a odreagování, zpětná vazba, náhled a získávání nových informací a sociálních dovedností (Kratochvíl, 2001). Individuální poradenství a psychoterapie může využívat kognitivně-behaviorální pojetí, v jehož rámci předává terapeut rodičům standardní tematizovaná doporučení (např. Broža, 2003; Hajný, 2001; Kalina, 2003; Nešpor, 2001; Nešpor a Csémy, 2003), která se v aktivní spolupráci s rodiči přizpůsobují specifickému problému konkrétního dítěte, jeho aktuálním vývojovým potřebám a problémům (Broža, 2003; Langmeier a Krejčířová, 2006) i povaze rodinného systému, ve kterém se dítě pohybuje.

2. Psychické reakce rodičů v analogii ke schématu Kübler-Rossové

V rámci různých projektů, jež realizovalo nebo v současnosti realizuje (např. projekt Zpět do školních lavic) sociálně psychologické centrum Arkáda v Písku, má poradenská práce s rodiči problémových dětí dlouholetou tradici. V textu níže uvedené poznatky pramení ze zkušeností z individuálních sezení s 37 rodiči v období od ledna r. 2005 do dubna r. 2007 a ze zkušeností z rodičovské skupiny, která probíhá jedenkrát za čtrnáct dní a které se v období od září r. 2006 do dubna r. 2007 alespoň jednou účastnilo 9 rodičů. V současnosti (duben r. 2007) navštěvuje rodičovskou skupinu v průměru 6 rodičů.

Během realizace individuálních a skupinových setkání pozorovali autoři, že se u rodičů objevují následující kognitivní a emocionální reak-

ce: šok, zmatek a panika – pocity křivdy, zrady a sebelítosti; zlost – pocity viny; smlouvání; stud; truchlení a pocity strachu – rezignace a pocity marnosti; odpor a hnus; smíření – anticipační úzkost a nepřiměřený optimismus. Reakce se vyskytují v posloupnostech, které však nejsou zcela předpověditelné, u některých rodičů se reakce zdánlivě překonané vracejí jakoby v novém vydání. Některé z uvedených reakcí, konkrétně šok, popření, zlost, smlouvání, truchlení, rezignaci a smíření, popsala E. Kübler-Rossová (1969) v souvislosti s prožíváním lidí vážně nemocných a umírajících. Tyto reakce se objevují také u příbuzných a blízkých osob těžce nemocných a/nebo umírajících lidí.

Jedná-li se o rodiče dětí, které užívají drogy, lze říci, že všechny tyto reakce se nevyskytují u všech rodičů. Různé psycho-emocionální reakce se mohou vzájemně střídat a prolínat, mohou trvat různě dlouhou dobu, mohou být různě intenzivní. Určitou psychickou fází může lépe zvládat jeden rodič, jinou fází lépe zvládá druhý rodič.

3. Šok, zmatek a panika

Šok bývá bezprostřední reakcí na zjištění toho, že dítě bere drogy. Tuto skutečnost rodiče zjišťují zhruba po jednom až půldruhém roce od doby, kdy dítě začalo drogy užívat. Šoková reakce může proběhnout pod obrazem neklidu, úzkosti a strachu. Objevují se panické reakce provázené myšlenkami typu, např.: „Proč se to stalo zrovna nám a právě teď?“, „Co se bude dít dál?“, „Co teď máme dělat?“ Zejména u hyperprotektivních rodičů lze pozorovat obranné psychologické mechanismy, jako jsou neadekvátní bagatelizace a popírání problému, kdy si rodiče snaží ochraňovat svou představu o bezproblémovém vývoji svého potomka – jedná se o kognitivní interpretace, např. „Dneska je kouření trávy mezi mladými normální.“/ „Tak si to náš Honza taky zkusil, no a co?“, „Nevím, proč ho musíš (jako jeho matka) hned tahat do protidrogové poradny jako nějakou fetku.“/ „To se nějak vysvětlí, třeba ty drogy

a nádobíčko nejsou našeho Franty, mohl si to u něj jenom někdo schovat.“ Ve fázi šoku rodiče často požadují rychlou „opravu“ svého dítěte, což je většinou nereálné.

Rodiče by měli i bez dítěte co nejdříve navštívit odborníka a sdělit mu vše podstatné, co se dozvěděli o braní drog u svého dítěte. Od profesionála by měli v rámci krizové intervence získat přijetí, uklidnění, společně s ním by měli vyhodnotit závažnost situace a naplánovat další konkrétní kroky do nejbližšího období (např. zapojení dalších členů rodiny do řešení problému).

4. Pocity křivdy, zrady a sebelítosti

Pocity ublížení a nespravedlnosti mohou vzniknout na podkladě myšlenek typu, např.: „My chudáci rodiče, tak jsme se o tebe starali a ty ses nám takhle odvděčil.“ Jedná se o emocionální reakci, na kterou se někdy nabaluje v podstatě příjemná emoce sebelítosti. V sebelítostivých myšlenkách si rodiče mohou libovat, a tak zvyšují svou pasivitu a oddalují přijetí racionálního přístupu ke drogovému problému svého dítěte.

V této fázi je vhodné rodičům empaticky vyjádřit pochopení, nechat je vypovídat z kognic, které k pocitům křivdy a sebelítosti vedou, a následně je učit tyto problémové myšlenky a představy rozpoznávat a společně s nimi rozumově testovat jejich výhodnost pro další adekvátní řešení drogového problému dítěte.

5. Zlost

Zlost (hněv, vztek, agrese) je emocionální reakce zaměřená proti zlému osudu, který rodiče potkal v souvislosti s jejich dítětem, jež užívá drogy. Tato emoce se nabaluje na pocity křivdy a sebelítosti. Zlost může směřovat na nevděčné dítě nebo na zástupné cíle, jako jsou např. partner, další příbuzní, učitel, lékař, terapeut, na které rodič může svalovat vinu. Rodiče se zlobí také sami na sebe, že selhali ve výchově svého dítěte. Zlost se může projevovat v myšlenkách typu: „Takhle jsi se nám, ty jeden spratku,

odměnil za všechno, co jsme pro tebe udělali!?!“
„Je to zmetek, nenávidím ji. Já se léčím, bojuji s rakovinou a ona si takhle dobrovolně ničí své zdraví drogami!“
„Co jste jako učitelé, jako odborníci na protidrogovou prevenci zanedbali, proč jste neudělali více!“
„Neměli jsme naši Danču od dětství tak rozmazlovat!“
Pocit zlosti je přiměřenou reakcí už z toho důvodu, že drogová závislost dítěte může významným způsobem narušit rodičovskou představu o dalším předpokládaném vývoji dítěte, může pokazit rodinnou atmosféru, partnerský vztah apod.

Emoce zlosti nevzniká jako bezprostřední důsledek zevní události, ale tím, jak si tuto skutečnost pro sebe rodiče vysvětlují. Z terapeutického hlediska není výhodné pocit zlosti ani zbrkle a otevřeně ventilovat, ani tuto emoci příliš potlačovat. Svůj hněv si rodiče někdy ani neuvědomují, dokonce si sami před sebou mohou hrát na to, že jsou ledově klidní – to se týká hlavně otců problémových dětí. Řada lidí je totiž od dětství trénována v tom, že zlost, agrese a vzdor musí pokládat za emoce, které kultivovaný člověk nemá. To je ale pověra (Praško a Prašková, 1996). S adekvátním zvládnutím emocí zlosti mají potíže především otcové dětí, které berou drogy. Jedná se např. o muže, u nichž se objevují maladaptivní kognitivní schémata typu: „Každý problém v rodině je rychle řešitelný – pokud ho muž nezvládne vyřešit, je neschopný...“ Tito otcové často považují návštěvu odborníka za projev své slabosti a selhání, a tak k odborníkovi přichází většinou jenom jejich partnerky, matky dítěte, které popisují mj. dlouhodobou podrážděnost svého muže, jeho výbuchy zlosti a výčitky zástupně směřované proti manželce, vyhýbání se tématům ohledně návykového problému dítěte, předstíranou lhostejnost manžela k drogovému problému jejich dítěte, jeho zvýšené užívání alkoholu apod.

Zlost je v dané situaci normálním pocitem, nicméně z hlediska dalšího racionálního zvládnutí drogového problému dítěte se jedná

o emoci problematickou. Dlouhodobě a intenzivně prožívaná zlost omezuje schopnost konstruktivně myslet a účelně řešit problémy, zlostné reakce rodičů mohou vyvolávat agresivní odezvy ze strany dítěte nebo partnera, a tím se problém ještě více komplikuje. Nehledě na skutečnost, že dítě, které bere drogy, se bude hněvným reakcím svých rodičů pravděpodobně vyhýbat, třeba dalšími úniky do drogového prostředí. Rodiče by měli být o těchto souvislostech informováni a pomocí různých metod (např. vypovídání se ze zlostných myšlenek, kognitivní restrukturalizace, abreaktivní techniky, svalová relaxace) by se měli naučit tuto emoci zvládat.

A. Ellis (2001) je skeptický ohledně trvalejší účinnosti standardních ventilačních a katarzních metod pro zvládnání zlosti a doporučuje především nácvik rozlišování mezi „špatným“ člověkem (svým dítětem) a konkrétním „špatným“ chováním, které člověk (v jádru „dobrý“) může uskutečňovat (např. brání drog). Dovednost rozlišování mezi „špatným“ člověkem a „špatnými“ činy je podle A. Ellise zvláště důležitá, protože vyplývá z poznání, že prožívaná emoce zlosti má schopnost ovlivňovat myšlení ve smyslu zobecňování ze „zlého“ skutku na „zlého“ člověka. Taková generalizace potom může vést k odmítání celé osobnosti dítěte a z toho vyplývající odměřené chování rodiče může zase umocňovat zlost a odpor dítěte směrem k rodiči. Roztáčí se tak nekonečná spirála, jejímž výsledkem je jen zhoršování drogového problému dítěte, psychického stavu rodičů a rodinné atmosféry.

Pokud se rodiče naučí zvládat emoci zlosti dříve, než zlost ovládne je, je pravděpodobné, že se tento pocit bude postupně transformovat v pocit zklamání (viz níže kap. „Truchlení a pocit strachu“), který je podle A. Ellise výhodnější mj. v tom smyslu, že již tolik neblokuje racionální myšlení, rodiče mohou získat vyšší náhled na problém a snadněji si začnou uvědomovat širší paletu různých alternativ řešení problému. Jak bylo řečeno výše, zlost

může být zástupně obrácena také na blízkou osobu, která by měla o možnosti této projekce vědět, nechápat vyjadřovanou zlost osobně, ale naopak by měla takovou reakci u dotyčného rozumně podporovat a vysvětlovat.

6. Pocity viny

Výčitky svědomí bývají způsobeny negativními myšlenkami typu, např.: „Co jsme jako rodiče ve výchově našeho Jarouše zanedbali?“/ „Kde se stala chyba?“/ „Že jsem se nevykašlala na tu kariéru ve firmě a víc se nevěnovala naší Pavle.“ Tyto neodbytné myšlenky bývají emočně velmi vyčerpávající a rodiče si od nich často ulevují tím, že na ně hledají odpověď ve smyslu „bylo to určitě tím a tím, může za to ten či onen...“

Najít hlavní příčiny vzniku drogového problému dítěte není zpravidla jednoduché, bývá to velká detektivka – ale i přes toto poznání je evidentním faktem, že se rodičům více uleví až tehdy, když se společně s terapeutem doberou jedné nebo několika málo hlavních příčin, než aby přistoupili na variantu, že příčin může být mnohem více a že se povětšinou jedná stejně jen o obtížně ověřitelné domněnky.

Rodičům by také mělo být sděleno, jak se s těmito „jasnými“ důvody obezřetně nakládat ve vztahu ke svému dítěti. Není totiž výjimkou, že dítě nalezenou „pravou“ příčinu začne zneužívat ve smyslu úlevy od svých pocitů viny a přenášení zodpovědnosti za svůj problém s drogami na rodiče. Tím může své rodiče citově vydírat ve smyslu, např.: „Za to, že jsem se naučil brát drogy, můžeš ty (matka dítěte), protože jsi mi jako zdravotní sestra od dětství dávala na každou bolístku nějaký prášek...“ Podobné výpady dítěte mohou působit mnoho emotivních a nekonstruktivních konfliktů, které pak dále narušují vztah mezi rodiči a dítětem.

Ve fázi prožívání pocitů viny má bezpochyby úlevný efekt také to, když se rodič ze svých pocitů viny vypovídá někomu blízkému, odborníkovi nebo jiným rodičům v rámci rodičovské skupiny.

7. Smlouvání

Smlouvání nebo vyjednávání je obdobím, které může představovat regresí k magickému myšlení. Rodiče obíhají nejlepší lékaře a terapeutu v oboru, modlí se k Bohu apod. Tím si chtějí zajistit, popř. si vymodlit co nejrychlejší uzdravení svého dítěte. Současně hledají ve svém předešlém životě viny, které podle nich mohly být příčinou drogové závislosti jejich potomka, a snaží se tato zavinění symbolickým nebo realistickým způsobem odčinit či napravit, např.: „Jestli se z toho náš Jirka dostane, tak už se nikdy nenapiji alkoholu...“ V tomto období mohou rodiče vyhledávat různé alternativní léčebné postupy, kdy oni sami nebo společně se svým dítětem navštěvují různé šarlatány, kterým platí vysoké finanční částky za jejich pochybné rady a léčebné metody. Hlavně v důsledku pocitů viny přistupují rodiče někdy také na uzavírání „kšeftů“ se svým dítětem ve smyslu nabízení různých výhod a odměn, když ono s užíváním drog přestane, např.: „Když necháš toho fetování, koupím ti to auto, které jsi vždycky chtěl.“ Zrovna tak není výjimečné, že rodiče své dítě doma zamykají, hlídají ho, aby neuteklo, a mluví mu „do duše“, odvázejí ho někam daleko na vesnici k babičce, popř. ho berou na měsíční „terapeutickou“ dovolenou do zahraničí.

Pokud se fáze smlouvání u rodičů objeví, je vhodné, aby blízcí lidé trpělivě a racionálně zpochybňovali jejich snahy vyhledávat různé podvodníky – nebezpečím jsou především prodlení pro zahájení adekvátní terapie nebo rizika plynoucí z přerušování standardní léčby dítěte. Stejně tak je potřebné rodičům vysvětlit, že vyjednávání s dítětem ve smyslu „kšeftování“, hlídání a přesvědčování je kontraproduktivní. Na základě takového přístupu se dítě rychle a obratně učí své rodiče citově vydírat a postupem času chce stále více a více výhod za pořád menší a krátkodobější pozitivní změny ve svém chování. Nehledě na to, že případné materiální odměny dítě s nejvyšší pravděpodobností dříve či později zneužije k získání drog. Podobné to je se domácím vězením nebo

se nucenou změnou prostředí – pokud dítě není alespoň minimálně vnitřně motivované k tomu, aby přestalo užívat drogy, tak z chráněného prostředí uteče.

8. Stud

Rodiče se mohou stydět ne tolik za to, že jejich dítě drogy bere, ale až za zjištěný fakt, že drogy prodává, kvůli nim krade, dělá prostituci apod. Rodiče se také stydí sami za sebe, protože jsou přesvědčeni (často iracionálně), že směrem ke svému dítěti po výchovné stránce selhali.

Pro zvládnutí emoce studu bývá prospěšné, aby se rodiče ze svých nepříjemných myšlenek a představ vypovídali v bezpečném prostředí. Terapeut je může jednak emočně podpořit, jednak může pomocí sokratovského dialogu zpochybňovat jejich kognice, které k pocitu studu vedou. V podstatě nenahraditelný pozitivní vliv na postupné rozpouštění studu má pravidelná účast na rodičovské skupině, kde účinně působí jeden z hlavních pozitivních faktorů skupinové psychoterapie, a to sdílení pocitů společenství a sounáležitosti („Jsem mezi svými...“, „Jsme na jedné lodi...“, „I ostatní prožívali nebo ještě prožívají stud za své dítě...“).

Opakovaným problémem bývá to, že rodiče nechtějí anebo neumí o drogovém problému svého dítěte mluvit s jinými lidmi. O těchto věcech nechtějí hovořit z různých důvodů, např. se za své dítě stydí, mají obavy z toho, že je druzí lidé v myšlenkách odsoudí a odmítnou, protože podle nich nezvládli výchovu dítěte, nebo jsou rodiče ze svého dítěte natolik vyčerpáni (viz níže kap. „Rezignace, pocity marnosti a umožňování“), že si toto martyrium nechtějí rozhovorem připomínat. V krajních případech se rodiče z obav, že přijde na dané téma hovor, začnou více vyhýbat lidem, se kterými se dříve běžně stýkali. V praxi se osvědčují tato tři doporučení: a) v rámci sokratovského dialogu zpochybňovat myšlenky, které vedou ke studu a k obavám z odmítnutí druhými lidmi, b) nevyhýbat se

kontaktu s druhými lidmi, c) rozdělit si přátele a známé osoby do několika kategorií podle důvěrnosti vztahu a směrem ke každé kategorii si připravit určitou strategii hovoru, popř. způsob odmítání tohoto nepříjemného tématu. Strategie takových hovorů jsou pochopitelně odvislé od konkrétní situace, kterou mohou ovlivňovat faktory, jako jsou např. momentální emocionální rozpoložení rodiče, prostředí, kde rozmluva probíhá, stávající stav dítěte apod.

9. Truchlení a pocit strachu

Může se jednat o výraznou a časově poměrně dlouhou emocionální reakci. Některým rodičům je třeba doporučit, aby zvážili návštěvu psychiatra s žádostí o dočasnou psychofarmakoterapii. Ve fázi truchlení (smutnění, deprese) mohou být rodiče, alespoň zpočátku, velmi plačtiví, nesoustředění, podráždění, mohou je trápit poruchy paměti a potíže související s usínáním a spánkem. Pronásledují je neodbytné, automatické negativní myšlenky typu, např. „Moje Janča bere drogy, ztrácím ji...“/ „Už nevíme jak dál, nic na naše dítě už nezabírá...“/ „Co asi teď dělá náš Jirka? Co když se sjetej válí někde v parku?“ „Co když se těch drog už nikdy nezbaví a umře někde na ulici...?“ Postupem času si rodiče uvědomují skutečnost, jaká opravdu je. Stále zřetelněji vidí problémy, které jsou nebo mohou být důsledkem nelepšícího se drogového chování jejich dítěte, mají strach z možných scénářů jeho dalšího života, jsou smutní z momentální nemožnosti realizace některých životních plánů, které si pro své dítě představovali. Zrovna tak ale mohou ve svém škarohlídství přehánět. V této etapě je potřebné rodičům trpělivě naslouchat a citlivě posilovat jejich motivaci pro uskutečňování terapeutických doporučení, která je možné v danou dobu realizovat. Velký význam má vzájemná podpora všech členů rodiny. Někdy se rodičům uleví, když se v bezpečném prostředí vypláčí.

Co se týče strachu z dalšího vývoje dítěte, jehož drogové chování se nelepší či se nadále

zhoršuje, rodiče potřebují v první řadě někoho, kdo jim bude s pochopením a porozuměním naslouchat. V další fázi lze pracovat s katastrofickými myšlenkami a představami. Terapeut může rodičům pomoci, aby si uvědomili a přesně si vybavili konkrétní momenty těchto nepříjemných kognicí. Potom je možné rozvíjet sokratovský dialog, v jehož rámci si rodič může uvědomit přehnanost některých okamžiků svých katastrofických představ.

Na základě zpětných vazeb lze tvrdit, že některým rodičům pomáhá i otázka typu: „Co by to pro vás znamenalo, co by na tom bylo tak hrozného, kdyby se vaše dítě z drog už nikdy nedostalo a skončilo by na ulici jako troska?“ Některí rodiče si pomocí této otázky uvědomí, že jim někdy tolik nezáleží na jejich dítěti, jako více na sobě, na vlastních očekáváních, která promítají do svého dítěte, např.: „Hrozný by na tom bylo (mimo jiné) to, že by můj syn nenaplnil (moje) očekávání. Já (otec) jsem do toho našeho Roberta investoval tolik energie, času (při výchově) a peněz (např. placením školného na soukromé střední škole). Měl jsem totiž za to, že se stane inženýrem a převezme po mně naši firmu.“

10. Rezignace, pocity marnosti a umožňování

Stadium odevzdanosti je možné v kognitivní rovině charakterizovat myšlenkami typu, např.: „Už se s tím stejně nedá nic dělat, všechno jsme už vyzkoušeli, zbývá nám už jen čekat, až se něco stane. Ještě, že se nám povedl alespoň druhý syn.“ Toto stadium lze rovněž pojímat jako nezpracovanou, dále pokračující fázi truchlení. Rodiče ve fázi rezignace obvykle přestanou docházet na konzultace k odborníkovi, protože v tom nevidí smysl. V této etapě se mohou objevovat dva extrémní druhy přístupu k dítěti. Buď rodiče nechávají své dítě doma, tolerují a umožňují jeho problémové chování a snaží se co nejrychleji zažehnat první náznaky vzniku problému či konfliktu: „Raději mu dám těch 200 Kč, než aby zase něco ukradl babičce,“ nebo se

svého dítěte po citové a právní stránce (např. institut vydědění) vzdají, vyhodí ho z bytu a už se dále nezajímají o jeho další osud.

Pokud rezignovaný rodič alespoň občas terapeuta navštíví, je vhodné mu s účastí naslouchat, vyjadřovat pochopení, citlivě zpochybňovat jeho odevzdanecké myšlenky a představy a posilovat v něm trpělivost a reálnou naději pro zlepšení situace jeho problémového dítěte. Stejně tak je potřebné podněcovat u rodiče motivaci k realizaci vhodných doporučení směrem k jeho dítěti.

S fází rezignace souvisí i určité druhy chování, kterým rodiče svému dítěti brání drog usnadňují. U těchto tzv. umožňovačů se objevují některé, více či méně skryté důvody (často reálného základu), proč to dělají. Jedná se např. o paralyzující obavu z tvrdého dopadu dítěte na „feťácké“ dno, strach z toho, že když rodiče přestanou dítěti dávat peníze, či ho dokonce vyhodí z domova, tak potom tuto situaci nebudou schopni emočně zvládat, protože dítě se začne vztekat, bude je citově vydírat, začne za nimi pod vlivem drog chodit do práce, kde od nich bude žádonit peníze a bude jim tam dělat ostudu, bude spát na ulici před domem, budou ho v intoxikovaném stavu vozit domů policisté apod. Rodiče mohou svým usnadňováním také odvádět pozornost od nějakého závažnějšího, např. vztahového, problému v rodině, na jehož otevření a řešení „bohudík“ není čas, protože je tu vážnější problém v podobě užívání drog dítětem.

11. Odpor a hnus

Mnoho rodičů, především ve fázi rezignace a umožňování (viz výše kap. „Rezignace, pocity marnosti a umožňování“), se rovněž shoduje na tom, že směrem ke svému dítěti opakovaně prožívají emoci hnusu. Tento pocit je vesměs podmíněný situačně a objevuje se v momentech, kdy je dítě doma viděno, jak se pohybuje ve svém pokoji, ve kterém je velký nepořádek, jak si ošetřuje kožní ekzémy v koupelně, jak si nitrožilně aplikuje drogy apod.

V těchto případech je v první řadě potřebné rodičům doporučit, aby dodržovali základní hygienické zásady a tak eliminovali riziko nakažení se různými infekčními nemocemi. Někdy nezbyvá nic jiného, než po dítěti striktně a důsledně vyžadovat, aby tyto druhy rizikového chování neuskutečňovalo ve společné domácnosti, ale snažilo se více využívat prostředí a služeb např. kontaktního centra.

12. Smíření

Smíření (přijetí, vyrovnání) představuje realistické uvědomění si všech možností konstruktivního řešení problému. Takové rozpoložení lze na kognitivní úrovni charakterizovat myšlenkami typu, např.: „Je to sice nepříjemný a závažný problém, co se týče našeho Milana, ale je možné s tím něco dělat. Musíme se řídit radami odborníka, musíme být trpěliví a důslední v realizaci potřebných doporučení...“

V tomto stadiu bývá u rodičů přítomná naděje, kterou by měl odborník pomáhat posilovat a uvádět ji do reálné podoby. V této fázi rodiče potřebují také přiměřenou psychickou, citovou a sociální podporu, kterou si mohou dávat jednak navzájem se svými blízkými, jednak mohou využít služeb terapeuta nebo návštěv rodičovské skupiny. Z hlediska využívání obranných psychologických mechanismů se ve fázi smíření objevují humor (často cynického až černého ražení, např.: „Náš Milan už potřetí nastoupil do léčebny, tak jsme s manželem včera večer tipovali, jak dlouho tam tentokrát asi vydrží...“), suprese (dovednost dočasně odkládat negativní myšlenky, představy a emoce, aniž by byly popírány, např.: „Dnes se tím zabývat nebudu...“), anticipace (dovednost realisticky očekávat a plánovat do budoucnosti, včetně uvědomění si možných problémů a ztrát), altruismus (dovednost konstruktivně přepracovat vlastní bolestnou zkušenost do pomoci druhým, např. v podobě iniciace vzniku svépomocné rodičovské skupiny anebo aktivní účasti v této skupině) (Klimpl, 1998).

13. Anticipační úzkost a nepřiměřený optimismus

Pokud dítě nastoupí do léčby (ústavní nebo komunitní), rodiče se nezdědka obávají toho, že jejich dítě léčbu neukončí. Někteří rodiče popisují určitou tenzi, úzkost a strach hlavně v prvních dnech a týdnech po nástupu dítěte do léčebny nebo terapeutické komunity. Mají strach z toho, že dítě z léčebny uteče, nebo bude vyhozeno a bude se opakovat předchozí martyrium. Na stranu druhou se jedná o nepřiměřený optimismus ve smyslu „Už je konečně v léčbě, máme vyhráno...“ Taková nerealistická přesvědčení vedou zpravidla k tomu, že rodiče přestanou navštěvovat poradenskou konzultaci – ovšem často do té doby, než jejich dítě předčasně opustí léčebnu, nebo po určité době abstinence znovu začne užívat drogy. Poté konsternovaní rodiče přicházejí znovu s žádostí o radu a opětovně se u nich objevují mnohé z výše popsaných reakcí.

Naději rodičů na uzdravení jejich dítěte je třeba citlivě usměrňovat do reálné podoby, nicméně s akcentem pozitivního dění do budoucnosti. Rodiče by také měli být připraveni na to, co budou konkrétně dělat, když dítě léčbu neukončí, popř. když léčbu ukončí, ale po určité době začne znovu brát drogy. Stejně tak by rodiče měli vědět, v jakých směrech bude jejich dítě po ukončení léčby potřebovat psychickou a sociální podporu, jakým konkrétním způsobem mu mohou v prvních měsících abstinence pomoci. V poradenství s rodiči by v tomto stadiu měl být zdůrazněn smysl a význam následné péče.

V době, kdy dítě absolvuje reziduální léčbu, je výhodné rodiče udržet v kontaktu a zaměřit se na řešení jejich problémů, které mohly „vyplavat na povrch“ v době předchozí poradenské procedury. Jedná se např. o hledání náplně volného času a smyslu života pro matku „věčnou pečovatelku“ v tom případě, že dítě začne abstinovat a matka mu už nebude muset věnovat tolik času, pozornosti a pé-

če jako dříve. Zrovna tak je možné narazit na partnerské konflikty, které byly předtím maskovány pozorností směrem k problémovému dítěti anebo usnadňováním jeho drogového chování. V této souvislosti může připadat v úvahu nácvik strukturovaného řešení mezilidských konfliktů, nácvik strukturovaného zvládnání emoce zlosti apod.

14. Závěr

Systematická poradenská práce s rodiči zvyšuje efektivitu terapeutického procesu zaměřeného na dítě, které užívá drogy. Ovšem ne vždy je taková participace ze strany rodičů dosažitelná a není výjimkou, že rodiče svým větším či menším nezájmem drogový problém u dítěte zintenzivňují, protože problémové chování dítěte z různých hledisek umožňují a usnadňují. Rovněž není výjimečné, že dítě, zpravidla ve fázi prekontemplace (Miller a Rollnick, 2003), více či méně nespolupracuje a v tomto případě je v podstatě jedinou realizovatelnou intervencí poradenská práce s rodiči, kde hlavními dvěma cíli tohoto poradenského procesu jsou a) neusnadňovat problémové chování dítěte ze strany rodičů, b) po psychické a sociální stránce chránit a podporovat rodiče dítěte. Především k dosažení druhého cíle slouží edukace o projevech a možnostech zvládnání kognitivních a emocionálních reakcí, se kterými se rodiče mohou setkat.

Kontakt:

Mgr. Roman Pešek

Sociálně psychologické centrum Arkáda

Husovo náměstí 2/24

397 01 Písek

e-mail: ro.pe@seznam.cz

- 1 Broža, J. (2003). Děti a mladiství. Uvedeno v: Kalina, K. et al. Drogy a drogové závislosti 2. Praha: Úřad vlády České republiky.
- 2 Ellis, A. (2001). Člověče, neboj se. Praha: Lidové noviny.
- 3 Hajný, M. (2001). O rodičích, dětech a drogách. Praha: Grada Publishing.
- 4 Kalina, K. (2003). Rodinná terapie a práce s rodinou. Uvedeno v: Kalina, K. et al. Drogy a drogové závislosti 2. Praha: Úřad vlády České republiky.
- 5 Klímpl, P. (1998). Psychická krize a intervence v lékařské ordinaci. Praha: Grada.
- 6 Kratochvíl, S. (2001). Skupinová psychotherapie v praxi. Druhé doplněné vydání. Praha: Galén.
- 7 Kübler-Ross, E. (1969). On Death and Dying. What the dyings have to teach doctors, nurses, clergy and their own families. New York: Mcmillan Publ. Comp.
- 8 Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006): Vývojová psychologie 2, aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing.
- 9 Miller, W., R., & Rollnick, S. (2003): Motivační rozhovory. Příprava lidí ke změně závislého chování. Tišnov: Sdružení SCAN.
- 10 Možný, P., & Praško, J. (1999). Kognitivně-behaviorální terapie. Praha: Triton.
- 11 Nešpor, K. (2001). Vaše děti a návykové látky. Praha: Portál.
- 12 Nešpor, K., & Csémy, L. (2003). Alkohol, drogy a vaše děti. Jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat. 5. revidované vydání. Praha: Sportpropag.
- 13 Pešek, R. et al. (2007). Drogová závislost aneb Rychlý běh na krátkou trať. Písek: Arkáda – sociálně psychologické centrum.
- 14 Praško, J., & Prašková, H. (1996). Asertivitou proti stresu. Praha: Grada Publishing.