

Technická univerzita v Liberci  
FAKULTA PEDAGOGICKÁ

---

**Katedra:** Katedra sociálních studií  
**Studijní program:** Bakalářské studium  
**Kombinace:** Sociální pracovník / sociální pedagog

Efektivita léčby drogové závislých klientů  
v Terapeutické komunitě v Nové Vsi u Chrastavy  
The Effectiveness of Treatment in the Therapeutic  
Community for Drug Dependent People in Nova  
Ves near Chrastava

**Autor:**  
Veronika Olbertová

**Podpis:**

*Veronika Olbertová*

**Adresa:**  
Na pískovně 654  
460 14 Liberec 14

UNIVERZITNÍ KNIHOVNA  
TECHNICKÉ UNIVERZITY U LIBERCI



3146070612

**Vedoucí práce:** PhDr. Jan Sochůrek

**Konzultant:**

**Počet**

stran	slov	obrázků	tabulek	pramenů	příloh
81	21 742	1	5	18	3

V Liberci dne: 28.4.2003

# TU v Liberci, FAKULTA PEDAGOGICKÁ

461 17 LIBEREC 1, Hálkova 6 Tel.: 048-53 52 515 Fax.: 048-53 52 332

**Katedra:** pedagogiky a psychologie – oddělení sociálních studií

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(pro bakalářský studijní program)

**pro (kandidát)** Veronika OLBERTOVÁ

**adresa:** Na pískovně 654, Liberec 14, 460 14

**obor (kombinace):** sociální pracovník

**Název BP:** Efektivita léčby drogově závislých klientů v Terapeutické komunitě pro drogově závislé v Nové Vsi u Liberce

**Název BP v angličtině:** The Effectiveness of Treatment in the Therapeutic Community for Drug Dependent People in Nova Ves near Liberec

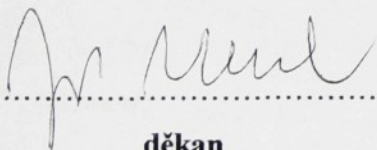
**Vedoucí práce:** PhDr. Jan Sochůrek

**Konzultant:**

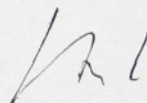
**Termín odevzdání:** 30.4.2003

Pozn. Podmínky pro zadání práce jsou k nahlédnutí na katedrách. Katedry rovněž formulují podrobnosti zadání. Zásady pro zpracování DP jsou k dispozici ve dvou verzích (stručné, resp. metodické pokyny) na katedrách a na Děkanátě Fakulty pedagogické TU v Liberci.

V Liberci dne 7.1.2002



děkan



vedoucí katedry

**Převzal (kandidát):** VERONIKA OLBERTOVA

**Datum:** 15. 11. 2001

**Podpis:** Veronika Olbertova

VH9/04 P

KBS/SPRA  
89.01/24 Jo.  
tab.

### Cíl:

Zaměřit se na bývalé klienty Terapeutické komunity v Nové Vsi (dále pouze TKDZ) a zhodnotit jejich úspěšnost v následném životě po řádném ukončení programu. Zmapovat klienty, kteří odešli z léčby předčasně, nebo neukončili pobyt v souladu s platnými pravidly komunity, a zjistit, zda dodržovali po svém odchodu z komunity abstinenci od drog.

Vystihnout rizika a problémy v prvních třech měsících pobytu v TKDZ, která vedou nejčastěji k odchodu v této fázi programu.

Zkoumaný vzorek bude obsahovat asi 80 bývalých a 15 aktuálních klientů TKDZ.

### Hypotézy:

3. Předpokládám, že klienti, kteří ukončí léčbu v TKDZ řádným způsobem, budou vykazovat menší počet relapsů užití drog po ukončení programu, než ti klienti, kteří léčbu ukončí předčasně nebo z disciplinárních důvodů.
4. Pokud klienti vydrží v léčbě alespoň tři měsíce, tak většinou dokončí celou léčbu řádným způsobem.

### Metody:

4. Řízený rozhovor
5. Studium osobních materiálů klienta
6. Nestandardizovaný dotazník

### Literatura:

8. Kalina K.: Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí. A.N.O., 2000
9. Rotgers F. a kol.: Léčba drogových závislostí. Grada, 1999
10. Nešpor K., Csémy L.: Léčba a prevence drogových závislostí. PCP, 1996
11. Nešpor K.: Návykové chování a závislost. Portál, 2000
12. Heller J., Pecinová O. a kol.: Závislost známá neznámá. Grada, 1996
13. Hartl P., Hartlová H.: Psychologický slovník
14. Janík A., Dušek K.: Drogy ve společnosti. Avicenum, 1990

Vedoucí práce: PhDr. Jan Sochůrek

## Prohlášení o původnosti práce:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a že jsem uvedla veškerou použitou literaturu.

V Liberci dne: 28.4.2003

Veronika Olbertová

*Veronika Olbertová*

---

## Prohlášení k využívání výsledků DP:

Byla jsem seznámena s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 o právu autorském zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé diplomové práce a prohlašuji, že **souhlasím** s případným užitím mé diplomové práce (prodej, zapůjčení, kopírování, apod.).

Jsem si vědoma toho, že: užit své diplomové práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem TUL, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených univerzitou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše). Diplomová práce je majetkem školy, s diplomovou prací nelze bez svolení školy disponovat.

Beru na vědomí, že po pěti letech si mohu diplomovou práci vyžádat v Univerzitní knihovně Technické univerzity v Liberci, kde bude uložena.

### Autor:

Veronika Olbertová

### Podpis:

*Veronika Olbertová*

---

### Adresa:

Na pískovně 654  
460 14 Liberec 14

**Datum:** 28.4.2003

## **Poděkování:**

Děkuji PhDr. Janu Sochůrkovi za odborné vedení, cenné připomínky a rady, které vedly k úspěšnému vyhotovení této práce.

Dále bych ráda poděkovala svému příteli, který se mnou trpělivě sdílel celé období tvorby práce a za jeho pomoc při práci s počítačem. Nemalý dík patří také všem ostatním, kteří mě obklopují v zaměstnání a v soukromém životě. Všichni jsou pro mne zdrojem energie a pohody.

Efektivita léčby drogově závislých klientů v Terapeutické komunitě pro drogově závislé v Nové Vsi u Chrastavy

### Resumé

Předkládaná práce se zabývá rezidenční péčí o bývalé uživatele drog v Terapeutické komunitě v Nové Vsi u Chrastavy. Cílem je seznámit širokou veřejnost s náplní programu komunity v Nové Vsi a poukázat na efektivitu léčby tohoto zařízení.

Teoretická část obsahuje seznámení s problematikou závislosti na návykových látkách. Pozornost je zaměřena na důvody vzniku závislosti a následky které drogová závislost přináší. Dále jsou představeny různé alternativy léčby drogově závislých klientů. Podrobněji se v teoretické části věnujeme vzniku a vývoji terapeutických komunit u nás i ve světě a způsobu hodnocení efektivitu léčby v komunitách.

Na teoretickou část plynule navazuje část praktická. Praktická část se zabývá činností Terapeutické komunity v Nové Vsi u Chrastavy. Seznamuje čtenáře se základní filosofií programu, denním harmonogramem, pravidly komunity a jednotlivými fázemi pobytu. V závěru praktické části se zabýváme efektivitou léčby v Terapeutické komunitě v Nové Vsi. Snahou práce je zjistit do jaké míry je léčba v této komunitě úspěšná a efektivní.

The effectiveness of treatment on drugs addicts in the Therapeutic Community for Drug Addicts in Nová Ves u Chrastavy

### Abstract

The paper submitted deals with the residential care of former drug users at the Therapeutic Community for Drug Addicts in Nová Ves u Chrastavy. The aim is to familiarise the general public with the contents of the programme at the Community in Nová Ves and to make reference to the effectiveness of this facility.

The theoretical section comprises information on the issues surrounding dependence on addictive substances. Attention is paid to the reasons for such dependence and the consequences brought about by drug addiction. Various alternative treatments for drug addicts are then presented. We also look in the theoretical section at the origins and development of the Therapeutic Community in the Czech Republic and in the world as a whole and at the methods of assessing the effectiveness of the treatment in Communities.

The theoretical part then moves smoothly into the practical section. This section deals with the activities of the Therapeutic Community in Nová Ves u Chrastavy and acquaints the reader with the basic philosophy of the programme, the daily schedule, the regulations of the Community, and the individual stages of residence. In the conclusion to the practical section, we consider the effectiveness of the treatment at the Therapeutic Community in Nová Ves. The aim of the paper is to identify to what extent the treatment in this Community is successful and effective.

Die Effektivität der Therapie von Drogenabhängigen in der therapeutischen Wohngemeinschaft in Nová Ves u Chrastavy

### Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der stationären Betreuung früherer Drogenabhängiger in der therapeutischen Wohngemeinschaft Nová Ves u Chrastavy. Ziel der Arbeit ist es, die breite Öffentlichkeit mit den Betreuungsinhalten der therapeutischen Wohngemeinschaft bekannt zu machen und die Therapieeffektivität dieser Einrichtung nachzuweisen.

Der theoretische Teil enthält eine Einleitung in das Thema Drogenabhängigkeit. Aufmerksamkeit wird dabei den Gründen der Entstehung einer Drogenabhängigkeit gewidmet. Außerdem werden andere alternative Therapien von Drogenabhängigen vorgestellt. Detaillierter widmet sich der theoretische Teil der Entstehung und Entwicklung therapeutischer Wohngemeinschaften in der Tschechischen Republik und weltweit sowie dem Vorgehen bei der Auswertung der Effektivität der Therapie in Wohngemeinschaften.

An den theoretischen Teil schließt unmittelbar der praktische Teil der Arbeit an, der sich mit der Arbeit der therapeutischen Wohngemeinschaft in Nová Ves u Chrastavy beschäftigt. Dem Leser werden grundlegende Philosophien der Therapie, der Tagesablauf, Regeln der Wohngemeinschaft und die einzelnen Phasen des Lebens in der Wohngemeinschaft dargelegt. Im abschließenden Teil der Arbeit wird die Effektivität der Therapie in der therapeutischen Wohngemeinschaft Nová Ves betrachtet. Ziel der Arbeit ist es, festzustellen, in welchem Maße die Therapie in der Wohngemeinschaft erfolgreich und effektiv ist.

## Obsah:

<b>1</b>	<b>ÚVOD</b> .....	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>10</b>
2.1	DEFINICE SYNDROMU ZÁVISLOSTI .....	10
2.2	DRUHY ZÁVISLOSTI.....	11
2.3	TYPY ZÁVISLOSTI.....	12
2.4	VZNIK ZÁVISLOSTI.....	12
2.4.1	<i>Fáze vzniku závislosti</i> .....	13
2.4.2	<i>Faktory vzniku závislosti</i> .....	14
2.4.3	<i>Charakteristika jednotlivých teorií vzniku závislosti podle Kooymana (1993)</i> 14	
2.5	DŮSLEDKY ZÁVISLOSTI (VÁGNEROVÁ, 1999).....	16
2.5.1	<i>Somatické důsledky</i> .....	16
2.5.2	<i>Psychické důsledky</i> .....	17
2.5.3	<i>Sociální důsledky</i> .....	17
2.6	EPIDEMIOLOGIE .....	19
2.7	LÉČBA A JEJÍ VÝVOJ .....	19
2.7.1	<i>Přehled léčebných zařízení</i> .....	20
2.8	VYMEZENÍ POJMU TERAPEUTICKÉ KOMUNITA .....	24
2.9	TERAPEUTICKÁ KOMUNITA JAKO METODA .....	25
2.9.1	<i>Historie a vývoj terapeutických komunit</i> .....	25
2.9.2	<i>Vývoj demokratických TK</i> .....	26
2.9.3	<i>Vývoj hierarchických komunit</i> .....	26
2.10	TERAPEUTICKÉ KOMUNITY V ČESKÉ REPUBLICE.....	28
2.11	REZIDENČNÍ LÉČBA V TERAPEUTICKÝCH KOMUNITÁCH PRO ZÁVISLÉ ....	29
2.11.1	<i>Účinné faktory TK</i> .....	30
2.11.2	<i>Základní principy TK pro závislé</i> .....	32
2.11.3	<i>Tým terapeutické komunity</i> .....	33
2.11.4	<i>Cíle a prostředky terapeutické komunity</i> .....	34
2.11.5	<i>Režim</i> .....	34
2.11.6	<i>Jednotlivé aktivity programu v TK</i> .....	35
2.11.7	<i>Fáze léčby v TK</i> .....	36
2.12	EFEKTIVITA LÉČBY V TERAPEUTICKÝCH KOMUNITÁCH.....	37
2.12.1	<i>Charakteristika účinné léčby</i> .....	37
2.12.2	<i>Vypadnutí z léčby</i> .....	37
2.12.3	<i>Relaps a efektivita léčby</i> .....	40
<b>3</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>43</b>



3.1	POJEM KOMUNITA.....	44
3.2	TERAPEUTICKÁ KOMUNITA V NOVÉ VSI U CHRASTAVY .....	46
3.2.1	<i>Základní informace o TKDZ.....</i>	46
3.2.2	<i>Vstupní vyšetření klienta.....</i>	51
3.2.3	<i>Denní program TKDZ.....</i>	53
3.2.4	<i>Pravidla TKDZ.....</i>	58
3.2.5	<i>Fáze pobytu.....</i>	59
3.2.6	<i>Vypadnutí z léčby v jednotlivých fázích pobytu .....</i>	63
3.2.7	<i>Individuální plán.....</i>	65
3.3	EFEKTIVITA LÉČBY V TERAPEUTICKÉ KOMUNITĚ V NOVÉ VSI.....	69
3.3.1	<i>Hodnocení efektivity podle léčebného kontinua .....</i>	72
3.3.2	<i>Hodnocení efektivity podle splňování základních faktorů terapeutického procesu .....</i>	74
4	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>79</b>
5	<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</b>	<b>80</b>

## **Přílohy**

Příloha 1: Spoluspráva klientů

Příloha 2: Denní program

Příloha 3: Individuální plán

## 1 Úvod

V současné době je problematika drogově závislých osob a jejich léčba velmi diskutovanou oblastí. Mezi veřejností panuje mnoho názorů na léčbu uživatelů drog a nejčastější otázky se soustřeďují na to, zda je léčba úspěšná.

O léčbě drogově závislých klientů byla napsána také celá řada článků, ale vždy jsem měla dojem, že jde novinářům především o to, aby zdůraznili škodlivost drog, nebo šokovali. Mnohdy mi chyběl skutečný obraz práce člověka, který se zbavuje své závislosti na droze. S kvalitním popisem života v komunitách jsem se setkala pouze v odborné literatuře. Myslím si, že je to velká škoda, protože lidé si dělají obrázek podle svého úsudku, který nemá s realitou mnohdy nic společného.

Důvodů, které mě vedly k sepsání bakalářské na toto téma práce je hned několik. Jeden z nich je ten, že jsem v Terapeutické komunitě pro drogově závislé v Nové Vsi u Liberce (dále TKDZ) pracovala jako socioterapeut. Další důvod vychází z mé potřeby odpovědět na otázky, které jsem dostávala od lidí z mého okolí. Často jsem byla překvapena jejich fantaziemi ohledně mé práce a předsudky vůči bývalým uživatelům drog.

Hlavním cílem bakalářské práce je získat informaci o efektivitě léčby drogově závislých lidí v TKDZ v Nové Vsi u Chrastavy.

V teoretické části se věnujeme historii vzniku terapeutických komunit (dále TK), hlavními myšlenkami, skupinového života v TK, způsobu hodnocení efektivit TK. Zmíníme se i o jiných alternativách léčby drogově závislých klientů.

Praktická část se zaměřuje na popis chodu TKDZ v Nové Vsi a věnuje se přiblížení života klientů v tomto zařízení. Dále se zde věnujeme hodnocení kvality péče.

Přínosem bakalářské práce by mělo být potvrzení účelnosti existence TKDZ Nová Ves a tím podpořit fungování podobných zařízení v České republice. Bakalářská práce si klade za cíl představit život klientů v TKDZ široké veřejnosti.

## 2 Teoretická část

### 2.1 Definice syndromu závislosti

Definice syndromu závislosti podle 10. revize mezinárodní klasifikace nemocí (Nešpor, 2000):

Syndrom závislosti je skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha brát psychoaktivní látky, alkohol, nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuoživení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje. Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů.

1. Silná touha nebo pocit puzení látku užívat.
2. Potíže v sebeovládání při užití látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky.
3. Tělesný odvykací stav. Látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tu kterou látku. K mírnění odvykacího stavu se také někdy používá příbuzná látka s podobnými účinky.
4. Průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo nebo usmrtilo uživatele bez tolerance).
5. Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku.
6. Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků, poškození jater nadměrným pitím (depresivní stavy, vyplývající z nadměrného užívání látek) nebo toxického poškození.

Definice závislosti podle Americké psychiatrické asociace (DSM-IV) se stanovuje následovně:

Pro diagnózu závislosti by měl pacient vykazovat alespoň tři ze sedmi dále uvedených příznaků ve stejném období 12 měsíců:

1. Růst tolerance (zvyšování dávek, aby se dosáhlo stejného účinku, nebo pokles účinku návykové látky při stejném dávkování).
2. Odvykací příznaky po vysazení návykové látky.
3. Přijímání látky ve větším množství nebo delší dobu, než měl člověk v úmyslu.
4. Dlouhodobá snaha nebo jeden či více pokusů omezit a ovládat přijímání látky.
5. Trávení velkého množství času užíváním a obstaráváním látky nebo zotavováním se z jejích účinků.
6. Zanedbávání sociálních, pracovních a rekreačních aktivit v důsledku užívání látky nebo jejích omezení.
7. Pokračující užívání navzdor dlouhodobých nebo opakujícím se sociálním, psychologickým nebo tělesným problémům, o nichž člověk ví a které jsou způsobeny nebo zhoršovány užíváním látky.

Nešpor (2000) se snaží poukázat na podobnost obou charakteristik. Některé známky jsou dokonce totožné. Rozdíl na který Nešpor upozorňuje je v tom, že se mezi známkami závislosti v DSM-IV neobjevuje bažení.

Tyto definice využívají v praxi lékaři, kteří si mohou po odebrání klientovi anamnézy diagnostikovat, zda se jedná o závislost na návykových látkách či o jiné stádium, které by mohlo k vzniku závislosti vést.

## **2.2 Druhy závislosti**

Druhy závislosti jsou ve statistice 10. MDS označovány pod kódem F1x.2. Místo x se pak dopisují další čísla která označují jednotlivý druh závislosti (Nešpor 2000).

Známe tyto druhy závislosti:

F10.2 Závislost na alkoholu

F11.2 Závislost na opiodech (např. heroinu)

F12.2 Závislost na kanabiodech

F13.2 Závislost na sedativech nebo hypnotikách (tlumivých lécích)

F14.2 Závislost na kokainu

F15.2 Závislost na jiných stimulantcích, včetně kofeinu a pervitinu

F16.2 Závislost na halucinogenech (např. MDMA=ecstasy)

F17.2 Závislost na tabáku

F18.2 Závislost na organických rozpouštědlech

F19.2 Závislost na několika látkách nebo jiných psychoaktivních látkách

Každá droga má jiné účinky a závislost na ní se může projevovat různým způsobem.

V definicích závislosti se objevovalo slovní spojení návyková látka, ale veřejnost často užívá slovo droga, což přináší mnohá rizika. Podle Popova (Raboch, 2001) jsou pod pojem droga zařazovány látky které mohou vyvolat návyk a patří do skupiny látek ilegálních. Tím se podle autora značně bagatelizuje riziko užívání látek jako je alkohol a cigarety, které jsou v naší společnosti legální a tudíž jsou vnímány jako bezpečné. Stejně tak autor upozorňuje na dělení látek na tvrdé a měkké. Dosáhnout konsensu v tom, podle jakých kritérií je možné zařadit tu či onu látku mezi tvrdé, event. měkké drogy je obtížné. Většinou panuje shoda v názoru, že látku (drogu), jejíž užívání může způsobit somatickou závislost a při jejímž předávkování mohou být ohroženy životní funkce, je nutno považovat za tvrdou drogu (Raboch, 2001).

V textu bakalářské práce se vyskytují oba pojmy. Někteří autoři používají slovo droga, druzí návyková látka. Nejde o žádné speciální dělení.

### **2.3 Typy závislosti**

Můžeme vyjmenovat dva typy závislosti (Vágnerová, 1999):

a) *Biologická (somatická závislost)* se definuje jako stav adaptace organismu na drogu, který je doprovázený zvyšující se tolerancí a projevující se při vysazení drogy abstinenčním příznakem.

a) *Psychická závislost* znamená potřebu užívat opakovaně nebo trvale drogu k vyvolání příjemných prožitků a k odstranění prožitků nepříjemných a zatěžujících. Člověk má návyk užívat drogu, protože mu přináší uspokojení.

### **2.4 Vznik závislosti**

V praxi se často setkáváme s otázkami rodičů a veřejnosti, které se ptají po příčině vzniku závislosti. Odpověď není jednoduchá a není u všech lidí závislých na drogách stejná. Každý člověk je jedinečná osobnost a uživatelé drog nejsou výjimkou. Mnoho autorů se již otázkou příčin vzniku závislosti zabývalo. Vznikla celá řada teorií a názorů.

Vágnerová (1999) popisuje závislost jako proces, který vzniká změnami v oblasti sociální, somatické a psychické. Člověk je vystaven tzv. učení v kruzích, které Vágnerová (1999, s. 299) volně interpretuje podle Netika: „Droga má určité fyziologické a psychické účinky, které jejího konzumenta vedou k opakovanému užití. Droga sice vyvolává žádoucí pocit, ale ke třeba stále větší a častější dávky, protože organismus získává stále větší toleranci. Čím delší je užívání, tím více se mění různé psychické i fyziologické vlastnosti. postupně dochází k narušení schopnosti autoregulace. Člověk není schopen přestat. Obrannou reakcí je racionalizace abúzu a identifikace se subkulturou drogově závislých.“

Postupně se z něho stává narkoman a člověk, který je zcela závislý na látce, která zaplňuje jeho život. Je pro něho velmi těžké se z těchto kruhů vymanit a mnohdy mu chybí motivace pro změnu.

Závislost na nealkoholových drogách vzniká postupně a stejně jako závislost na alkoholu je rozdělena do několika stádií. Drogová závislost však vzniká daleko rychleji než závislost na alkoholu.

#### **2.4.1 Fáze vzniku závislosti**

Vágnerová (1999) využívá rozdělení do 4 etap, které popisují proces vzniku závislosti z hlediska času:

##### *1. Fáze experimentování*

První impuls experimentovat s drogou může vycházet z nudy. Značnou roli hrají v těchto situacích sociální vztahy. Pro adolescenta jsou vzorem lidé, kteří drogu užívají a pro něho se stává droga lákavou. Jako další příčinu vidí Vágnerová v potřebě uniknout problémům a významným spouštěčem situací může být i osobní nouze. Droga se tak stává náhradou za někoho kdo by mohl mladému člověku pomoci pochopit problém a navrhnout mu jiný způsob jeho řešení.

##### *2. Fáze příležitostného užívání*

V této fázi člověk využívá drogu k řešení problémů nebo vylepšování nepříjemných pocitů. Nemá návyk a ne užívá drogu denně. Tají své počínání a zatím mu také záleží na jeho okolí.

##### *3. Fáze pravidelného užívání*

Člověk již drogu užívá pravidelně, ale nepřipouští si riziko užívání návykových látek.

#### 4. Fáze návykového užívání

V této fázi je člověk zcela závislý na droze. Jeho vztahy s okolím se mění. Pohybuje se v komunitě lidí, kteří jsou na drogách také závislí. Jeho jediným problémem je jak si opatřit dávku. V tomto období často přichází o rodinu, přátele a zaměstnání.

##### 2.4.2 Faktory vzniku závislosti

Na vzniku drogové závislosti spolupůsobí dle Sochúrka (2001) čtyři základní faktory:

- a) Typ, charakter a dostupnost drogy. Vedle preference účinku jednotlivých drog se jeví jako důležitější jejich dostupnost, a to zejména ekonomická.
- b) Struktura osobnosti. K drogám se např. uchylují většinou úzkostní lidé, lidé kteří neumí řešit problémy.
- c) Působení sociálního prostředí (společenské a sociální vlivy). Vlivy part, celkově příznivé klima pro užívání drog ve společnosti.
- d) Podnět, spouštěcí či provokující faktor. Momentálně tíživá situace, stres, či pocit jedince, který není schopen vyřešit jinak než užitím nějaké návykové látky. Častou příčinou je i snaha neodlišovat se od skupiny a zvědavost.

Podrobněji se příčinám vzniku závislosti věnuje Kooyman (1993), který se snaží na závislost dívat jako na kombinaci jednotlivých teorií vzniku závislosti. Výsledkem je tedy kombinace biologických, sociálních, psychologických a duchovních znaků. Vzniká interaktivní model vzniku závislosti, což znamená že znaky se vzájemně doplňují a pohled na závislost se zdá komplikovanější. Tyto teorie lze využít i v léčbě drogových závislostí.

##### 2.4.3 Charakteristika jednotlivých teorií vzniku závislosti podle Kooymana (1993)

- a) *Biologická teorie* se soustředí na možnou existenci vrozených či získaných fyziologických znaků, které mohou vést k tomu, že člověk je náchylnější ke vzniku závislosti. Objev dědičné složky u alkoholového typu tuto domněnku jenom potvrzuje (tohoto objevu využívají sdružení Anonymních alkoholiků pro prosazování úplné abstinence). Kdyby byla příčina vzniku závislosti pouze biologická, tak by řešení spočívalo v nedobrovolné detoxifikaci. Pravdou je, že po detoxifikaci následuje vždy léčba. V léčbě jde především o předejití relapsu, než o detoxifikaci nemocného. Biologický model se opírá o objev

endorfinů, látek v lidském těle. Zjednodušeně lze říci, že pokud nastane nějaká nerovnováha ve funkci těchto látek podobných morfinu, tak tento stav může vést ke zvýšené potřebě konzumovat zvýšené množství látek podobných právě morfinu.

- b) *Psychodynamická teorie*. Freud považoval užívání návykových látek za snahu nahradit si sexuální uspokojení a jeho nástupci viděli závislost jako následek narušeného dětství. Tradiční analýza byla však v léčbě závislostí neúspěšná. Později Adler vyslovil teorii, která se opírala o nízkou sebedůvěru jedince a ta dle něho byla hlavním zdrojem pro zneužívání drog. Nízká sebedůvěra může pramenit z toho, že si jedinec stanovuje vysoké cíle, na jejichž řešení nemá dostatek schopností. Druhou možností může být vliv rodiče dítěte, který mu nedovolí dělat věci samostatně a nikdy mu neumožní aby rozvinulo své nadání. Nízké hodnocení může vznikat i v rodinách kde nemá dítě podněty pro rozvoj. Člověk, který má nízké sebevědomí má porušenou představu o sobě i okolí. Na stres a problémy reaguje většinou více negativně. Aby se dotyčný vypořádal s nadměrně náročnými cíli a nízkým sebehodnocením, tak začíná brát drogy.
- c) *Behaviorální teorie a podmiňování*. Tato teorie vychází z toho, že jedinec využívá závislostní způsob chování k odvrácení nepříjemných pocitů a řešení problémů. Tento způsob chování lze nahradit jiným chováním, které vede k zodpovědnému postoji k životu a okolí. Z pohledu behaviorálních terapeutů jsou hlavními podmiňujícími faktory určitého chování postoje a sociální normy. Cílem terapie je odnaučit klienta, aby si vybíral závislostní druh chování v určité situaci a nahradil je jiným.
- d) *Teorie zaměřená na rodinný systém* je výsledkem patologické rovnováhy v rodině, což znamená, že poškozený je celý systém a ne pouze jedinec, který drogy užívá. Závislý může svojí závislostí odpoutávat pozornost od jiných rodinných problémů. Má převahu nad ostatními, je mu věnovaná pozornost. U adolescentních uživatelů se tato teorie opírá o problém, který vzniká v době kdy dospívající opouští svůj domov. Na obou stranách se objevuje strach ze separace. Drogová cesta tak může vést k pseudo-nezávislosti. V rodinách závislých klientů se mohou vyskytovat hyperprotektivní rodiče a stejně tak rodiče otažití a nevšímaví. Rodiče málo oceňují pozitivní chování dítěte a vyzdvihují naopak jeho negativní chování. Rodiče často neposkytují dostatečné hranice. Poskytují nekonzistentní výchovu a dvojnásobné vazby a nedokáží stanovit hranice negativnímu chování. Rodinná terapie je vhodnou součástí léčby závislých jedinců v TK.



- e) *Teorie sociálního faktoru tvrdí, že užívání drog lze vidět jako výsledek dysfunkční společnosti. Lidé užívají drogy, aby unikly negativním jevům ve společnosti a aby protestovali proti společenským normám. Zastánci této teorie vybízejí k léčbě celé společnosti a ne pouze jednotlivce.*
- f) *Teorie auto-medikace a další psychiatrické přístupy. Závislý je vlastně dle této teorie psychiatrickým pacientem. Užíváním drog dochází k mizení některých příznaků deprese nebo schizofrenie. Tato teorie může vysvětlit to, proč se po detoxifikaci objevují psychiatrické syndromy. V této teorii je závislost onemocnění a spadá tak do problému zdravotnictví.*

Žádná z uvedených teorií nemůže plně vyložit existenci závislosti. Mohou však vysvětlit část – všechna hlediska jsou svým způsobem platná. Tyto teorie se zaměřují na faktory vzniku závislosti které se v určité míře mohou podílet na jejím vzniku. Tyto faktory spolu navzájem reagují – jsou interaktivní. V tomto modelu je tedy závislost považována za psycho-fyzicko-sociální syndrom podmíněný složitým systémem faktorů.

I v tomto modelu se objevuje jako příčina vzniku závislosti nerovnováha mezi následujícími faktory, které podobně popisuje Sochůrek (2001):

1. Vnější tlak,
2. vnější podpora,
3. a autonomie jedince.

Pokud jeden z faktorů převládne nebo není dostatečně přítomen, prožívá člověk stres a užitím drog se tento stav zmírňuje. Když je droga pro jedince lehkou dostupná a nezpůsobuje mu žádné větší problémy (nedostatek peněz, riziko zatčení) není pravděpodobné, že takový jedinec bude motivovaný ke změně a bude chtít drogy přestat.

Lze tedy říci, že závislost je způsobena mnoha faktory, které se vzájemně doplňují a vytvářejí tak řetěz mezi sociálními, somatickými a psychickými faktory. Stejně rozdělení je využíváno i u důsledků užívání drog (Kooyman 1993).

## **2.5 Důsledky závislosti (Vágnerová, 1999)**

### **2.5.1 Somatické důsledky**

Závislost na psychoaktivních látkách může primárně nebo sekundárně poškodit zdraví jedince. Objevuje se např. poškození CNS, onemocnění jater, zažívacího traktu, nebezpečí výskytu infekčních onemocnění (přenos HIV a hepatitidy B,C). Droga působí i změny zevnějšku člověka. Jedinec může být vyhublý, vpichy

vytvářejí pod kůží viditelně abscesy. Taková změna může ovlivňovat i sebevědomí člověka, které se stává nižší.

### **2.5.2 Psychické důsledky**

Závislost mění psychické reakce, procesy a vlastnosti člověka. Dlouhodobé užívání těchto látek může vytvořit tzv. organický psychosyndrom. Jedná se o změny osobnosti vyvolané poškozením mozku.

Emoční prožívání je deformováno. Závislý člověk je mnohem labilnější, dráždivější a má větší sklon k prchlivému a neočekávanému způsobu chování.

V kognitivní oblasti dlouhodobé užívání drog zhoršuje paměťové funkce, soustředění. Může vést i k demenci.

Užívání návykových látek mění aktivační úroveň; to znamená, že jedinec potřebuje drogu k tomu aby se jeho aktivita zmírnila nebo naopak zvýšila. Stimulující drogy jako je např. pervitin aktivitu zvyšují a heroin naopak aktivitu utlumuje.

Mění se hierarchie hodnot; pro jedince je jedinou hodnotou droga a její blahodárné účinky.

Návyk na drogu mění životní styl; život závislého člověka se stává stereotypní, převládají zde činy, které vedou k získání drogy. Většina závislých lidí popisuje pak svůj život velmi podobně. Mluví se o nekončícím koloběhu, který směřuje vždy jenom k jedné věci – k droze.

Závislému člověku nakonec zbývá jen droga; člověk závislý na droze nemá budoucnost.

Osobnost závislého postupně upadá; někdy si člověk tento stav uvědomuje a zhoršuje se jeho sebevědomí.

Dlouhodobé užívání návykových látek může vyvolat i závažné duševní poruchy.

Poruchy psychotického charakteru vznikají jako následek nadužívání psychoaktivní látky.

Amnestická porucha, která se projevuje zhoršením paměti, a demence.

### **2.5.3 Sociální důsledky**

Tyto důsledky vyplývají z psychických změn a odlišného chování závislých lidí. Závislý jedinec přestává respektovat příslušné normy, neplní svoje povinnosti, nechodí do práce nebo do školy.

Mění se jeho vztahy s lidmi. Stává se nespolehlivým, sobeckým a necitlivým k potřebám ostatních lidí. Člověk je pro drogu ochotný krást, prostituovat nebo se věnovat jiné nelegálním činnosti.

Rodina na závislost jedince reaguje různými způsoby. Někteří rodiče jsou rozzlobeni, hledají viníka a jsou plni výčitek. Adekvátní reakcí je porada s odborníky v centrech pro závislé nebo AT poradnách.

Zaměstnání nebo docházku do školy závislý jedinec není schopen kvalitně absolvovat. Po čase ze školy nebo zaměstnání odchází. Závislý člověk ztrácí řadu sociálních rolí a zůstává mu pouze role narkomana.

Společnost má silnou tendenci drogově závislé stigmatizovat a sociálně izolovat. Tento odstup, bohužel, převládá i u klientů, kteří odcházejí z léčebných zařízení. Pro společnost jsou ale stále těmi feťáky, na které je potřeba dávat si pozor.

Běžným důsledkem drogové závislosti je trestná činnost.

Sochůrek (2001) rozděluje trestnou činnost ve vztahu k drogám do pěti skupin:

1. *Organizovaná trestní činnost výrobců a distributorů drog.* Za touto formou stojí většinou v pozadí mocné společnosti, které se tváří seriózně, ale zakrývají zločinecké aktivity, které jsou spojené s prodejem a distribucí návykových látek. V našich podmínkách tato forma zatím chybí.
2. *Trestná činnost páchaná pod vlivem drog.* Trestný čin spáchaný pod vlivem drogy nebývá pravidlem
3. *Trestná činnost páchaná za účelem získání drogy.* Právě snaha opatřit si prostředky na nákup drogy je nejčastější příčinou trestné činnosti, páchané samotnými toxikomany. Podle kvalifikovaných odhadů má tuto motivaci asi 75 % trestných činů spáchaných toxikomany.
4. *Trestná činnost páchaná na samotných toxikomanech.* Zneužívání toxikomanů pro nelegální činnosti, např. k prostituci a distribuci návykových látek
5. *Trestná činnost jako důsledek zneužívání drog.* V minulosti do této skupiny patřili lidé, kteří byli označováni jako příživníci. V době před rokem 1989 končili většinou ve vězeních nebo nuceně v léčebnách. Tito lidé se mohou pod vlivem drog dopouštět z nedostatku prostředků kapesních loupeží, odcizování potravin či zboží v obchodě. Stručně shrnuto – bez zneužívání alkoholu nebo drog by se k trestné činnosti těchto lidí nedošlo.

Důsledky závislosti na návykových látkách se opět dotýkají tři základních oblastí: sociální, somatické a psychické. Tyto oblasti se již vyskytly v kapitole o příčinách vzniku závislosti na návykových látkách a nebude tomu jinak i v následujících kapitolách, které budou věnované léčbě. Tím se opět potvrzuje pravdivost bio-psycho-sociálního modelu. Dříve než se dostaneme k léčbě, zmíníme se krátce o epidemiologii drogově závislých lidí v ČR.

## **2.6 Epidemiologie**

Současná situace v oblasti problematiky psychoaktivních látek v ČR na přelomu tisíciletí je podle Popova (Raboch, 2001) charakterizována přetrvávající vysokou spotřebou legálních drog – alkoholu, tabákových výrobků a návykových léků a trvalým nárůstem počtů osob, zneužívajících ilegální drogy, především marihuanu, pervitin a heroin. Tím se opět potvrzuje, že naše společnost je k legálním drogám daleko více tolerantnější a konzumuje je ve velkém množství. Kolik lidí v našich vlastních rodinách je úplnými abstinenty?

Autor se zaměřuje na situaci v roce 1999.

Incidence (počet nově hlášených osob) v roce 1999 byla nazvaná jako nejvyšší. Celkem bylo nově nahlášeno 3891 problémových uživatelů za posledních pět let. Nejpostiženější věkovou skupinou byli mladí lidé ve věku 15–19 let. Odhad prevalence (počet všech osob) problémových uživatelů drog v roce 1999 činil 22 000 osob, z toho bylo velké množství lidí, kteří jako primární drogu užívali pervitin nebo heroin. Většina těchto uživatelů používá intravenózní způsob aplikace látky do organismu. Asi 20% sdílelo injekční náčiní ještě s někým jiným. Toto rizikové chování vedlo ke zvýšenému výskytu onemocnění virovou hepatitidou typu C a B.

V tomto roce bylo provedeno šetření na vzorku středoškoláků. Ve srovnání s rokem 1995 byl znatelný nárůst konzumentů alkoholu, tabáku a ilegálních drog. Tabák (nikotin) a alkohol jsou v ČR nejčastějšími startovacími drogami (Raboch, 2001).

## **2.7 Léčba a její vývoj**

V minulých desetiletích se u nás objevoval koncept léčby, který představoval řetězec na sebe vzájemně navazujících, více či méně spolupracujících institucí, převážně zdravotnických. Těmito zařízeními pacient postupně procházel. Tento model byl více přijatelný pro osoby závislé na alkoholu, ale již méně vyhovoval osobám závislým na jiných návykových látkách. Značná část nealkoholové klientely nemá k těmto institucím důvěru. Popov (Raboch, 2001) tuto nedůvěru vysvětluje především obavou z represe, protože většina činnosti, která se odehrává

kolem nealkoholových drog je trestná a státní zařízení jsou často chápána jako součást represivního systému. Dalším důvodem je skutečnost, že hospitalizace ve zdravotnickém zařízení není odpovídající z hlediska materiálního a personálního vybavení. Tím se snižuje její efektivita. Popov tuto situaci vysvětluje tak, že se vlastně jedná o pozůstatky socialistické éry ve které drogy neměly svoje místo, pro společnost neexistovaly. Proto byl nedostatek zařízení, která by se věnovala těmto pacientům. Tím se prodlužovaly i přijímací doby k léčbě. Tento fakt může mnohé lidi i v současné společnosti vést k domněnkám, že léčba závislých osob je minimálně úspěšná nebo bez efektu.

Popov (Raboch, 2001) poukazuje na základní kritéria úspěšné léčby:

- a) Komplexnost léčby (vycházet s bio-psycho-sociálního komplexu);
- b) dostupnost a dostatečná délka léčby;
- c) odpovídající metody a prostředky;
- d) spolupráce s ostatními institucemi (často nezdravotnickými).

V současné době se u nás vyskytuje celé spektrum služeb, které je rozšiřováno do dalších lokalit státu. Na významu nabývají dnes především zařízení následné péče, s výraznou komponentou sociálních služeb. Mluvíme o konceptu léčby kde je aplikován systém sítě. Pohyb mezi jednotlivými zařízení zajišťuje jedna organizace, tzv. koordinační centrum. Toto centrum má jistý plán podle kterého klient jednotlivá zařízení navštěvuje. Plán je upravován podle potřeb pacienta a nabídky služeb instituce do které se může dostat. (Raboch, 2001)

Kalina ve své odpovědi na otázku týkající se vývoje v poskytování služeb v oblasti prevence a léčby uvádí:

„Vývoj je obrovský. V minulém desetiletí vznikl úplně nový sektor služeb, převážně spojený s působením nestátních organizací. Vznikla určitá dělba práce mezi státními a nestátními zařízeními. Stejně jako jinde ve světě přinesly nestátní organizace díky své pružnosti jiné typy služeb: výměnné programy, terénní práce s uživateli drog, nízkoprahová centra, doléčovací zařízení, terapeutické komunity. Takřka stoprocentně státní je v tuto chvíli prostor nemocniční léčby drogově závislých včetně detoxifikace. Ostatní zařízení a terénní programy jsou převážně, nikoli stoprocentně, řízeny nestátními organizacemi.“ (Císařová, 2001, s. 7–8.)

### **2.7.1 Přehled léčebných zařízení**

Existuje celá řada zařízení, která se soustřeďují na pomoc a podporu drogově závislých klientů. Každé zařízení má svá specifika. Ta zahrnují především rozdíl v délce léčby a formě poskytované péče a služeb.

*KC (K-centrum, kontaktní centrum).* Jedná se o nízkoprahové zařízení. To znamená, že zaměstnanci respektují anonymitu klientů a nekladou na ně velké terapeutické nároky. Náplní kontaktních center je výměna injekčního materiálu, sociální servis, hygienický servis, potravinový servis, poradenství a nabídka a zprostředkování léčby. Kontaktní centra provádějí výměnu jehel i v terénu, tzv. streetwork. Výměnný program (výměna použitého injekčního náčiní za nové, doplnění dezinfekčního materiálu a poradenství), může být účinnou formou realizace strategie snižování či omezování rizik. V tomto případě jde především o prevenci šíření krví přenosných infekcí (hepatitidy a AIDS) (Raboch, 2001).

Kontaktní centra podávají poradenství i rodinným příslušníkům osob zneužívající návykové látky. Kontaktní centrum bývá vůbec první institucí, které se s potenciálním klientem terapeutické komunity setká.

*Detoxifikační oddělení.* Smyslem detoxifikace je zbavit organismus návykové látky a pomoci pacientovi překonat možné odvykací příznaky. To se může dít bez pomoci léků, nebo za farmakologické podpory. Detoxifikace má připravit klienta na léčbu. Detoxifikaci provádí oddělení pro léčbu závislostí, detoxifikační jednotky v nemocničním komplexu nebo je klient v domácím prostředí (Nešpor, 1996).

V zahraničí je rozšířená domácí detoxifikace. Jedná se o ambulantní formu léčby, při které pacient dostává potřebné léky v ordinanci nebo v lékárně (Raboch, 2001).

*Ambulantní léčba.* Klient abstinuje v domácím prostředí, má zaměstnání a pravidelně se účastní rozhovorů se svým terapeutem, psychologem nebo lékařem. Ambulantní léčba může probíhat cestou individuálních rozhovorů, rodinnou nebo skupinovou psychoterapií. Schůzky jsou předem plánované. Ambulantní léčba bývá ohrožující pro klienta v tom, že zůstává ve stejném prostředí a je více vystaven tlaku vnějších okolností. Ambulantní léčba může předcházet léčbě v chráněném prostředí, nebo na ní naopak navazovat. (Raboch, 2001)

*Ústavní léčba.* Jedná se o zdravotnické nebo státní zařízení poskytující dlouhodobý pobyt klienta v chráněném prostředí, v kolektivu dalších osob závislých na drogách nebo alkoholu (terapeutické komunity, léčebny). Ústavní léčba může být krátkodobá, střednědobá nebo dlouhodobá. Terapeutický program v těchto zařízeních je většinou kombinací skupinové psychoterapie, činnosti (pracovní) terapie a podpůrní farmakoterapie (Raboch, 2001). Typy ústavní léčby jsou podrobněji popsány níže v textu.

*Substituční léčba.* Termínem substituce se označuje terapeutický postup, při kterém je původně užívaná návyková látka nahrazena látkou – přípravkem – s výhodnějším profilem. Substituční léčba může být krátkodobá (rychlá

substituce, prováděna během hospitalizace, 1–2 týdny), střednědobá (trvá několik týdnů, během ústavní léčby nebo ambulantně), případně dlouhodobá, která je většinou realizována ambulantní formou – udržovací substituce, např. metadonová substituce, která může trvat i několik měsíců a let. Při ní je značná část klientely schopna neproblémové existence. (Raboch, 2001)

*Denní stacionář.* Zařízení poskytující denní péči, tj. péči přes den, nelůžkovou, obvykle jen v pracovní dny. V léčbě závislých se léčba v denním stacionáři pokládá za alternativu ústavní či rezidenční léčby pro klienty, kteří jsou schopni abstinovat bez vyčlenění z původního prostředí. Stejně jako ambulantní léčba může denní péče předcházet nebo navazovat na pobyty v rezidenční léčbě. Součástí strukturovaného programu je skupinová práce v které se uplatňují prvky TK. Nezbytnou součástí je i prevence relapsu a práce s rodinou. (Kalina, 2001)

*Terapeutická komunita (zkráceně TK).* Strukturované prostředí, ve kterém klient žije a absolvuje program léčeni. Terapeutická komunita nabízí bezpečné a podnětné prostředí pro růst a zrání, které se děje především prostřednictvím sociálního učení v kontextu vymezeném jasnými a srozumitelnými pravidly. (Kalina, 2001)

Účinným faktorům a struktuře léčby TK jsou věnovány samostatné kapitoly.

*Následná péče.* Smyslem následné péče je udržet u klienta změny, které nastaly v průběhu léčby, popř. spontánně nebo po předchozích intervencích. (Kalina, 2001). Po ukončení léčby v některém zařízení pro drogově závislé má klient možnost nastoupit do programu doléčování. Doléčovací centra jsou dvojího typu – ambulantní a s ubytováním. Do ambulantního zařízení dochází klient několikrát týdně. Má své vlastní bydlení, zaměstnání. V doléčovacím centru se účastní terapeutických aktivit. Je mu poskytnut sociální servis (možnost vyprání prádla, napsání dopisu na PC, kontakt s úřady). Doléčovací centra s chráněným bydlením nabízí klientům možnost bydlení v samostatných bytových jednotkách na určitou dobu.

*Svépomocná hnutí* Anonymních alkoholiků, narkomanů, sociální kluby jsou svépomocné organizace pro lidi, jež mají problémy s alkoholem a chtějí je překonat. Organizace AA vznikla v USA roku 1935. V Americe se dokonce svépomocná léčba kombinuje s léčbou profesionální. Po vzoru AA vznikly organizace pracující na podobných základech – Anonymní narkomani, Anonymní hazardní hráči. (Kalina, 2001)

*Ústavní léčba (rezidenční)* se rozděluje podle délky pobytu na krátkodobou, střednědobou a dlouhodobou. Podle Kaliny je nejefektivnější léčba delší než šest měsíců. (Kalina, 2000)

*Krátkodobá léčba* je pojem obvykle vyhrazený pro ústavní léčbu kratší než tři měsíce (nejčastěji 4–8 týdnů). Jde o strukturovaný program, v němž léčebné aktivity převažují nad aktivitami rehabilitačními nebo resocializačními. Je vhodná pro uživatele drog motivované k léčbě, kteří nejsou schopni se uzdravit v ambulantní léčbě a jsou ohroženi relapsem, případně vyžadují komplexní péči, protože vedle drogové závislosti mají jinou osobnostní poruchu nebo psychiatrické či somatické onemocnění. Nepředpokládá se výrazné ovlivnění životního stylu u osob s delší drogovou kariérou. I u nich však může hrát krátkodobá léčba důležitou roli jako „úvodní léčba“ po které následují jiný, střednědobý nebo dlouhodobý program péče. V ČR se provádí málo, a její indikace a účinek se podceňují. (Kalina, 2001)

*Střednědobá léčba.* Za střednědobou léčbu se obvykle pokládá léčba v trvání tři až šesti měsíců. U nás tento typ léčby poskytují nejčastěji specializovaná oddělení psychiatrických léčeben nebo klinik, což umožňuje současně se zaměřit na doprovodné somatické a psychické problémy pacienta/klienta. Ve strukturovaném programu převažují léčebné aktivity nad aktivitami rehabilitačními či resocializačními. Dolní hranice střednědobé léčby, tj. tři měsíce, se v odborné literatuře pokládá za minimum pro dosažení trvalejšího účinku. S pojmem střednědobá léčba se setkáváme nověji i v terapeutických komunitách, kde je horní hranice trvání posunuta nad šest měsíců. (Kalina, 2001)

*Dlouhodobá léčba.* Tento pojem je vyhrazen pro léčbu ústavní či rezidenční, nikoliv ambulantní. Za „klasickou“ se pokládá dlouhodobá léčba v trvání jednoho roku. Zejména u klientů závislých na heroinu se věřilo, že kratší léčby nejsou účinné a dlouhodobá léčba byla hodnocena jako jediná možná léčba, kterou klient buď přijme nebo odmítne. Toto přesvědčení ještě mnohde (i u nás) přetrvává a dodnes se setkáváme i s programy delšími než jeden rok, ačkoliv výzkumy ukazují, že po jednom roce efektivita léčby může klesat. Dlouhodobá léčba je dnes považována za indikovanou u klientů s výraznou sociální problematikou (značná sociální nezralost, nerozvinuté nebo ztracené sociální návyky a dovednosti, kriminální anamnéza, zcela chybějící či destruované nedrogové sociální zázemí a vztahy). Dlouhodobá léčba probíhá obvykle v terapeutických komunitách. (Kalina, 2001)

Obecně lze tedy říci, že efektivnější bude léčba trvajíc déle než šest měsíců, ale nepřesahující jeden rok. Pokud bychom vycházeli z popisu těchto tří druhů léčeb,



tak bychom museli dát přednost střednědobé nebo dlouhodobé léčbě. Při volbě programu se nabízí celá řada faktorů, které tento proces ovlivňují. Jde především o rozhodnutí klienta a doporučení odborníka, kterou z možných nabídek léčby vyberou. Rozhoduje také míra motivace klienta, věk, doba trvání závislosti.

Osobně si myslím, že může být vhodná i krátkodobá léčba, pokud je následována doléčováním nebo na ni navazuje léčba střednědobá nebo dlouhodobá. Bez doléčování se dle mého názoru efektivita tříměsíční léčby znatelně snižuje. Krátkodobá léčba může být dobrým odrazovým můstkem, nebo startem pro řadu změn u klientů, kteří s drogou experimentují a jejich chování se blíží fázi závislosti.

Pro klienty s dlouhodobou závislostí na drogách mohou být první tři měsíce v bezdrogovém prostředí prostorem pro přemýšlení a získávání sil pro rozhodnutí podstoupit léčbu dlouhodobou. Řada klientů čeká v krátkodobé léčbě na umístění do TK. Tito klienti bývají na dlouhodobou léčbu dobře připraveni, protože měli mnoho času promyslet si co bude dál, a byli při tom v chráněném prostředí bez drog. Myslím si, že každá léčba má své silné stránky, jenom záleží jakým způsobem jí klient a personál využije.

## **2.8 Vymezení pojmu terapeutické komunity**

Pojem terapeutická komunita slouží ve světě i u nás k pojmenování různých typů zařízení. Může to být psychiatrické oddělení nemocnice ve velkém městě, psychoterapeutické středisko pro neurotiky, odlehlý statek s bývalými uživateli drog i část věznice pro vybrané delikventy. Z toho je patrné, že metodu terapeutické komunity lze využít v řadě zařízeních a zaměřit se na různorodou klientelu.

My se budeme více zajímat o metodu terapeutické práce kterou lze aplikovat v komunitě pro závislé klienty a seznámíme se s léčbou v těchto komunitách.

V následujících kapitolách jsou zmíněny některé historické momenty ve vývoji komunit ve světě a v České Republice, základní charakteristiky TK pro závislé klienty, cíle a prostředky léčby v TK, jednotlivé aktivity programu a fáze programu. Filosofii TK v Nové Vsi a způsobu léčby tohoto zařízení popisuje praktická část bakalářské práce.

Terapeutická komunita pro závislé klienty (TK) je definována mnoha způsoby. Mnohé definice se shodují v tom, že je TK specializované zařízení, které se zaměřuje na léčbu k abstinenci a na sociální rehabilitaci závislých klientů. Existuje zde i specifický vztah mezi klienty a týmem a v léčbě se vychází hlavně z každodenních událostí a vztahů, které v komunitě probíhají.

Kalina (2001) popisuje terapeutickou komunitu jako strukturované prostředí, ve kterém klient žije a absolvuje program léčení/rehabilitace. Terapeutické komunity (TK) nabízí bezpečné a podnětné prostředí pro růst a zrání, které se děje především prostřednictvím sociálního učení v kontextu vymezeném jasnými a srozumitelnými pravidly. Terapeutický potenciál TK se spatřuje ve stálém napětí mezi realitou a terapií, mezi každodenním spolužitím na jedné a podporovaným a monitorovaným sociálním učením a nácvikem na straně druhé.

Kratochvíl (1995) mluví o komunitě v širším a užším smyslu. TK v širším smyslu je systém řízení léčebného oddělení, ve kterém se podporuje všestranně otevřená komunikace a v němž se na rozhodování podílejí všichni členové týmu a pacienti. Významnou složkou této formy organizace jsou schůzky personálu s pacienty, při nichž dochází k výměně informací a k projednávání problémů ve vzájemných vztazích, a schůzky personálu, ve kterých se usiluje o pochopení interpersonálních procesů léčebné jednotky a objasnění reakcí členů léčebného týmu vůči pacientům a i vůči sobě navzájem.

TK v užším slova smyslu je psychoterapeutickou metodou, při níž se využívají modelové situace malé společenské skupiny k projekci a korekci maladaptivních interpersonálních stereotypů prožívání a chování. Při společném soužití pacientů v každodenním bezprostředním styku, kdy jsou zajištěny různorodé činnosti a možnost diferencování rolí, poskytují vzájemné interakce, problémy a konflikty určitý materiál, na němž se pacienti učí poznávat svůj podíl ve vytváření, udržování a opakování svých životních problémů a konfliktů. Současně si mohou osvojovat nové, diferenciovanější a přizpůsobivější formy chování. (Kratochvíl 1995)

Dělení podle Kratochvíla nám umožňuje dva pohledy na terapeutickou komunitu. I my se budeme nejprve zabývat metodou terapeutické komunity a posléze rezidenční léčbou v terapeutické komunitě.

## **2.9 Terapeutická komunita jako metoda**

### **2.9.1 Historie a vývoj terapeutických komunit**

Vznik a odborné zpracování TK se spojuje se jménem britského psychiatra Maxwella Jonese. Ten založil první TK po druhé světové válce. (Kalina, 2001) Tím došlo v polovině dvacátého století k rozvoji terapeutických komunit v dnešním slova smyslu. M. Jones zavedl komunitní systém v nemocnici pro psychiatrické pacienty. Vedle této komunity vznikla komunita pro drogově závislé, která je spojená se jménem Charlese Dedericha, tzv. Synanon. Oba dva

typy komunity mají společné to, že se pacienti stávají aktivními účastníky ve své léčbě a podílejí se na rozhodovacích procesech v komunitě, hlásí se k demokratickým ideálům a oba dva typy uznávají sílu skupiny rovnocenných lidí. Odlišnosti jsou pravděpodobně dány především cílovou populací pro kterou jsou jednotlivé programy určeny.

TK se vyvíjely ve dvou liniích. Vznikal demokratický a hierarchický směr. Jones a Dederich se řídili každý svým vlastním přesvědčením o způsobu práce v TK a vyvíjeli tyto komunity odlišným způsobem. Jones založil demokratickou komunitu, Dederich zase komunitu založenou na hierarchických základech.

### **2.9.2 Vývoj demokratických TK**

Kolébkou této linie byla Anglie po 2.světové válce. Prvním místem byla Nortfieldská vojenská nemocnice v Birminghamu a druhým místem byl Mill Hill v Londýně, kde pracoval M. Jones. Komunity založené podle Maxwella Jonese, tzv. demokratické komunity, vnesly řadu revolučních pohledů do systému psychiatrické léčby. Tyto komunity tak nahradily hierarchické zvyklosti známé na psychiatrii v otevřenější, demokratičtější struktury. Dalším přínosem bylo poznání, že je důležité jak sociální prostřední oddělení, ale i terapeutické dovednosti personálu. Terapeutický přístup demokratických komunit je založen na skupinové psychoterapii, zaměřený na pochopení skupinové dynamiky a na ovlivňování postupného procesu učení. (Richterová, 2003)

### **2.9.3 Vývoj hierarchických komunit**

Dederich se zasloužil o vývoj hierarchických komunit. Komunita Synanon jim byla založena v roce 1958 a většina komunit čerpá své kořeny právě z ní. Na rozdíl od demokratických komunit kde se lékaři a sestry zbavovali svých pravomocí, byla v Synanonu založena přísná hierarchie. Klient mohl během pobytu postupovat v hierarchii zdola nahoru a nakonec dosáhnout i funkce terapeuta. Dederich byl sám bývalým alkoholikem a aktivním členem hnutí Anonymních alkoholiků. V terapii zavedl tzv. synanonskou hru. Její potenciál spočívá v tom, že se klient učí nebát vzniku konfliktů, nevyhýbat se řešení a řešit problémy adaptivnějším způsobem. Tato hra byla provázená bouřlivými emoci a do konfliktu se mohl dostat každý člen skupiny bez ohledu na jeho postavení v hierarchii komunity.

Na základě zkušeností ze Synanonu vznikla celá řada komunit v Americe, ale i v Evropě. (Richterová, 2003)

Obě hlavní linie vývoje terapeutických komunit se dlouho ignorovaly. Vzájemný odstup byl dán především tím, že Synanon a další komunity byly vedeny neprofesionály, bývalými uživateli drog nebo alkoholu a na druhé straně tu byly komunity vedené pouze profesionály z řad psychiatrů. K vzájemné spolupráci a prolínání obou proudů začíná postupně od 80.- 90. let 20 století.

Kennard (1998) uvádí šest společných znaků těchto komunit:

1. *Neformální a otevřená atmosféra.* Všichni lidé na oddělení jsou oblečeni neformálně, nejsou k vidění žádné uniformy. Často se může návštěvník ptát "Kdo je tu personál a kdo klient? Každý může o svých pocitech mluvit otevřeně, nikdo se nebrání smutku, slzám, ani hádkám.
2. *Centrální místo skupinového setkání v terapeutickém programu.* Členové komunity se minimálně jednou týdně scházejí ke společnému setkání. Jindy se mohou členové scházet v menších skupinkách. V málo početném zařízení se komunita může scházet i každý den. Tato setkání plní následující funkce: zajistit co největší sdílení informací, vytvářet pocit soudružnosti a pospolitosti v komunitě, učinit otevřeným a veřejným proces rozhodování, udržovat platformu pro zpětnou vazbu a poskytovat nástroj, pomocí kterého členové vyvíjejí tlak na jedince jejichž názory jsou pro ostatní rušivé, nebo jsou pro ostatní ohrožující.
3. *Sdílení práce na udržování a chodu zařízení.* Část práce v chodu zařízení je na klientech. Členové se tak mohou stát zodpovědnějšími za svoji práci, mohou se naučit novým věcem a během práce se dostanou i do řady mezilidských kontaktů, které mohou vyvolat i problémy.
4. *Terapeutická úloha klientů.* Tímto společným znakem se označuje uznání klientů jako pomocných terapeutů, kteří komentují a ovlivňují chování a postoje. Jedná se o vzájemný vliv mezi jedinci ve skupině. Klienti se mohou daleko lépe vcítit do problému druhých, protože je také zažili, dovedou odhadnout manipulaci nebo přetvářku a mohou pomoci nahlédnout na problém novým pohledem.
5. *Podíl klientů na moci.* Klienti se mohou podílet na spolurozhodování spolu s týmem. Podílejí se na rozhodování, která se mohou týkat například tvorby programu, nákupu potravin, využití společných peněz. Někdy se klienti podílejí na rozhodování ve věci trestů za závažné přestupky druhých členů.
6. *Společné hodnoty a myšlenky.* Hodnoty a myšlenky jednotlivých komunit se mohou velmi odlišovat. Přesto lze uvést několik základních společných

názorů: potíže jednotlivce spočívají většinou v jeho vztahu s druhými lidmi, terapie je v podstatě proces učení, všichni členové jsou si v základu rovni – personál a klienti, profesionálové a neprofesionálové atd., samotné členství v terapeutické komunitě představuje hodnotu.

Otevřenost vzájemnému ovlivňování obou původních proudů TK odpovídá současným trendům ve světě.

Používání metody TK byly ověřeno mnoha způsoby. Při práci se závislymi klienty, s delikventy, s lidmi s těžkými poruchami osobnosti i s lidmi s psychózami. Zařízení která používají metodu TK můžeme rozdělit do čtyř hlavních skupin. (Kennard 1998)

1. *Přístup terapeutické komunity.* Použitím metody terapeutické komunity se mohou velká zařízení léčebného typu změnit na otevřenější a lidštější. Organizace je vedena i nadále personálem, ale je tu již menší vliv rozhodování ze strany personálu. Pacient tak může přebírat větší míru odpovědnosti a iniciativy. Je to prostředí, které dává možnost vytvořit vzájemnou důvěru mezi pacienty a personálem.

2. *Pravé terapeutické komunity.* Jedná se o malá společenství, kde jsou terapeutická rozhodnutí a funkce sdíleny všemi členy komunity. Rozdíl v postavení personálu a klientů je podstatně zmenšen, ale není zrušen. Na poli psychiatrie jsou to komunity, které vycházejí z demokratické typu M. Jonese. Zabývají se hlavně problémem těžkých poruch osobnosti nebo sociální nepřizpůsobivosti.

3. *Bezdrogové terapeutické komunity.* Jsou to malé soudružné komunity ve kterých personál a rezidenti tvoří kontinuální hierarchii. Komunity tohoto typu se výhradně zabývají rehabilitací drogově závislých. Zvláštností terapeutických komunit pro závislé je věnována samostatná kapitola.

4. *Alternativa léčebnám, antipsychiatrické komunity.* Tento způsob použití metody terapeutické komunity se využívá jako alternativa léčby v psychiatrické léčebně. Sdílejí určité společné znaky, mezi něž patří silná příslušnost k určité víře nebo životní filosofii a důraz na rovnocenné postavení všech členů. Obvykle se v nich neuzivá žádných označení personál nebo klient (Kennard, 1998).

## **2.10 Terapeutické komunity v České republice**

Terapeutické komunity u nás vznikaly zpočátku v oblasti zdravotnictví. První oddělení na principech TK (a jedno z prvních na světě vůbec) vytvářel od r. 1949 Jaroslav Skála v Apolináři (protialkoholní oddělení dnešní všeobecné fakultní nemocnice v Praze), první klasická TK byla založena v roce 1954 v Lobči pro

pacienty s neurózami (Kratochvíl, 1995). Další komunity vznikaly v šedesátých a sedmdesátých letech 20. století.

Jaroslav Skála přizpůsobil metodu TK léčbě lidí závislých na alkoholu a dosahoval pozoruhodných výsledků. Režim byl přísnější, s řadou represivních prvků. Život v terapeutické komunitě měl posilovat vůli, vést k novým zájmům a činnostem, navozovat potřebné stavy euforie, naučit vypořádat se s kritickými stavy napětí, frustrace a špatné nálady bez útěku k alkoholu. Pacienti byli záměrně vystavováni zvýšené psychické a fyzické zátěži a vedeni k větší odpovědnosti za utváření vlastního osudu. (Kratochvíl, 1979) Tento způsob léčby přejala celá řada komunit u nás. Postupně ale docházelo ke zjištění, že takovýto způsob léčby není ideální pro klientelu, která se vyznačovala závislostí na nealkoholových drogách a mladším věkem. Proto byla v roce 1991 založena Terapeutická komunita pro uživatele nealkoholových drog v Němčicích, jejíž zakladatelé se částečně inspirovali zahraničními organizacemi.

Podstatnou zvláštností České republiky je existence psychoterapeutického výcviku SUR, který je založen na principech terapeutické komunity (Kalina, 2001). Tento výcvik absolvovala celá řada osobností, které se počátkem 90. let zasloužily o rozvoj a vznik komunit pro závislé u nás.

V České republice vznikalo jenom málo hierarchicky vedených komunit nebo se postupně profesionalizovali. Stejně tak se v našich komunitách neseťkáváme s tvrdě konfrontačními skupinami typu Synanonské hry. (Richterová, 2003)

V současné době je v České republice asi 15 Terapeutických komunit zabývajících se léčbou závislosti. Řada z nich byla založena jako nestátní instituce. V září 2000 byla založena Sekce terapeutických komunit Asociace nestátních organizací.

### **2.11 Rezidenční léčba v terapeutických komunitách pro závislé**

Terapeutická komunita je v tomto případě definována (Richterová, 2003) jako specializované rezidenční (pobytové) zařízení, zaměřené na léčbu vedoucí k abstinenci a na sociální rehabilitaci. V TK se poskytuje střednědobá nebo dlouhodobá odborná péče v trvání 6–18 měsíců. Cílovou klientelu tvoří osoby ve věku v rozmezí 18–35 let, které jsou závislé na návykových (obvykle nealkoholových) látkách. V anamnéze těchto osob se často vyskytuje kriminální činnost, psychosociální poškození a v některých případech i poškození somatické (hepatitida B a C).

Terapeutická komunita je u nás většinou jedna ze součástí komplexního systému služeb, který se zaměřuje na práci s drogovou klientelou. To znamená, že pod

hlavičkou zastřešující organizace pracuje několik odborných pracovišť, která se specializují na určitou klientelu a její specifické problémy. Tento řetězový systém služeb umožňuje větší provázanost a návaznost péče o závislé. Zřizující organizace bývají většinou nestátní. Ve státním sektoru fungují TK jako zařízení sociálních služeb nebo jako samostatné lůžkové oddělení zdravotnického zařízení. Kromě poslední případu není obvyklé aby zastřešující organizace spadalo pod zdravotnický statut.

### 2.11.1 Účinné faktory TK

Kalina (2000) vyzdvihuje důležitost základních faktorů komunity, které by neměly chybět v žádném zařízení, které využívá metodu TK. Jedná se o 15 položek tradiční filosofie TK. Pokud některý z nich chybí, je pole Kaliny léčba méně účinná.

1. *Bezpečné prostředí pro růst.* TK nabízí klientům možnost osobního růstu v bezpečném prostředí.
2. *Jednotná filosofie.* Jednotná filosofie programu zařízení má být pochopitelná, vysvětlitelná a podporovaná všemi členy týmu.
3. *Terapeutická struktura.* Prostředí TK má jasnou strukturu, nejsou zde podávány nejasné nebo dvojnásobné informace. Existuje zde jenom málo základních pravidel, ale ta jsou jednoznačná – TK s velkým počtem pravidel je mrtvá. TK nabízí dostatečný tlak k učení a možnost udělat chyby. Klienti mají možnost postupovat do nových pozic podle úrovně vývoje a míry jejich zodpovědnosti.
4. *Rovnováha mezi demokracií, terapií a autonomií.* V TK musí být zachována rovnováha mezi demokracií, terapií a autonomií jednotlivce. Demokracií ve skupině je míněn způsob delegování moci všem osobám, aby rozhodnutím většiny přijímali rozhodnutí a řešili problémy. Nelze ovšem na klienty delegovat všechnu moc, tím by se komunita mohla stát antiterapeutickou. Terapie v TK je povinná pro všechny členy.
5. *Sociální učení prostřednictvím sociální interakce.* Sociální interakce je v komunitě prostředkem sociálního učení. Klient nesmí být izolován, naopak je vtažen do vztahů s ostatními členy. Díky těmto vztahům může být informován o svém chování a dostávat celou řadu zpětných vazeb od ostatních, učí se činit vlastní rozhodnutí a nést za ně důsledky. Klienti ve vyšších fázích mohou sloužit začínajícím klientům jako vzor při přebírání rolí.

6. *Učení prostřednictvím krizí.* Učení v TK je podporováno prožíváním krizových situací. Zvládnutí nebo překonání krize posiluje klienta v osobním růstu.
7. *Terapeutický dopad všech aktivit.* Vše, co se děje v komunitě je považováno za terapii. Klienti se učí rozličným rolím, musejí se starat o sebe a zajišťovat nepřetržitý chod domu.
8. *Zodpovědnost rezidentů za své chování.* S klientem v TK není zacházeno jako s pacientem, který je většinou vnímán jako nezodpovědná osoba za svůj současný stav. Od klienta v TK se vyžaduje, aby si nehrál na oběť, ale připomíná se mu jakým způsobem žil a jak byl nezodpovědný. Klient je vnímán jako člověk, který potřebuje pomoc a musí si o pomoc umět zažádat, ale zároveň jako člověk, který může pomoci ostatním členům komunity.
9. *Zvyšování sebehodnocení cestou vlastního přičinění.* Sebevědomí klienta vzrůstá tím, jak překonává strach ze selhání, jakoby se nebál. Je to také výsledek toho, že se podílí na aktivitách a vzdělávání v komunitě. Tím, že pomáhá druhým členům komunity se mu zvyšuje i jeho pocit hodnoty a posiluje tak své sebevědomí. Zvýšené sebevědomí snižuje strach z odmítnutí nebo ze selhání.
10. *Zvnitřnění pozitivního žebříčku hodnot.* Klientovi je v komunitě nabídnut pozitivní hodnotový systém, který postupně může přejímat. Učí se být čestný, konfrontovat a kritizovat negativní a autodestruktivní chování a vidět problém jako výzvu.
11. *Konfrontace.* Ze začátku je na klienta kladen obrovský tlak, což navozuje podmínky pro změnu jeho chování a postojů. Někdy se může stát, že klient tento tlak nevydrží a z terapie odejde, nebo se proti ní brání odporem. Jak se klient začíná s programem sžívat a naroste jeho víra v program dojde ke změně. Klient se učí pojmenovávat svoje emoce a pocity z nedostačivosti. Učí se, že konfrontace není zaměřená na jeho osobu, ale na jeho chování. Zažívá i kladné hodnocení svého chování a tím mizí jeho strach z odmítnutí. Učí se, že aby byl hoden lásky, tak nemusí být jenom perfektní, ale může i chybovat.
12. *Pozitivní tlak vrstevníků.* Stejně jako negativní vliv vrstevníků může být příčinou začít drogy brát, tak pozitivní tlak může znamenat opak. Tlak vrstevníků ve skupině (zejména těch, kteří jsou v programu již delší dobu) může mít prospěch pro odhalení negativních vzorců chování u začínajících klientů a upozornění na ně.
13. *Učení porozumět sobě samému a vyjádřit emoce.* Skupinové sezení podporuje klienty pro vyjadřování emocí. Učí je překonat svůj strach z vyjadřování



negativních emocí a učí se přijímat emoce pozitivní, což pro mnohé může být těžší než u emocí negativních.

14. *Změna negativních postojů k životu v postoje pozitivní.* Většina závislých klientů má negativní sebepojetí ve vztahu k druhým lidem. V průběhu léčby se učí tento handicap překonat a nahrazuje falešnou identitu identitou skutečnou.
15. *Zlepšení vztahů s původní rodinou.* Na obnově vztahů s původní rodinou se pracuje pomocí kontaktů mezi klientem a rodinou během léčby (při návštěvách, výjezdech doma, skrze dopisy). V některých TK je součástí programu rodinná terapie. To znamená, že rodiče jsou zváni do komunity na skupinovou a individuální práci při níž se řeší rodinné konflikty, neshody a dopady užívání drog na vztahy.

Kalina (2000) dodává, že jedním z ústředních účinných faktorů TK je trvalé napětí mezi její „skutečnou“ a „modelovou“ dimenzí. Poslední vývoj ukazuje, že efektivitu TK lze zvýšit, jestliže klient má větší možnost toto napětí zpracovat v psychoterapeutické situaci skupinové a individuální. Tím se podle Kaliny zlepšují podmínky pro udržení v léčbě těch klientů, kteří dříve z léčby vypadávali.

### **2.11.2 Základní principy TK pro závislé**

1. Motivovanost klienta k vlastní změně je základním bodem úspěšné léčby a resocializace.
2. Podmínky života v komunitě se maximálně přibližují realitě běžného života.
3. Schopnost přijímat odpovědnost je znakem zralé osobnosti, trénink odpovědnosti je tedy základním kamenem léčby resocializace.
4. Závislý člověk má právo rozhodovat o svém životě. Proto je vstup do komunity dobrovolný, stejně tak odchod z ní.
5. Terapie probíhá především ve skupině, a to vzhledem k tomu, že pro člověka je přirozený život k societě, kde jsou formovány základní vztahy.
6. Přejít z terapie do běžného života musí být postupný vzhledem k náročnosti situace.
7. Strukturovaný život v komunitě upevňuje, zakotvuje a umožňuje vytvářet vnitřní strukturu.
8. Terapeutický tým je pouhým průvodcem a poradcem klienta, nikoli expertem na jeho život. (Richterová, 2003)

### 2.11.3 Tým terapeutické komunity

V principech terapeutické komunity, v bodě 8, je obsažena stručná charakteristika role terapeuta TK. Terapeut by tedy měl být průvodce klienta, nikoli expertem na klientův život. Znamená to, že vztah mezi nimi by měl autentický, měl by mít jasné hranice a neměl by obsahovat známky toho, že terapeut ví o životě a budoucnosti klienta všechno nejlépe. Pokud by tomu tak nebylo, tak by se mohlo stát, že by klient dělal změny pouze podle přání terapeuta, nikoli podle svého vlastního rozhodnutí. Tím by se mohl narušit jeden ze základních faktorů TK týkající se klientova převzetí zodpovědnosti za svoje jednání a chování. S efektivní terapií jsou v rozporu takové terapeutovi vlastnosti jako pasivita, nutkavost, submisivita a závislost. Přínosem jsou naopak jistota, přirozenost, důvěra, pevná identita, humor a schopnost ukázat omylnost. (Richterová, 2003)

Samozřejmě vedle osobnostních předpokladů by měl být terapeut vybaven dostatečnými znalostmi o práci se závislými klienty.

Standardy terapeutických komunit pohlížejí na tým TK jako na multidisciplinární. Pracovníci mají různé vzdělání (psychoterapeutické, speciálně pedagogické, lékařské, v oblasti sociální práce, specializované výcviky (ve skupinové a individuální psychoterapii, v rodinné terapii, v arteterapii apod.) a různé praktické dovednosti a zkušenosti. Důležitým předpokladem pro práci se závislými v TK jsou také osobní vlohy. Doporučené etické směrnice přímo zavazují členy týmu chovat se jako vyzrálý a pozitivní vzor dospělosti pro klienty. (Richterová, 2003)

Program TK má být řízen kvalifikovaným odborným pracovníkem s praxí v TK, skupinové psychoterapii, léčení závislostí, rodinné terapii apod. Vedle kvalifikace je stejně jako u terapeutů TK důležitá osobnost, protože vedení TK klade na vedoucího mimořádné nároky. Měl by být zralou, v jistém smyslu výjimečnou a charismatickou osobností, schopnou ztělesňovat řád i bezpečí TK. Tým TK – stejně jako celá komunita – je jasně hierarchicky uspořádán.

V komunitách mohou pracovat i bývalí uživatelé drog. V zahraničí těchto terapeutů najdeme mnohem víc než u nás. Užívání drog v minulosti a prodělaná léčba v komunitě by neměla být jedinou kvalitou ex-usera pro práci v TK. Ex-user by měl mít svoji minulost nejen zpracovanou ale měl by být schopen jí otevřeně nabídnout členům komunity a týmu. Zároveň by se na tuto roli neměl upnout nebo být v této roli fixován postojem týmu. (Richterová, 2003)

Jak již bylo uvedeno, tak je důležité vzdělávání členů týmu. Do této oblasti spadají například psychoterapeutické výcviky, které napomáhají terapeutům bránit se syndromu vyhoření a v jejich osobním a profesionálním rozvoji.

#### **2.11.4 Cíle a prostředky terapeutické komunity**

Léčba v TK se označuje jako léčba vedoucí k abstinenci, či léčba na abstinenci orientovaná. Úkolem léčby je, aby klient přijal abstinenci jako nezbytnou součást svého života a využil ji pro další vývoj.

Cílem léčby v TK je změna životního stylu. Klient v programu TK dosahuje změn v sebepojetí, prožívání, chování a ve svých dosavadních vztazích. Základním prostředkem k dosahování těchto změn a vytyčených cílu je samotný život v komunitě. Tento způsob života by se měl maximálně podobat životu mimo komunitu, reálnému životu, který má také vlastní pravidla, řád, režim a vztahy.

Terapie v TK se zaměřuje:

- 1) Na vývoj osobnosti a emoce,
- 2) na chování,
- 3) na duchovní rozměr osobnosti a etiku,
- 4) na dovednosti přežít a být profesně zajištěn.

Nyní si k jednotlivým zaměřením představme prvky, které napomáhají k jejich dosažení:

Ad 1) Prvky zaměřené na chování – zpětná vazba a intervence, konfrontační skupiny, struktura, pravidla, řád, hierarchie

Ad 2) Prvky zaměřené na emoce a vývoj osobnosti – skupinová psychoterapie, dynamicky orientovaná, individuální terapie, rodinná terapie, speciální postupy – arteterapie, psychodrama, tanec atd.

Ad 3) Prvky zaměřené na vzdělání, etiku, spiritualitu – vzdělávání, semináře, diskuse a tematické skupiny.

Ad 4) Prvky zaměřené na dovednost přežít a být profesně zajištěn – sociální učení, práce, komunikační dovednosti a asertivní trénink.

Z tohoto rozdělení je zcela zřejmé, že v léčbě je důležitá jak výchova tak psychoterapie. Obě tyto složky jsou stejně důležité a při dlouhodobé léčbě by při absenci jedné či druhé z nich snížila efektivita léčby. (Richterová, 2003)

#### **2.11.5 Režim**

Režim tvoří soubor pravidel programu TK. Režim není samoučelný. Představuje vnější strukturu a jeho dodržování je procesem internalizace této struktury. Pro TK je typické, že vyžaduje po klientech změnu chování hned po příchodu do TK.

Změna chování je tedy do značné míry vnucená, a proto je přirozené, že se jí klienti snaží všemožně vyhnout. Komunita chce měnit klienty, klienti chtějí měnit komunitu. Podstatné je, že klienti nemohou z této nepříjemné situace unikat svým dlouho používaným způsobem – prostřednictvím drogy. Díky tomu se u klientů objeví celá řada pocitů které si mohou pojmenovat a řešit přímo v prostředí komunity.

Režim zahrnuje tyto složky (Richterová, 2003)

1. *Časovou strukturu dne a týdne.* To znamená, že v komunitě je čas rozdělen podobně jako v reálném životě, týden je rozdělen na pět pracovních dnů a víkend je obohacen o více volného času. Každá komunita si svůj časový program vytváří individuálně, ale rozdíly mezi jednotlivými zařízeními nejsou velké.
2. *Povinnosti klientů a požadavky na jejich chování v programu.* V TK platí několik kardinálních, hlavních pravidel a potom celá řada dílčích pravidel, které by měl klient dodržovat. Při porušení základních pravidel může dojít k vyloučení klienta z programu. Soubor pravidel musí být jasně a jednoznačně srozumitelný. Pravidel by nemělo být zbytečně mnoho. Legislativa TK zajišťuje členům komunity ochranu a bezpečí a podněty pro sociální učení a změny chování.
3. *Způsoby hodnocení a kontroly.* Klienti mohou být hodnoceni na hodnotících skupinách, na velkých komunitách, při individuální práci s garantem či jinak. Důležité je mít dostatek prostoru k tomu, aby se na hodnocení podílela celá komunita včetně klientů. Hodnocení je velmi důležitou zpětnou vazbou pro práci klienta.
4. *Sankce a ocenění.* Negativní chování je konfrontováno slovně, ale často také prostřednictvím různých sankcí, které jsou odstupňovány podle závažnosti, od prospěšné práce pro komunitu, písemné úkoly, dočasné sesazení do jiné fáze. Někdy se může stát, že přestupek je závažný natolik, že je klientovi dána výzva k odchodu. V této chvíli je velmi důležité, aby byla klientovi zajištěna následná péče.

#### **2.11.6 Jednotlivé aktivity programu v TK**

Aktivity TK jsou součástí režimu TK, mají svojí pravidelnost a napomáhají klientům k dosažení jejich změn.

*Setkání komunity* mají v životě TK klíčové postavení. V TK se uskutečňují denně, někdy ráno i večer.

*Skupinová terapie.* V některých komunitách se rozděluje na skupiny biografické, tématické a interakční. Součástí programu mohou být skupiny pro určité klienty např. klienty v první fázi, mužské a ženské skupiny. Používají se psychodynamické a kognitivně behaviorální přístupy.

*Individuální terapie.* Individuální terapie se v TK neprovádí, ale individuální podpora a přístup je žádoucí. Každý klient má určeného svého terapeuta, který je odpovědného za vedení případu. garant provází klienta po celou dobu jeho léčby a zpracovává s ním jeho individuální plán.

*Rodinná terapie.* V TK není vždy rodinný terapeut, ale přesto je nutné se členy rodiny pracovat. Děje se tak například při návštěvách rodičů v TK. Může být rovněž organizována vlastní rodičovská skupinu nebo víkendová setkávání všech klientů a jejich rodin.

*Pracovní terapie* musí být především smysluplná a s viditelným výsledkem. Klienti mají rozděleny jasně definované funkce s odpovídajícími pravomocemi a zodpovědností.

*Vzdělávání* může probíhat formou přednášek, seminářů, nácviků a jinak.

*Volnočasové, sportovní, zátěžové aktivity a jiné rehabilitační aktivity* jsou zdrojem zážitků, radosti, uvolnění a zábavy. Tyto aktivity vyplňují volný čas klientů a stmelují komunitu.

*Sociální práce* v TK usnadňuje klientům přístup k síti různých institucí. Pomáhá klientům s problémy z oblasti sociálně a pracovně právní, z oblasti trestního práva, občanského či rodinného práva. Sociální práce v komunitě by neměla řešit problémy za klienty, ale s klienty. (Richterová, 2003)

### **2.11.7 Fáze léčby v TK**

Součástí léčby v TK je rozdělení pobytu klienta na jednotlivé fáze. S tímto rozdělením se také podrobněji seznámíme v praktické části. Jednotlivé fáze se liší především mírou odpovědnosti klienta a jsou výrazem toho, že klient v léčbě postupuje a pracuje na vlastní změně.

Jednotlivé fáze sledují následující cíle: vytvoření struktury, pozitivní a negativní hodnocení, trénink odpovědnosti, uvědomění si možností a limitů, které nám přinášejí jednotlivá období a různé situace, vytváření takového prostoru, který před klienta staví přiměřené nároky, které mu umožňují růst a přitom respektují fázi vývoje.

Fáze léčby jsou rozděleny nejčastěji do čtyř fází (nulté, první, druhé a třetí). Nultá a poslední fáze zabírají přibližně 50 % délky léčby, střední fáze rovněž 50 %. (Kalina, 2001)

## **2.12 Efektivita léčby v terapeutických komunitách**

Efektivita je jinými slovy účelnost, působivost, schopnost dosahovat žádoucích cílů a vést k nim. (Hartl, 2000). O efektivitě léčby drogově závislých vyšla celá řada zahraničních studií. U nás se efektivitou léčby zajímá například MUDr. Kalina. Snaží se mimo jiné vystihnout důležité oblasti efektivní léčby, které zahrnují charakteristiky účinné léčby, ale i důvody vypadnutí klientů z léčby.

### **2.12.1 Charakteristika účinné léčby**

Charakteristika účinné léčby zahrnuje podle Kaliny (2000) tyto složky:

- 1) Léčba je uvedena přípravným poradenstvím,
- 2) klient se v léčbu udrží a dokončí ji,
- 3) léčba vede ke zlepšení problémů klienta
- 4) na léčbu navazuje bezprostředně následná péče.

Ad 1) Poradenství před nástupem klienta do léčby usiluje hlavně o posílení motivace klienta k léčbě, umožňuje bližší seznámení klienta s budoucí péčí a urychluje nástup do léčby.

Ad 2) Stává se že klient léčbu nedokončí nebo jí předčasně ukončí. Tyto situace mohou být zmírněny použitím některých metod, které důvod odchodu mohou zvrátit.

Ad 4) Následná péče (ambulantní nebo pobytová zařízení) usnadňuje sociální integraci a je i prevencí relapsu.

### **2.12.2 Vypadnutí z léčby**

Jednou z důležitých otázek při zjišťování a hodnocení efektivity léčby je, zda pro dosažení léčebného efektu musí být léčba řádně ukončena nebo nemusí. Podle Kaliny (2000) perspektivitu klienta v jeho následujícím životě bez drog ovlivňují tyto faktory:

1. Dokončení léčby v plánovaném termínu zvyšuje vyhlídky na další pozitivní vývoj.

2. Přerušeni léčby má vážné důsledky, u nedokončených léčeb je pravděpodobnost relapsu 60–90 %, a to zejména pokud se jedná o přerušeni léčby v prvním období nástupu do komunity.

Kalina (2000) doporučuje, aby zaměstnanci TK věnovali pozornost rozboru vypadnutí z léčby a důvodů které vypadnutí z léčby iniciovaly.

Typy a četnost vypadnutí z léčby (Kalina 2000)

Rozlišujeme spontánní vypadnutí nebo vypadnutí indukované. Z výzkumů ze zahraničí se můžeme dozvědět, že svévolné odchody jsou daleko častější a činí více než 75 % vypadnutí. Co se týče četnosti vypadnutí, tak zahraniční výzkumy říkají, že ze standardní léčby vypadne asi 60–80 % klientů. To si lze u nás jenom těžko představit. SANANIM (TK Němčice, TK Karlov) vykazují 20 % vypadnutí a výsledky jiných komunity nepřesahují 40 %. Odlišnost výsledků je dána především odlišnosti mezi klientelou zahraniční a tuzemskou. V našich komunitách jsou klienti z daleko menší kriminální anamnézou a nižším stupněm sociální dezintegrace.

Vypadnutí z léčby ovlivňují faktory klienta ale i instituce nebo jednotlivých terapeutů. Vždy se tedy jedná o komplexnost důvodů které k vypadnutí z léčby přispívají.

Kalina (2000) uvádí některé charakteristiky klientů, kteří léčbu ukončili předčasně. Porovnal charakteristiky klientů, kteří vypadli na začátku léčby s těmi kteří odešli v průběhu léčby a definoval některé *rizikové osobnostní faktory*.

Jsou to například:

- Nízká schopnost vytvářet vztahy,
- nízká schopnost komunikace,
- špatné zvládnání stresu,
- nedostatek motivace,
- nižší věk,
- první léčba,
- nižší vzdělání,
- vyšší skóre závažnosti drogové problematiky, významnější kriminální anamnéza a delší doba strávená ve vězení,

- předchozí dlouhodobá nezaměstnanost,
- partnerský vztah.

*Charakteristiky týkající se chování klienta v léčbě:*

- Nižší zapojení do programu,
- větší problémy s akceptováním skupinové psychoterapie,
- méně pozitivních změn v postojích a chování,
- nižší důvěra k terapeutům,
- nižší schopnost přijmout kritiku svého minulého či současného chování,
- popírání problémů, nehledání možností řešení, tendence k odmítání, výmluvám, bagatelizování, racionalizaci a účelovému jednání.

Uvedený přehled nás může vést k závěru, že klienti, kteří jsou problémovější z léčby vypadají ačkoliv léčbu více potřebují. Již jsem se zmínili, že na vypadnutí mají vliv jak klienti tak i terapeuti či zaměření programu. Na vypadnutí klientů z léčby se může podílet nastavení programu, které svými pravidly problémovému klientovi takřka neumožňuje, aby obstál, nebo stanovení tzv. pracovní diagnózy. To znamená, že klient je za obtížného označený buď před nástupem nebo v počáteční fázi. Takový klient mnohdy nemá podle stanovené předčasné diagnózy týmu možnost obstát. Postoj terapeutů může proces vypadnutí lehce rozvinout a vést k předčasnému ukončení, které bylo již předem plánované.

Je nutné mít tedy na mysli komplexnost faktorů které ovlivňují setrvání klienta v léčbě. To je nutné mít zejména na mysli při stanovování cíle snížení rizik vypadnutí z léčby. Kalina (2000) doporučuje terapeutům, aby akceptovali vlastní odpovědnost v léčbě klienta, doporučuje analyzovat situaci vypadnutí z hlediska podílu terapeutů. Tyto analýzy by měli vést k minimalizaci negativních postojů vůči některým typům klientů. Důležitou součástí jsou znalosti a zkušenosti terapeutů a plánování zvláštních intervencí, které odvracejí nebo zmírňují riziko vypadnutí z léčby.

Intervence které snižují riziko vypadnutí z léčby (Kalina 2000):

- a) Poradenství před nástupem do léčby.
- b) Zvláštní rozhovor při přijetí klienta do komunity zaměřený na možné individuální faktory vedoucí k vypadnutí z léčby.
- c) Zařazení zvláštních skupinových diskusí o vypadnutí z léčby.



- d) Nabídka krizového rozhovoru v období krize.
- e) Zapojení partnera nebo rodiny do léčby.
- f) Možnost rozhovoru i s jiným pracovníkem než individuálním garantem, který je klientovi určený při jeho nástupu do léčby.
- g) Zajištění ihned navazující léčby v jiném léčebném zařízení a možnost návratu po odchodu do 24 hodin, pokud nedošlo k relapsu.

Úspěšnost těchto intervencí snižuje riziko vypadnutí až o 20–40 % a každá TK by měla tomuto balíčku opatření věnovat pozornost. Tyto intervence opět jinak působí na klienta v počátečním období a klienta v pokročilejším stádiu léčby. (Kalina, 2000)

### 2.12.3 Relaps a efektivita léčby

Relaps definujeme jako návrat k pití nebo užívání jiných návykových látek po období abstinence, často doprovázený návratem příznaků závislosti. Rychlost, se kterou se příznaky závislosti vrátí, se považuje za klíčový indikátor posuzování stupně závislosti. Relaps bývá doprovázen souborem příznaků označovaných jako „syndrom porušení abstinence“ (deprese, rezignace, pocit viny, hněv), které prohloubí a upevní obnovené užívání drogy a mohou vést k dalšímu kolu drogové kariéry. Někteří autoři odlišují relaps a laps (uklouznutí), označující izolované užití alkoholu nebo drog. (Kalina, 2001)

Zájem o zajištění a hodnocení efektivity léčby se nemůže problému relapsu vyhnout, protože relaps je častým důvodem pro vypadnutí z léčby a bývá častým následkem vypadnutí z léčby, zejména v prvním období léčby. Relaps se často vyskytuje i u klientů, kteří léčbu dokončili.

Relapsem se musíme zabývat a ne jenom přijímat jeho výskyt. Nabízí se i další otázky které souvisejí s efektivitou léčbu. Jak může být léčba účinná, když lidé po jejím ukončení relabují? Odborný vývoj postupně vedl k následujícím závěrům, které jsou pro efektivitu léčby velmi cenné.

1. Relaps je komplexní řetězec vnitřních a vnějších okolností které na sebe vzájemně navazují a podmiňují se. Tyto okolnosti může rozeznat odborník i sám klient.
2. Relaps je situace, ke které dochází . Je třeba s ní počítat a posilovat schopnosti klienta aby se naučil rizikové situace zvládat.
3. Relaps by se neměl vnímat jako něco katastrofického. Lze se z něho poučit a nepodlehnout mu.

4. Je důležité odlišovat na jedné straně relaps jako přechodnou epizodu od recidivy jako návratu k drogové kariéře, a na druhé straně relaps jako epizodu od lapsu (uklouznutí) jako jednorázové aktu.
5. Relaps může nastat i ve vztahu k jiným drogám tzv. náhradním drogám. Tato situace je riziková v každém případě, ale nemusí vést vždy k návratu k původní droze. (Kalina, 2000)

Výzkumy ze zahraničí poukazují na syndrom prvního období léčby. Stále se potvrzuje, že relaps se vyskytuje ve velké míře u klientů které odešli z léčby během prvního období. Syndrom prvního období je velmi důležitý pro další perspektivu klienta.

Uvádí se, že klienti kteří v léčbě vydrží delší dobu jsou relapsem ohrožení méně. Pokud se u nich relaps vyskytne, tak to mnohdy nevede k návratu k drogovému způsobu života. Delší doba pobytu v léčbě umožňuje přípravu na rizikové situace a umožňuje posílení schopností klienta k odvrácení nebezpečí relapsu. I když je užívání náhradních drog vždy rizikové, u skupiny déle léčených ve většině případů nedojde k přechodu na původní drogu. (Kalina, 2000)

Nejčastější okolnosti vzniku relapsu, které vznikly na základě sebezpozorování klientů (Kalina, 2000)

1. *Intrapersonální okolnosti.* Negativní psychický stav (špatná nálada, osamělost, debaklové pocity, bezradnost, životní nechuť, nuda), negativní tělesný stav, pozitivní psychický stav, nutkání a pokušení.
2. *Interpersonální okolnosti.* Mezilidský konflikt, samota a sociální tlak
3. *Pohyb po známých místech, problémy s bydlením a nedostatek peněz.*

Velmi důležité je provádět prevenci relapsu během léčby a nacvičovat zvládání těchto situací. Je důležité pracovat i s vnitřní nespokojeností a sebeúctou klienta, čemuž nejlépe slouží skupinová nebo individuální terapie.

Efektivitou léčby drogově závislých klientů v terapeutických komunitách se již dva roky zabývá PhDr. Michal Miovský. Snaží se společně se svými kolegy využít zahraničních zkušeností a aplikovat je do našich podmínek.

Miovský (2003) se k získávání přesných čísel efektivity komunit vyjadřuje tímto způsobem:

„Nikdo dnes nemá k dispozici údaje o úspěšnosti komunit pro závislé v ČR. Zatím se takovýto výzkum v ČR neprováděl. V roce 2001 se vytvořil první pilotní

projekt který se snažil navrhnout způsob jak úspěšnost léčby hodnotit. Vývoj tohoto nástroje není dokončen. Znamená to tedy, že nemáme v ČR k dispozici ověřenou metodiku pro vyhodnocování úspěšnosti léčby. Hodnocení úspěšnosti léčby v TK je komplexní proces a nelze jej redukovat na údaj o procentech. Hodnocení o úspěšnosti klienta v TK se sestává ze složitého srovnání kvality léčby v jejích jednotlivých fázích, počínaje projevením zájmu klienta o léčbu a konče katamnestickým sledováním trvajícím 5 a více let. Příprava a hodnocení úspěšnosti je velmi složitý proces, není-li k dispozici na míru šitá metodika.“

Přesto, že je velmi obtížné zjistit efektivitu komunit v ČR, převládá v odborných kruzích přesvědčení, že terapeutická komunita se osvědčuje jako účinný prostředek léčby a současně sociální rehabilitace zejména pro klienty nezralé, s dlouhou drogovou kariérou a závažnou životní historií (traumatizace, zneužívání, disociální chování, kriminalita apod.).

### 3 Praktická část



Fotografie Terapeutické komunity pro drogově závislé v Nové Vsi

*„Jsem tady, protože sám před sebou neuniknu.*

*Dokud se nesetkám se sebou samým v očích a srdcích mých bližních, jsem na útěku.*

*Dokud nedovolím, aby moji bližní měli účast na mém nejniternějším dění, nenajdu žádné bezpečí.*

*Dokud se bojím, že mě prohlédnou, nedokážu poznat sebe ani druhé, zůstanu sám. Kde můžu nakonec najít zrcadlo, když ne ve svém bližním?*

*Tady v komunitě si teprve můžu ujasnit, kdo jsem, a nevidím se jako obr z mých snů nebo trpaslík z mých obav, ale jako člověk, který jako část z jednoho celku přispěje k jeho dobru. V takovéto půdě můžu zakořenit a růst. Už ne sám, jako ve smrti, ale živý člověk mezi lidmi.“*

(R. Beauvais, 1964, formule pro terapeutickou komunitu, citace v Röhr, 2003, s. 54–55)

### 3.1 Pojem komunita

Dříve než se budeme věnovat Terapeutické komunitě v Nové Vsi je nutné vysvětlit co si pod pojmem komunita můžeme představit. Uvedeme si základní definice a rozčlenění komunit podle cíle a podle počtu lidí v komunitním společenství.

Dělení komunit *podle cíle*:

1. Komunita občanská. V tomto případě si pod pojmem komunita můžeme představit obec jako vzájemně propojené společenství obyvatel nějakého místa. Vztahy jsou postavené na základech sousedství s jinými lidmi.

„Tato komunita nemá nikoho léčit. Má vytvářet takové podmínky života, aby lidé zůstávali dlouho zdraví a aby mohli co nejdéle žít ve svém prostředí a vztazích. Aby lidé – pokud už onemocněli – se mohli co nejdříve do svého prostředí a svých vztahů vrátit. A aby lidé, kteří jsou nebo se stali zranitelnými nebo patří do znevýhodněných skupin obyvatelstva, se mohli do obce začlenit a těžit z jejich vztahových zdrojů.“ (Baštecká, 2001, s. 182)

Komunitní práce obecní zdroje vytváří a z obecných zdrojů těží. Zabývá se primární a terciární prevencí.

Baštecká (2001, s. 183) cituje Hartlův popis vzniku a vývoje komunitního přístupu:

„Hledání nových přístupů, jak řešit sociální problémy, přimělo již v první polovině 20. století sociální pracovníky, aby opustili svoje úřadovny a vydali se na předměstí, do etnických ghett, do ulic, hospod a domácností svých klientů. Brzy zjistili, že sociální patologie není jenom záležitostí patologie individuální a že to nejsou jenom špatné podmínky, které utvářejí špatné lidi, a naopak. Zjistili, že je nutné pracovat nejen s jednotlivci, kteří potřebují pomoc, s jejich rodinami a okolím, ale také s klíčovými představiteli komunity.“

2. Komunita terapeutická (léčebné společenství) je způsob organizace léčebného zařízení nebo oddělení, kdy se cíleně podporuje spoluúčast pacientů na řízení, na plánovaných společných aktivitách a na léčbě. (Baštecká, 2001)

Podle Baštecké (2001) koncepce léčebného společenství mění představu pasivního pacienta, který je podrobován lékařské vizitě, aniž by do ní mohl mluvit, v představu člověka, který se aktivně podílí na veškerém dění v komunitě. Léčebné společenství využívá dynamiku malé skupiny.

3. Výcviková komunita si klade za úkol připravit účastníky pro práci s psychoterapeutickou skupinou a léčebným zařízením prostřednictvím

sebezkušenosti. Komunita se skládá většinou ze tří výcvikových skupin. Každou z nich vedou dva terapeuti. (Baštěcká 2001)

U nás mají nejdelší historii výcvikové skupiny v rámci systému SUR (název je vytvořen podle jmen zakladatelů – Skála, Urban, Rubeš).

*Podle počtu skupin* rozděluje Hartl (1997) komunitu na:

- monoskupinovou, kde jedna skupina zahrnuje všechny členy komunity,
- multiskupinovou, která se skládá ze dvou a více skupin.

Rozdělení do skupin je účelné. Odstraňuje úzkost. Umožňuje, aby se jedinec identifikoval se skupinou, posílil sebevědomí, cítil se bezpečný vůči obklopující mase neznámých lidí.

My se budeme věnovat monoskupinové terapeutické komunitě.

Slovo komunita se v praktické části může vyskytovat i jako pojmenování společné aktivity programu. Například ranní nebo večerní setkávání klientů a týmu.

V úvodu praktické části bakalářské práce bude stručně představena Terapeutickou komunitu v Nové Vsi u Chrástavy (dále pouze TKDZ). Tyto základní informace jsou k dispozici v nezkrácené formě na internetových stránkách komunity.

Dále se v praktické části budeme věnovat programu komunity v Nové Vsi a efektivitě léčby drogově závislých v tomto zařízení.

V textu je užíváno slovo klient, myslí se tím muži i ženy. Pro pojmenování terapeutické komunity v Nové Vsi jsou užívána slova „komunita“ a „TKDZ“.

### **3.2 Terapeutická komunita v Nové Vsi u Chrastavy**

Činnost TKDZ byla zahájena 1. 9. 1996. Tehdejší zřizovatel byl Okresní ústav sociálních služeb v Liberci. Od ledna roku 2003 je zřizovatelem Centrum sociálních služeb Libereckého kraje. Jedná se o stejného zřizovatele, ale po zániku Okresních úřadů došlo ke změně názvu. TKDZ je státní zařízení, které funguje již pět let. Stejně jako v zahraničí procházela komunita mnohými změnami a postupně se vyvíjel i program a postoje terapeutů k léčbě lidí závislých na nealkoholových drogách. Komunita a její duch se mění i nadále. S každým nově přichozím klientem nebo terapeutem roste příležitost pro nové změny a poznání. Některá pravidla jsou neměnná, ale přesto dochází k mnohým změnám v pravidlech týkajících se například chodu domu nebo jednotlivých fází pobytu. Dům je stále v procesu růstu a rozvoje. Mohu sama za sebe říci, že komunita podstoupila celou řadu změn. Nemohlo by tomu být bez ochoty terapeutů přijímat kompromisy a dívat se na věci několika úhly pohledu. Změny do programu přinesla i kreativita a všímavost klientů.

V současné době již v TKDZ nepracuji. Přesto se domnívám, že práce v komunitě je velmi zajímavá a umožňuje osobnostní růst nejen klientům, ale i zaměstnancům. Po krátkém úvodu bych chtěla nabídnout pohled na informace o TKDZ, které si může každý přečíst na internetových stránkách komunity. Předkládám je v upravené podobě.

#### **3.2.1 Základní informace o TKDZ**

Na začátku internetového zpracování informací o TKDZ se může klient dozvědět kdo je zřizovatel zařízení, ředitelem a všechny způsoby kontaktu do TKDZ. Nechybí zde jména odborných garantů a informace o členství TKDZ v Sekci terapeutických komunit Asociace nestátních organizací.

Dům komunity se nachází 10 km od Liberce, v Nové vsi u Chrastavy. Spojení je možné dálkovým autobusem nebo vlakem. Prostory domu jsou rozděleny na jeden čtyřlůžkový pokoj pro ženy, a tři pokoje pro muže s celkovým obsazením 11 lůžek. Dalšími částmi domu jsou: společenská místnost, kuchyň, půda s tkalcovskými stavy, dílna a zázemí pro personál.

Cílovou skupinu klientů tvoří závislí lidé na nealkoholových drogách, muži i ženy, starší 18 let. Do TKDZ nejsou přijímány partnerské páry a nejsou zde prováděny společné pobyty rodičů s dětmi. Kapacita je 15 lůžek, z toho 11 mužských a 4 ženské.

Filosofie zařízení. Základním prvkem je individuální přístup ke klientům a možnost změny v dosavadním způsobu života spojeného s drogami na nový život

bez drog. Významnou úlohu sehrává i sociální učení přímou konfrontací mezi členy komunity a přijímání odpovědnosti za sebe i za druhé. Klienti se spolupodílejí na rozhodování v důležitých záležitostech, ale tým komunity má právo veta. Záležitosti komunity jsou společné pro všechny, nepodporuje se izolace ze společenství.

Léčebný režim tvoří klíčová a doplňující pravidla s nimiž je podrobně seznámen každý nově příchozí klient a jsou mu stále k dispozici k nahlédnutí. Pobyť samozřejmě probíhá za dodržování abstinence od drog, včetně alkoholu. V úvodní části pobytu je klient omezen v kontaktu s okolím.

Program v komunitě je strukturovaný a každý den má své specifické aktivity. Součástí programu je skupinová terapie, individuální terapie, vzdělávací lekce, pracovní činnost, večerní kluby, sport a volný čas. Pracovní činnost je daná momentálními potřebami domu. V komunitě není zaměstnaný žádný pomocný personál. Kromě základních pracovních činností které zabezpečují plynulý chod domu (vaření, úklid) se klienti mohou naučit pracovat s tkalcovským stavem, vyzkoušet si práci se dřevem ve specializované dílně, práci na malém poli za domem spojené s pěstování zeleniny a ovoce a mohou také zkusit pečovat o psa a kozu.

Klientům jsou v rámci programu k dispozici například: stolní tenis, horská kola, hudební nástroje, míčové hry.

Strukturovaný program umožňuje klientům příležitost hledat nové možnosti pro trávení volného času, získat či obnovit pracovní návyky, osvojit si komunikační dovednosti, zlepšit fyzickou i psychickou kondici. Skupinová sezení dávají prostor pro sebepoznání.

Pobyť je rozdělen do tří částí. Každá fáze má svá vlastní specifika. První, adaptační a diagnostická fáze, trvá dva až čtyři měsíce. Druhá fáze trvá čtyři až šest měsíců. Je to fáze uskutečňování osobnostních změn a počátečních setkávání s vnějším světem. Třetí fáze trvá asi jeden až pět měsíců. Během ní se klienti postupně odpojují od komunity a v konkrétních oblastech si připravují budoucí život mimo komunitu (následnou péči v doléčovacím centru, zaměstnání, bydlení).

TKDZ nabízí specifickou nabídku v podobě možnosti dobrovolné práce klientů TK s mentálně či jinak handicapovými lidmi. Dům komunity přímo sousedí s domovem pro dospělé lidi s těžkým mentálním postižením. Zde si mohou zájemci z řad klientů vyzkoušet svou schopnost pomáhat druhým v rámci pracovního programu komunity. Komunita nabízí i velkou řadu kontaktů



s vnějším světem. (například od druhé fáze může klient jezdit mimo dům každou neděli a každý druhý víkend může trávit mimo komunitu celý).

Mezi nepravidelné součásti programu patří několikadenní pobyty mimo komunitní dům. Jedná se například o zimní pobyt na horách nebo týdenní cyklistický kurz. Tyto aktivity posilují nejen fyzickou kondici klientů, ale dávají prostor pro nové zážitky a okamžiky štěstí bez vlivu drog.

Pracovní tým komunity tvoří deset stálých členů. Jedná se multidisciplinární tým. Členové týmu: ředitel, hospodářka, sociální pracovnice a sedm terapeutů (pět žen, dva muži). Provoz komunity je nepřetržitý, proto se terapeuti střídají v třísměnných službách.

Soukromí klienta a návštěvy v TKDZ jsou akceptovány, ale s určitými pravidly. Žádoucí je především kontakt s rodinnými příslušníky. Není možné přijmout návštěvu aktivního toxikomana nebo člověka pod vlivem drog nebo alkoholu. TKDZ umožňuje aby v komunitě na několik dnů setrval příbuzný nebo blízký člověk klienta, který se může aktivně účastnit programu.

V první fázi pobytu nejsou návštěvy povoleny. Klienti mohou přijímat poštu a balíčky. Tato korespondence je za přítomnosti klienta kontrolována terapeutem. Dopisy klientů terapeutický tým nečte. Telefonáty mohou klienti v TKDZ přijímat ve druhé fázi a v určitý čas. Klienti si mohou z prostor komunity zavolat jenom v případě akutní situace.

Peníze a doklady jsou uloženy v trezoru který je v kanceláři terapeutů. Klient si může vybírat na vyžádání.

V komunitě může mít klient vlastní knihy, poslouchat libovolnou hudbu a věnovat se svým koníčkům.

Zdravotní péči klientů obstarává praktický lékař s ordinací v blízkosti TKDZ. Dostupná jsou i odborná vyšetření (zubní, gynekologické). Klientům se doporučuje aby si tato vyšetření obstarali ještě před nástupem, protože během první fáze se mimo dům dostanou jenom v akutním případě. Klienti mohou v komunitě užívat předepsané léky, ale pouze s vědomím týmu. Léky jsou uložené v lékárně terapeutů. Klient by měl znát jméno svého osobního lékaře a před nástupem do komunity dodat stručnou lékařskou zprávu od tohoto odborníka.

TKDZ zaručuje péči všem klientům bez ohledu na jejich rasu, pohlaví, věk, sexuální orientaci, politické přesvědčení, náboženství, právní či sociální postavení a psychický a fyzický stav. Projevy nesnášenlivosti, ponižování nebo utlačování z uvedených důvodů jsou neslučitelné s pobytem v TK. Klienti, kteří tímto způsobem ponižují jednotlivce nebo skupinu, jsou vyzváni k odchodu.

Dále si v informačním textu klade komunita podmínky pro přijetí klienta do komunity. Každý klient má tedy dostatek času stanovené tiskopisy a průkazy získat.

1. Klient musí být starší 18 let.
2. Klient musí vlastnit občanský průkaz nebo náhradní doklad, průkaz pojištěnce zdravotní pojišťovny nebo jeho duplikát.
3. Po příchodu do komunity se předpokládá aktuální abstinence od alkoholu a drog. Ta se ověřuje ihned po příjezdu pomocí odběru moče a dechovou zkouškou. V případě pozitivního výsledku je klient z komunity okamžitě vyloučen. Výhodný je přímý překlad klienta ze zařízení, kde již absolvoval část nebo celou střednědobou léčbu. Klientům je v souvislosti rizika relapsu při přejezdu do nového prostředí doporučeno doprovod rodičů nebo blízké osoby.
4. Důležitá jsou i doporučení a závěrečné zprávy z předchozích zařízení kde se klient nacházel bezprostředně před nástupem do komunity. Vítaný je telefonický kontakt doporučujícího klienta na pobyt se zaměstnancem komunity, který má příjem klientů do komunity na starosti.

Obvyklý průběh přijetí probíhá tím způsobem, že klient odešle do komunity žádost a životopis. Tím je zaregistrován v pořadníku zájemců o pobyt a je o tomto postupu informován písemně. Po odeznění čekací doby je klient telefonicky vyzván a je mu oznámen stanovený termín nástupu. Před samotným nástupem se od klienta požaduje pobyt na detoxifikačním oddělení. V případě, že klient přichází z jiného léčebného zařízení není tento pobyt nutný.

TKDZ si klade i určité nároky na splnění některých podmínek v sociální oblasti. To znamená, že sociální pracovnice zjišťuje základní informace o sociální situaci klienta. Klient by měl po příchodu do komunity vlastnit občanský průkaz, průkaz pojištěnce nebo náhradní potvrzení. Klient by měl, jeli to možné, být zaevidován na úřadě práce a znát svou kontaktní osobu. Jestliže je klient v pracovní neschopnosti, tak se musí prokázat platným potvrzením. Klient musí znát základní údaje o svém zaměstnavateli. V případě, že je klient evidován na Úřadu práce, může před nástupem do TKDZ požádat svůj příslušný obecní úřad o dávku do životního minima. Je-li klient v soudním řízení, musí si s sebou přivést příslušné doklady o soudním sporu.

Finanční spoluúčast na hrazení pobytu je 166 Kč na den. Jestliže je klient bez jakýkoliv příjmů, tak pobyt nehradí. Od druhé fáze klient dostává kapesné ve výši 696 Kč na měsíc.

Kontraindikací pro přijetí klienta do TKDZ mohou být následující záležitosti:

Infekční onemocnění a parazitární onemocnění ve fázi kdy je člověk nositelem infekce a může nakazit ostatní. Pohlavní choroby v akutním stádiu a tuberkulóza. Tělesné postižení, které podstatně omezuje schopnost sebeobsluhy a pohybu. Komunita není pro takto postižené občany vybavena. Věk nižší 18 let. Cizí státní příslušnost. Partnerské dvojice. U klientů s další jinou psychiatrickou diagnózou požaduje lékař TKDZ domluvu s doporučujícím psychiatrem.

Ukončení pobytu klienta může probíhat několika způsoby.

1. Řádným způsobem. Klient ukončil léčbu podle pravidel komunity a splnil úkoly všech třech stupňů. Ukončení se odehrává na Velké komunitě kde klient obdrží diplom.
2. Předčasné ukončení z vlastního rozhodnutí klienta.
3. Předčasné ukončení na základě porušení pravidel nebo stanovených dohod mezi klientem a komunitou. V případě závažných porušení pravidel odchází klient hned, v jiném případě dostává omezený čas na vyhledání následné péče a v komunitě může setrvat do svého odchodu. Při vzniku partnerského páru se doporučuje jednomu z dvojice odchod z komunity do jiného zařízení.

Klient si odchod z vlastního rozhodnutí může ještě rozmyslet během 24 hodin na izolaci. Klient může být k odchodu z komunity vyzván při porušování platných pravidel komunity. Při mimořádných situacích (například fyzického násilí, vnesení drogy do domu, intoxikace) je výzva k odchodu bezodkladná. V ostatních případech je klientům poskytnutý ohraničený čas potřebný pro zajištění následné péče.

V závěru informačního minima se klient může dozvědět s kým TKDZ spolupracuje v rámci libereckého regionu. Tento komplexní řetězec služeb zahrnuje kontaktní centrum, detoxifikační oddělení v liberecké nemocnici, TKDZ a program následné péče občanského sdružení Advaita. TKDZ spolupracuje i s jinými zařízeními zabývajícími se léčbou a resocializací problémových uživatelů drog i z jiných regionů.

### 3.2.2 Vstupní vyšetření klienta

Do týdne po nástupu klienta do komunity musí být vyhotoveno vstupní psychosociální vyšetření. Jde o sběr anamnestických dat, které napomáhají terapeutům klienta lépe poznat a seznámit se s jeho dosavadním životem. Vyšetření probíhá formou řízeného rozhovoru. S klientem se postupně procházejí jednotlivé body a terapeut zaznamenává na papír odpovědi. Celý rozhovor trvá od 90–120 minut. U některých klientů (např. s delší drogovou kariérou) je někdy nutné udělat přestávku a po té v rozhovoru pokračovat. Po skončení rozhovoru se osvědčuje znovu otázky a odpovědi shrnout a přečíst nahlas.

Rozhovor by měl probíhat v klidném prostředí konzultační místnosti. Klientovi je doporučeno, aby se pokusil sdělit veškeré informace, ale má právo neodpovědět. Rozhovor provádí vždy jenom jeden terapeut. Výsledek písemně zpracovává a na nejbližší společné poradě týmu předkládá ostatním zaměstnancům důležité informace.

Nyní si představíme jednotlivé body vyšetření a stručně charakterizujeme jejich obsah.

#### *Drogová anamnéza*

Do drogové anamnézy spadají otázky týkající se užívání návykových látek. Zajímá se věkem klienta při prvním užití návykové látky (včetně alkoholu a cigaret). Pokud klient střídá druh užívané látky je nutné zapsat i časová ohraničení jednotlivých období pro stanovenou drogu. Zjišťujeme jakou drogu klient preferoval, tzv. hlavní drogu. Dále sledujeme formu aplikace drogy, zda klient sdílel jehly s někým jiným, období abstinence, předávkování. Důležité je i datum posledního užití drogy.

Zvláštní část věnuje následkům, které z užívání drog pro klienta vyplynuly. Sledují se psychické, somatické a sociální důsledky. Z psychických následků se často opakovaly problémy s pamětí, náladovost a nervozita. Tělesnými problémy byly často ztráta váhy, snížení fyzické kondice a hepatitida. Mezi sociální následky patřila ztráta partnera, rodiny a nedůvěra ze strany blízkých osob.

Drogová anamnéza se věnuje i užívání návykových látek rodinnými členy a ostatními blízkými osobami.

Na závěr této části se mapují všechny terapeutické intervence, kterými klient prošel do současnosti (druh a typ léčby, období abstinence po absolvování programu). Sleduje se i cesta, kterou se klient dostal do TKDZ. Zda přichází klient z jiného rezidenčního zařízení nebo přímo z detoxifikačního oddělení.

### *Rodinná anamnéza*

V rodinné anamnéze jsou důležité základní údaje o rodičích klienta, sourozencích nebo jiných osobách, které jsou klientovi blízké (věk, povolání, výskyt závažných problémů ve vztahu k návykovým látkám). Sledují se vztahy v rodině a současný postoj rodiny ke klientovi. Klient se snaží celkově charakterizovat jeho rodinu, popsat rodinná tabu, rituály a mýty.

### *Osobní anamnéza*

Osobní anamnéza zahrnuje informace kolem porodu a psychomotorického vývoje v prvních třech letech klientova života. Zjišťuje kontakt klienta s okolím, docházení do jesliček a mateřské školy. Zaznamenávají se kontakty s psychiatrií nebo psychologickými poradnami.

Další část je věnována základní a střední škole (vzpomínky na školní léta, postavení v třídním kolektivu, hodnocení předmětů a chování klienta). Pokud klient navštěvoval střední školu nebo odborné učiliště, tak se zaznamenává obor studia a poslední dokončený ročník.

Někteří klienti byli i zaměstnaní. U těchto klientů zjišťujeme funkci, kterou v zaměstnání zastávali, vztahy se spolupracovníky a zodpovědnost. Sleduje se období zaměstnanosti a nezaměstnanosti. V období nezaměstnanosti se ptáme po zdroji obživy.

U mužů se zjišťuje zda absolvovali základní vojenskou službu.

Podrobněji se v osobní anamnéze popisují zdravotní a somatické problémy (nesouvisející pouze s užíváním drog). Otázky se týkají období hospitalizací v nemocnici, těžké nemoci a úrazy, ale i sebevražedné pokusy a pobyty na psychiatrii, které nebyly ve spojení s užíváním návykových látek.

V oblasti týkající se sexuálního života se sleduje věk prvních sexuálních zkušeností, počátek sexuálního života, sex. orientace, znásilnění a sexuální zneužívání a pohlavní choroby.

Manželské a partnerské vztahy. Zajímá nás s kým klient bydlel nebo bydlí ve společné domácnosti, sociální situace rodiny, rozvody a problémy.

Poslední část osobní anamnézy se zabývá trestnou činností, kterou klient páchal během drogové kariéry (trestní stíhání, soudy, odsouzení, pokuty, soudně nařízená léčba).

### *Psychický vývoj*

Pod tímto názvem se skrývají otázky týkající se povahových rysů klienta, postavení v kolektivu a silné a slabé stránky pro terapii. Klient se snaží popsat svůj postoj k období života, které se vztahovalo na užívání návykových látek.

### *Víra a životní hodnoty*

Vyšetření je zakončeno vyjmenováním životních postojů a hodnot klienta.

### *Léčebný plán*

Tuto část zpracovává terapeut na základě dostupných informací z anamnézy. Terapeut může stanovit některé úkoly týkající se práce s klientem a doporučení pro další spolupracovníky. Tyto návrhy se mohou během léčby měnit.

Vstupnímu vyšetření je prvním odrazovým můstkem pro práci s novým klientem. na základě tohoto vyšetření se vybírá pro klienta vhodný individuální garant.

### **3.2.3 Denní program TKDZ**

Každý den přináší klientům jiné možnosti a nabídku programu. Denní harmonogramu vždy obsahuje setkávání komunity, pracovní bloky, psychoterapeutické a volnočasové aktivity. Víkend je obohacen o více času na osobní volno, pozdější budíček a prodlouženou večeřku.

#### **Setkávání komunity**

*Rozcvička.* Prvním místem setkání každého dne (kromě neděle) je komunitní místnost nebo prostory před komunitou kde se odehrává ranní rozcvička. Zde se poprvé v novém dni potkávají všichni členové komunity. Mají možnost pozdravit se po ránu a zahájit společně nový den. Během rozcvičky se můžeme leccos dozvědět o náladě druhých.

*Ranní komunita.* Po snídani se členové komunity scházejí ve společenské místnosti. Zde tráví ranní komunitu, která trvá hodinu. Ranní komunitu vede pán domu (klient který má na starosti chod domu). Členové týmu mohou přinést krátkou psychoterapeutickou techniku nebo hru. Na ranní komunitě klienti reflektují předešlý den, hodnotí co se jim podařilo a co ne, mluví se zde o nepříjemných nebo příjemných pocitech, o snech, a rozděluje se práce a povinnosti na nový den.

*Skupinová setkání* se odehrávají jednou až dvakrát denně. Skupiny jsou rozdělené podle obsahu. V TKDZ probíhají i skupiny věnované pouze první fázím nebo skupiny pro třetí fáze. Skupiny obvykle trvají 90 minut.

*Skupina pro první fázi* umožňuje klientům mluvit o svých nejistotách a klienti se osmělují mluvit před více lidmi. Tato skupina pomáhá překonávat počátečních nejistoty a zvyšovat motivaci klienta v komunitě zůstat. Této skupiny se účastní pouze klienti v nulté a první fázi.

*Skupina třetích fází.* Na skupině třetích fázích informují klienti ostatní členy skupiny o svých úspěších a neúspěších při kontaktu z vnějším světem a o pocitech které přicházejí s blížícím se odchodem z komunity.

Dalším druhem skupiny je *samořídící skupina*. Na té se setkávají pouze klienti a skupinu vede pán domu. Klienti si na této skupině rozdělují funkce a povinnosti na následující den a navrhují sobotní výlet či jinou společnou akci. Mohou se rozhodnout pro koupi nových věcí z jejich fondu (klienti si každý měsíc dohromady strádají peníze do společného fondu a s ním hospodaří podle svého rozhodnutí). Požadavky z jejich strany přináší terapeutům pán domu.

Specifická je i *hodnotící skupina* na konci každého týdne. Hodnotící skupina je delší a trvá dvě hodiny. Na této skupině jsou hodnoceni klienti za uplynulý týden. Hodnotí se každý ze skupiny a na hodnocení se podílejí všichni členové komunity a zástupci týmu. Tento způsob hodnocení zajišťuje, že se vystřídají všichni členové komunity. Během této skupiny dostávají klienti mnoho zpětných vazeb na své chování a doporučení pro další dny pobytu.

*Mimořádná skupina.* Klient může využít práva na mimořádnou skupinu. Tu si může svolat v jakoukoliv denní i noční hodinu. Tuto skupinu si svolávají klienti za účelem vyslovení nespokojenosti, při zjištění porušování pravidel jiných členů, při chutích na drogy a rozhodnutí k odchodu z komunity. Tato skupina by měla plnit především podpůrnou funkci. Mělo by zde dojít k ošetření akutních věcí a zbylá řešení se mohou odložit na skupinu řádnou.

*Večerní setkávání komunity* probíhá obvykle několik minut. Jedná se o setkání při svíčke ve společenské místnosti za účelem rozloučení se s uplynulým dnem. Rozloučení mohou klienti využít pro poděkování a ocenění druhých a podávají se zde informace o důležitých záležitostech na druhý den, které budou probíhat ještě před ranní komunitou.

Jednou měsíčně do programu zasahuje *Velká komunita*. Pod tímto pojmem si můžeme představit setkání celé komunity (všichni členové týmu a klienti), které probíhá za účelem přestupů klientů do jednotlivých fází programu. Odehrávají se zde i slavnostní ukončení programu V TKDZ. Velkou komunitu mohou navštívit i bývalí členové komunity. Těm se zde předávají diplomy za rok a pět let abstinence od drog.

Velká komunita je vždy slavnostní den. Je to jedinečná příležitost pro setkání všech lidí v domě. K Velké komunitě patří i celá řada rituálů vztahujících se k přestupům nebo odchodu z komunity. Na konci se vždy zpívá komunitní hymna (píseň Jednou budem dál).

O všech skupinových sezeních a setkáváních komunity vedou terapeuti zápisy do zvláštních sešitů nebo počítače.

*Kluby* se staly součástí harmonogramu především z důvodu možnosti uvolnění klientů a načerpání nové energie. Kluby organizují buď sami klienti nebo členové týmu. Na klubech se hrají hry, sportuje se nebo se hraje na hudební nástroje.

*Pracovní bloky.* Většinou probíhají tři pracovní bloky, které oddělují jiné aktivity. To znamená, že pracovní blok není jednotný. Práce v komunitě zahrnuje tyto činnosti: úklid domu, příprava oběda, péče o zvířata, práce v dílně, na poli nebo na půdě. Půdní prostory slouží pro práci s tkalcovskými stavy a keramikou. Může se zde odehrávat i zakázková práce pro firmy.

Někdy se klienti vydávají za prací mimo komunitu. Jejich pomoc je žádaná například na obecním statku, v lese nebo při úklidu obecních prostor. Někteří klienti z druhé fáze docházejí do práce do některého jiného zařízení Centra sociálních aktivit.

Každý klient je odpovědný za vykonání své práce. Práci kontrole a rozděluje pán domu.

*Volnočasové aktivity.* Do této kategorie náplně času patří společné sobotní výlety, kulturní akce (návštěva divadla, kina) nebo letní a zimní pobyty mimo komunitu. Mohlo by se zdát, že tyto aktivity jsou zcela zbytečné a budí dojem něčeho navíc. Přesto jsou tyto aktivity pro klienty TKDZ nové. Zažívají pocity radosti a vzrušení bez aplikace drogy. Několikadenní akce prověřují i fyzickou a psychickou kondici klientů.

*Osobní čas* vyplňuje přestávky mezi aktivitami. Je na každém klientovi jakým způsobem čas tráví. Samozřejmě, že klienti jsou omezeni i pravidly komunity a jednotlivých fází.

*Vzdělávací lekce.* Jednou týdně probíhá v komunitě vzdělávací akce, tzv. lekce. Lekci si většinou připravují členové týmu, ale může se stát, že některý klient projeví zájem a na lekci představí například svůj koníček nebo nějaké zajímavosti ze světa literatury, hudby, sportu apod. Náplň lekcí je různorodá, ale často se objevují témata související s životem klientů mimo komunitu. Patří mezi ně prevence relapsu, sociální dovednosti, komunikační dovednosti a další. Během



lekcí se může skupina věnovat i práci na změnách v pravidlech nebo v programu komunity. Během této práce má terapeutický tým jedinečnou příležitost získat nový pohled na některé již zažité věci od nově přichozích klientů.

V programu se objevuje i čas na *relaxaci*. Z mého pohledu je relaxacím v TKDZ vymezeno málo prostoru.

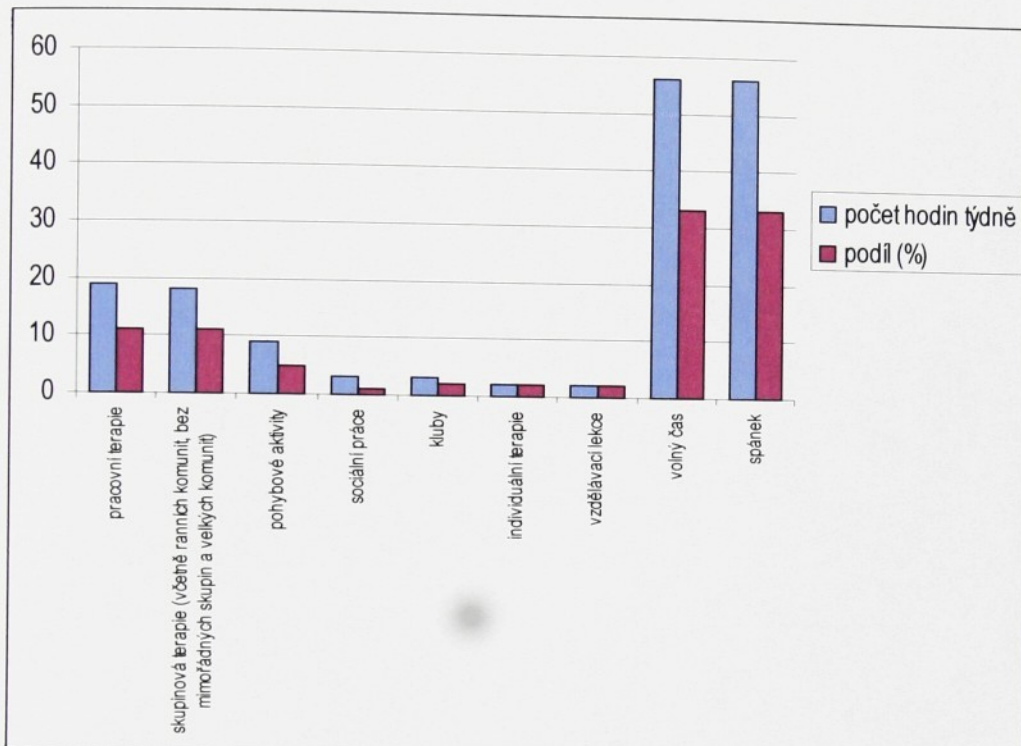
*Deníky.* Velmi důležitou pomůckou pro léčebný proces je psaní deníků. Každý člen komunity hodnotí své dny do svého sešitu. Deníky klienti odevzdávají každý večer terapeutovi, který si je přečte a může je vyhodnotit. Do deníku si mohou klienti psát svoje zážitky, pocity, spokojenosti a nespokojenosti a své názory. Na začátku léčby může pro klienty deník znamenat jediný zdroj komunikace. V komunitě jsem se setkala i s klienty kteří neměli psaní deníků v oblibě. Vadilo jim, že deník čtou členové týmu. Celá řada klientů si psala vlastní deníček, který byl daleko osobnější.

*Týdenní harmonogram* je přesně naplánovaný. Výjimky z programu se dělají minimálně. Tím je zajištěn určitý stereotyp a řád, který je pro bývalé uživatele drog velmi důležitý.

Časový rozvrh programu odpovídá reálnému způsobu životu mimo komunitu. Jedna třetina je věnována práci, další dvě třetiny odpočinku a spánku.

### Graf 1

Podíl jednotlivých aktivit programu (z pohledu klienta)



### 3.2.4 Pravidla TKDZ

Komunitní pravidla TKDZ v Nové Vsi jsou rozpracována velmi pečlivě a obsah pravidel je srozumitelně sepsán. Každá komunita má základní klíčová pravidla a pak celou řadu pravidel dílčích. Některá pravidla jsou pouze v ústním podání. Během pobytu klienta v komunitě mohou vzniknout pravidla nová. Podněty přicházejí ze strany skupiny nebo terapeutů. O novém pravidle se musí informovat všichni členové komunity. Některá pravidla mohou upadat v zapomnění. Po smyslu jednotlivých pravidel je možné se ptát a mluvit o nich na skupině.

V obsahu spisu pojednávajícím o pravidlech TKDZ můžeme najít tato pravidla: základní klíčová pravidla, pravidla týkající se mlčenlivosti a důvěry sdělení, pravidla nástupu, podmínky pro vstup klienta do komunity a pro přestupy mezi jednotlivými fázemi programu, pravidla odchodu z komunity, komunikace s osobami mimo komunitu, pohyb mimo komunitu (vycházky, výjezdy), návštěvy na pokojích, užívání walkmanu, televize, vlastního auta, peněz, pravidla o kouření, pravidla upravující postupy při pracovní terapii, pokyny pro kuchaře a jeho pomocníka, seznámení s pravidly pro samosprávu, pravidla spojená s prací klientů mimo komunitu a klienty ve třetím stupni a způsob udělování sankcí za nesplnění některých úkolů.

Popis jednotlivých pravidel je velmi podrobný a praktická část by tak nabyla velkého množství stránek. Za důležité považuji klíčová pravidla. Pro zajímavost jsou v příloze (P1) uvedena pravidla pro samosprávu klientů.

#### **Základní kodex – klíčová pravidla TKDZ v Nové Vsi**

1. *Pravidlo abstinence.* Klient po dobu pobytu (ani na vycházce) neužívá žádné drogy, nepije alkohol, nehraje na hracích automatech, užívá pouze předepsané léky, a to s vědomím týmu.
2. *Pravidlo nenásilí.* Klient v komunitě neužívá fyzického násilí ani psychického nátlaku.
3. *Pravidlo neuzavírání se do dvojic.* V komunitě se může stát, že klient navazuje s druhým člověkem velmi úzký vztah (nemusí se jednat o klienty opačného pohlaví). V tomto případě je nutná úplná otevřenost a o vztahu se musí mluvit.
4. *Pravidlo tělesné zdrženlivosti ve vztazích.* Sexuální a erotické vztahy v komunitě nejsou možné.

5. *Pravidlo přijetí rozhodnutí komunity.* Rozhodnutí komunity je pro klienta závazné, podřídí se mu. Při rozhodování má konečné slovo terapeutický tým.

Porušení těchto pravidel je závažným prohřeškem proti zvyklostem komunity a je důvodem ke klientovu propuštění.

V případě, že klient cítí jakékoli ohrožení sebe či celé komunity, nebo má dojem, že někdo jedná v rozporu se zájmy a cíly komunity, má možnost o tom hovořit. Může si svolat mimořádnou skupinu nebo využít možnosti individuálního rozhovoru s terapeutem.

Povinností každého člena komunity je informovat ostatní o porušování pravidel a umožnit tak řešení takové situace. (Někdy se stává, že se klienti vzájemně ve svých přestupcích kryjí nebo o nich ze strachu před možným vyloučením druhého člena nechtějí mluvit.)

Klienti se vzájemně ve skupině musí respektovat, bez ohledu na jejich rasu, barvu pleti, pohlaví, sex, orientaci, jazyk, víru a náboženství, zdravotní stav a další odlišnosti. Projevy nesnášenlivosti jsou neslučitelné s dalším pobytem v komunitě a jsou důvodem ke klientově propuštění.

Klienti se plně účastní programu v rámci svých veškerých možností a schopností. Dlouhodobá zjevná nespokojenost, pozdní příchody na společné aktivity, neplnění povinností či opakované přestupky mohou být důvodem k vyloučení klienta z komunity.

Vlastnímu vyloučení klienta z komunity předchází ústní a písemné napomenutí před celou komunitou. Pokud se stane závažný přestupek, jako přinesení drogy na dům nebo fyzické napadení, tak je obvykle klient vyloučen z programu okamžitě. Před odchodem musí být klientovi umožněno získat následnou péči v jiném zařízení.

### **3.2.5 Fáze pobytu**

Pobyt v TKDZ je rozdělen do třech období. Minimální délka pobytu je sedm měsíců a maximální pobyt dosahuje patnácti měsíců. O délce pobytu se rozhoduje sám klient za pomoci individuálního garanta a skupiny. V některých případech je klientovi pobyt zkrácen (porušení pravidel, kázeňské přestupky). O přestupu klienta hlasují ostatní členové na Velkých komunitách které se konají jednou měsíčně. Hlasují všichni členové týmu a klienti v druhé a třetí fázi. Každé období pobytu klienta má svá specifika. V TKDZ byl vytvořen manuál který charakterizuje jednotlivé období a stanoví i úkoly které musí klient splnit před vstupem do další fáze. Tento manuál byl zpočátku vytvořen týmem komunity, ale

v následujících letech fungování komunity se na jeho obnovení a úpravách podíleli samotní klienti.

*Nultá fáze* (začíná vstupní 24 hodinovou izolací a končí přijetím klienta na nejbližší velké komunitě)

Po příchodu klienta do komunity přichází období nulté fáze. Ta je určitým předstupněm před první fází. Nultá fáze je tzv. období hájení klienta. Klient se v tomto období mnohdy rozhoduje, zda v komunitě zůstane. Připravuje se na vstup do první fáze. Plní si svoje povinnosti. Pokud se mu něco nepovede nebo nesplní nějaký úkol, tak je sankce mírnější než u vyšší fáze. Klient se v tomto období adaptuje na prostředí, seznamuje se s pravidly a zvyklostmi komunity. Rozhoduje se zda do komunity vstoupí nebo ne. V této fázi má klient k dispozici pomoc klienta z vyšší fáze. Ten mu pomáhá se seznámením s chodem domu a jednotlivých aktivit. V této fázi je klientovi umožněn i větší počet individuálních rozhovorů se členy týmu, které jsou zejména v počáteční fázi velmi důležité pro upevnění motivace a rozhodnutí v komunitě zůstat. Před vstupem do první fáze musí proběhnout životopisná skupina na které klient představí svůj dosavadní způsob života a svoji rodinu. Klient se do první fáze dostává na velkém setkání komunity které se koná jednou měsíčně tzv. Velké komunitě.

*První fáze* (trvá v rozmezí 2–4 měsíce) je charakteristická tím, že klient přijímá život v komunitě, hodně se zabývá sám sebou, naslouchá ostatním ve skupině a postupně se stabilizuje.

Následující body představují úkoly a cíle kterých musí klient v této fázi dosáhnout aby mohl přestoupit do další fáze.

- Klient své chování přizpůsobuje režimu komunity, učí se zvládat svoje zlozvyky a nést následky za svoje chování a ke konci fáze dostává klient jenom minimum sankcí,
- přijímá program komunity a plně se ho účastní,
- přijímá komunitní hierarchii a dovede se jí podřídít,
- přijímá svojí izolaci od okolního světa, ale v komunitě se od ostatních neizoluje,
- klient postupně prochází jednotlivými funkcemi určenými pro první fázi, nevyhýbá se žádné práci a jeho vztah k práci se zlepšuje,
- naslouchá názorům ostatních a učí se je přijímat a je schopen podřídít svá přání dění v komunitě,
- hledá si své místo ve skupině a mluví o tom,

- má jasno v tom, zda v komunitě zůstane nebo ne,
- klient si přiznává své chutě na drogy a je rozhodnutý k abstinenci, vyhýbá se řečem o drogách,
- začíná si naplňovat svůj volný čas (i jinými způsoby než sledování televize),
- navazuje kontakt s blízkými, definitivně a jednoznačně ukončuje vztahy s aktivními uživateli drog,
- začíná rozpoznávat svoje pocity, orientovat se v nich a mluvit o nich,
- stará se o své tělo a nezanedbává své zdraví,
- učí se hospodařit s penězi,
- nezapomíná na své právní povinnosti, orientuje se v nich a plánuje jejich řešení,
- plní si svůj individuální plán (i když se mu tam některé věci nedaří), na tvorbě plánu spolupracuje se svým individuálním garantem,
- vypracuje si seznam svých nebezpečných situací týkajících se možnosti relapsu a seznam spouštěčů chutí.

Před přestupem do druhé fáze má klient naplánované výjezdy mimo komunitu. Je rozhodnutý plnit funkce pro členy druhé fáze. Je schopný přijmout odpovědnost za druhé a za běh komunity.

*Druhá fáze.* Ve druhé fázi (trvá 4–6 měsíců) klient přijímá zodpovědnost za sebe, svá rozhodnutí, za druhé a chod komunity. Naplno žije v programu komunity a také pro komunitu. To znamená že:

- Klient plní svědomitě funkce pro tuto fázi a má co nejméně sankcí,
- prokazuje svůj kladný vztah k práci a přijímá zodpovědnost za organizování práce ostatním,
- nezneužívá svého vyššího postavení v komunitě a přijímá ho jako službu pro chod komunity,
- chápe smysl a význam režimu v komunitě, dbá na dodržování pravidel všemi členy komunity a porušování pravidel jinými členy komunity nekryvá,
- plně si uvědomuje rozdíl mezi životem na drogách a životem bez drog, má jasný postoj k drogám a alkoholu,
- dovede si říct o pomoc, ale také spolehnout se sám na sebe,

- umí hospodařit s penězi a má ve svých finančních záležitostech přehled,
- umí nakládat se svým volným časem v komunitě a učí se to na výjezdech,
- nevyhýbá se sportu a společným aktivitám,
- klient si uvědomuje a přijímá, že není dokonalý, ale je dobrý,
- zná své priority, své záležitosti řeší postupně a vytrvale,
- poznává život mimo komunitu, zvládá výjezdy,
- vyhýbá se nebezpečným situacím a ověřuje si v praxi co mu pomáhá v krizových situacích,
- podle možností usiluje o zlepšení vztahu s blízkými a zve je na několikadenní pobyty v komunitě,
- hledá si brigádu mimo komunitu,
- plní si svůj individuální plán na jehož tvorbě se podílí maximální měrou, konzultuje ho se svým individuálním garantem.

*Třetí fáze.* Ve třetí (trvá 1–5 měsíců) fázi je klient samostatný, ale zároveň ještě žije v komunitě. Jedná se o nelehkou roli v životě člena skupiny a tato fáze je velmi obtížná a důležitá pro následující život mimo komunitu.

- Klient si při pobytu mimo komunitu uvědomuje, že je její členem a přispívá k dobrému jménu komunity,
- zkouší si práci mimo komunitu, hledá si zaměstnání a snaží se skloubit práci mimo komunitu s životem v komunitě,
- umí nakládat se svým volným časem,
- uvědomuje si, že všechno není možné mít hned a bez vlastního přičinění,
- o své zkušenosti se dělí se skupinou,
- dovede vyjít s penězi,
- zná svoje silné a slabé stránky,
- neopomíná svoji minulou drogovou kariéru a nezapomíná na možnosti ohrožení, předchází rizikovým situacím a nehazarduje s abstinencí,
- je schopný rozlišit sny a realitu,
- umí se vyvarovat dlouhodobému stresu, umí pracovat i odpočívat,
- umí se radovat z maličností,

- umí jednat v zátěži, komunikovat s okolím,
- zajišťuje si bydlení mimo komunitu,
- má jasno ve vztahu s blízkými a ve svém vztahu k rodině,
- ví kam se po odchodu u komunity obrátit o pomoc,
- je seznámen s programem své následné péče,
- má představu co se bude dít během následujícího roku po odchodu z komunity,
- uvědomuje si odkud a kam odchází,
- plně si připouští že odchází z komunity a pocity které to vyvolává sdílí s komunitou.

### **3.2.6 Vypadnutí z léčby v jednotlivých fázích pobytu**

Každá fáze přináší klientovi řadu podnětů pro zamyšlení a úkolů na práci na sobě, ale i důvody vedoucí k vypadnutí klienta z léčby.

#### *Odchody klientů v první fázi pobytu*

Pro klienty v první fázi je velmi těžké přijmout délku odloučení z vnějším světem. To platí zejména pro klienty kteří nejsou na dlouhodobý pobyt v komunitě připraveni. Mnoho klientů odchází v této fázi z důvodu pocitů nepochopení a nepřijetí filosofie komunity. Komunitu opouštějí v první fázi klienti kteří mají mimo komunitu navázaný partnerský vztah nebo jej naváží ve velmi krátké době po příchodu do komunity. První fáze je velmi těžké období pro klienta, ale příchod nového člena zasahuje i do života stávající komunity.

Při individuálních rozhovorech si klienti často stěžují na pocit nepochopení od druhých, na pocity méněcennosti spojené s obavou, že nebudou tak dobří jako starší klienti (klienti vyšších fází). Častý je i pocit strachu, že tolik povinností nemohou nikdy splnit. Klienti hodně bojují s chutěmi a vzpomínkami na drogy.

Velmi nepříjemná je první fáze pro klienty kteří absolvovali střednědobou léčbu v jiném zařízení. Vstupem do první fáze se vracejí na začátek a mohou mít dojem, že již na sobě udělali mnoho změn a další izolace je brzdí ve vývoji.

Klient v první fázi hledá smysl a výhody abstinence. Má před sebou velké změny a mnohá rozhodnutí. Skupina si nového člena testuje a seznamuje se s ním. Postupně opadáva nejistota z neznáma a nastává fáze přijetí.



Předčasným odchodům během první fáze se v TKDZ snaží tým zabránit těmito způsoby:

1. Přípravným poradenstvím před nástupem klienta do komunity.
2. Možností vstupní 24 hodinové izolace, (klient dostává možnost pročíst si všechna pravidla a informace o pobytu v TKDZ a mít možnost dostat vysvětlení od týmu).
3. Během vstupního psychosociálního vyšetření se hodnotí s klientem jeho nastavení pro léčbu, vystihují se silné a slabé stránky pro nastávající léčbu.
4. Klient má svého staršího bratra nebo sestru z řad klientů, který se o klienta v první fázi stará a zodpovídá za seznámení klienta s prostředím a plnění jeho povinností.
5. Individuální rozhovory podle potřeby se všemi terapeuty, klient není závislý pouze na přítomnosti individuálního garanta.
6. Klient má možnost mimořádných skupin v případě pocitu beznaděje, chutí na drogy a stesku po světě mimo komunitu.

#### *Odchody v druhé fázi pobytu*

V druhé fázi se klient může rozhodnout k odchodu po prvním styku s vnějším světem. Během výjezdů a vycházek může klient navázat partnerský vztah. Může také nabýt přesvědčení, že výjezdy zvládá a tím pádem bude zvládat i další věci mimo komunitu. V druhé fázi se může klient na výjezdech vrátit k drogám a tím být vyloučen z komunity. V druhé fázi dochází k odchodům za závažná porušení programu a pravidel a komunity.

#### *Odchody ve třetí fázi pobytu*

Ve třetí fázi dochází k odchodům zejména ve chvíli kdy si klient nachází práci mimo komunitu. Může být pro něho velmi obtížné kombinovat život venku s životem v komunitě. Klient odchází i ve chvíli kdy si nechce připustit jak je pro něho komunita důležitá a nepřeje si zažívat pocity postupné separace. Raději volí rychlé rozhodnutí o odchodu. V této fázi dochází i k předčasnému ukončení léčby z důvodu porušení pravidel nebo nerespektování programu komunity.

Ve druhé a třetí fázi může být důvodem k odchodu klienta i nepodílení se na společném programu, pasivita na programech a velké množství sankcí. Klient se také může domnívat, že mu komunita již nic nového nepřinese a jeho další pobyt v komunitě považuje za zbytečný.

Odchodům v druhé a třetí fázi se snaží tým TKDZ zabránit zejména individuálním přístupem ke každému klientovi. Důležitá je spolupráce klienta s jeho garantem.

Klientům je před odchodem z vlastního rozhodnutí vždy doporučena 24 hodinová izolace. Klient se přestěhuje na samostatný pokoj který k těmto účelem slouží. Zde má možnost promyslet si svoje rozhodnutí, zvážit svá pro a proti. Na izolaci ho může navštívit i jeho garant nebo jiný terapeut a zvážit s ním důvody vedoucí k odchodu.

Pokud klient odejde z komunity tak má možnost návratu do 24 hodin po svém odchodu. Vrátit se může, pokud nepožil alkohol nebo jinou drogu.

### **Nejčastější důvody vypnutí klientů z léčby v Nové Vsi**

1. Relaps klienta před nástupem do komunity nebo během výjezdu (pokud se klient sám po příjezdu nepřiznal).
2. Navázání partnerského vztahu v komunitě.
3. Vlastní nerozhodnost ve vztahu k drogám, nejasné představy o možnosti abstinovat.
4. Silné chutě na drogy.
5. Pesimistický postoj k léčbě, dlouhodobá váhavost a nerozhodnost, obava z neúspěchu.
6. Z vnějších vlivů to byl vztah k partnerovi, neukončený vztah k lidem aktuálně závislým, stesk po svobodě.
7. První pobyt v léčbě, pobyt bez předchozí péče K centra nebo poradenského zařízení.
8. Opakované porušování pravidel nebo nerespektování programu.

Kritická období pro odchody klientů v Nové Vsi byla hlavně období prvních třech měsíců pobytu a posledního měsíce před odchodem klienta z léčba.

### **3.2.7 Individuální plán**

V jednotlivých charakteristikách fází programu byl zmiňován individuální přístup. Ten kromě možnosti individuální konzultace klienta s terapeutem zahrnuje plnění plánu klienta.

*Individuální plán.* Jedná se o měsíční rozvrh úkolů, které si klient zapisuje do předem připravených formulářů. Úkoly se dělí na krátkodobé, střednědobé a

dlouhodobé. Plán vypracovává klient se svým klíčovým garantem každý měsíc. Jednou za čtrnáct dnů se spolu scházejí na kontrole plánu.

Individuální plán zahrnuje tyto oblasti :

1. *Užívání drog* (toxické řeči, chutě, pití alkoholu, kouření marihuany). Klient se učí zpracovávat své chutě, vzpomínky, rozpoznávat kritické situace depresivní stavy. Učí se, že se nevedou toxické řeči a nemluví se o chutích mimo skupinová setkání. Definuje si své spouštěče a ohrožující situace. Nejčastějším úkolem bývá skupina na toto téma a vypracování seznamu svých ohrožujících situací. V druhé fázi si klient volí způsob obrany při ohrožení drogou na výjezdech.

Klient se snaží v této oblasti pracovat na své motivaci k abstinenci. Rozebírá si a ujasňuje si postoj nejen ke svým hlavním drogám, ale i k marihuaně a alkoholu. Někteří klienti dlouho zastávají názor, že marihuana a alkohol pro ně nejsou ohrožující. Pokud se tento názor během pobytu v TK nezmění, může být v budoucnu klientova abstinence citelně ohrožena.

2. *Osobnostní rozvoj, duševní zdraví (paměť, nálady, soustředění, city)*. Postupným cílem je zlepšit klientův postoj k sobě samému a svému okolí (svět není jenom nebezpečné místo, a on není jen slabý a zranitelný). Je dobré zaměřit se na prožívání a situace které se přímo váží na přítomnost klientova života. Jedná se o tzv. prožívání tady a teď.

Klient se snaží porozumět svým pocitům a náladám. Mluví o nich na skupině. Definuje své životní hodnoty.

3. *Tělesné zdraví, strava (dieta, kondice)*. V této oblasti klient pracuje na pozitivním přístupu ke svému tělu. Pokud má klient hepatitidu, sleduje si svoje zdravotní vyšetření a dodržuje předepsanou dietu.

Někteří klienti posilují a zdokonalují svojí osobní hygienu, řeší problém nadměrného kouření a pití černé kávy. V TKDZ je mnoho klientů kteří se rozhodnou k přechodu na vegetariánskou stravu, což je jim umožněno.

Do této oblasti spadají také problémy duálních diagnóz. Některé dívky či chlapci trpí některou z poruch příjmu potravy. V této oblasti se sleduje jejich práce na tomto problému. Většinou se spolupracuje se specializovaným pracovištěm v Liberci.

4. *Vztahy (rodinné, s přáteli, v komunitě, práce s rodinou, komunikační dovednosti, řešení konfliktů)*. Klienti si řeší vztahy s rodiči, partnery, sourozenci, dětmi atd. Prvním z úkolů v této oblasti je navázání písemného kontaktu z vnějším světem. Ve druhé fázi se klient připravuje na návštěvy a

výjezdy. Klient má možnost pozvat rodinu na několikadenní pobyt do komunity a využít rodinou terapii.

Dalším úkolem je přerušování vztahů s kamarády kteří aktuálně zneužívají drogy a ukončení kontaktu s těmito lidmi. Bez splnění tohoto úkolu nemůže klient postoupit do druhé fáze programu.

Klient při práci na plánu přemýšlí a rozebírá vztahy s ostatními členy komunity. Často se objevují pocity spojené s agresivitou, netolerancí, žárlivostí.

5. *Pracovní dovednosti a návyky (vytrvalost, pečlivost, dochvilnost).* Zde se promítají zkušenosti z pracovní terapie. U některých klientů jde vůbec o první kontakt s prací. Klient hodnotí svůj přístup k zadaným úkolům, pečlivost, schopnost práci dokončit a zvládnání pracovního režimu. Pokud se mu nějaká práce nedaří nebo má hodně sankcí za nesplněné úkoly, tak má prostor najít trhliny ve své pečlivosti a sankce postupně úplně odbourat.

V této části se klient připravuje na zvládnutí funkcí samosprávy.

6. *Bydlení, finance, předpokládaná doba léčby a rozvržení jednotlivých fází.*

Klient si promýšlí délku celého pobytu a rozčlenění jednotlivých fází. Zvažuje následnou péči a rozhoduje se zda se bude vracet do místa bydliště nebo zůstane nějaký čas v Liberci.

Promýšlí si jaké jsou jeho možnosti bydlení mimo komunitu. Dělá si rozvahu finančních možností. Plánuje si stěhování. Vytváří si režim života mimo komunitu. Ve třetím stupni je tato část plánu velmi důležitá a může se na ní neustále pracovat.

7. *Pracovní uplatnění, zaměstnání, studium.* Tato oblast je důležitá zejména v závěrečném období pobytu. Při volbě zaměstnání klientovi terapeut pomáhá se sepisováním životopisu, a připravuje klienta na vstupní rozhovory. Sleduje se zda si klient neklade příliš velké nároky na sebe nebo volbu zaměstnání.

Někteří klienti během pobytu studují. S nimi se sepisuje zvláštní studijní plán, který je kontrolován pracovníkem zaměřeným na pedagogiku. Klient má v některých případech (příprava na zkoušky) umožněno studovat i v čase pracovního bloku. V tomto případě musí souhlasit skupina a terapeuti.

8. *Volný čas, duchovní a kulturní oblast.* Přesto, že pro klienty není tato oblast ničím neznámým, tak jim dělá problémy umět si volný čas naplnit. U klientů se podporují jejich osobité zájmy. Mohou si připravit i lekci na toto téma a svůj zájem představit ostatním.

Dále mají klienti možnost hrát na kytaru, naučit se základy práce na počítači, sportovat nebo si ve volném čase tkají koberce a vyrábějí keramiku.

Klienti si tento způsob náplně volného času přenášejí do života mimo komunitu a učí se tak být sami se sebou aniž by se nudili.

9. *Právní oblast.* Tato oblast není řešena u všech klientů. Někteří se během své drogové kariéry nedopouštěli žádných právních přestupků. Právní oblast sleduje klient za asistence sociální pracovnice. Ta mu poskytuje informace z právních předpisů a zákonů, je v kontaktu s úřady. Učí klienta jak si jednotlivé věci postupně vyřídit, zapojuje jej do kontaktu s úřady.

Klient je veden k samostatnosti a odpovědnosti za svoje činy během drogové kariéry.

10. *Finanční plán.* Jedná se o samostatný formulář, do kterého si klient zaznamenává své příjmy a výdaje. Klient dostává přehled jakým způsobem je schopen hospodařit. Zajišťuje si peníze na cesty do Liberce, které jsou časté zejména v posledním stupni a při návštěvách lékařů.

Každý měsíc přispívá do společného fondu klientů a fondu obnovy, který slouží na úhradu zničených věcí.

Učí se znát hodnotu věcí. Má přehled kolik peněz prokouří, utratí za kávu, osobní hygienu atd.

Cílem plánu je naučit klienta přemýšlet do budoucna. Dívat se na problémy střízlivými očima. Hledat řešení problému. Klient si píše úkoly do kolonek sám, garant mu radí a konfrontuje ho s realitou. Rozvíjí se klientova samostatnost. Při revizi má možnost posoudit nakolik úkol splnil. Klíčový pracovník se snaží klientovi pomoci při hledání cesty ke splnění úkolu. Dohlíží, aby si klient nestanovoval zbytečně náročné cíle. Naopak hledá drobné kroky, které směřují ke konečnému cíli. Pozitivně využívá schopnosti a vlastnosti klienta. Při každém plánu se od terapeuta očekává pochvala, pochopení a podpora. Plán má dva výtisky. Jeden má klient u sebe a druhý je založený v dokumentaci.

### **3.3 Efektivita léčby v Terapeutické komunitě v Nové Vsi**

Hypotéza 1: Předpokládám, že klienti, kteří ukončí léčbu řádným způsobem, budou vykazovat menší počet relapsů užití drog po ukončení programu, než ti klienti, kteří léčbu ukončí předčasně nebo z disciplinárních důvodů.

Hodnocení efektivity je velmi zdoluhavý a náročný proces. Doposud nebyl vytvořen žádný manuál na zjišťování efektivity léčby terapeutických komunit pro drogově závislé v naší republice. Pro získávání přesných údajů by bylo nutné sledovat katamnestické údaje v dlouhém časovém období. Dlouho jsem zvažovala jakým způsobem se dají tyto údaje získat. Moje představa byla taková, že bývalým klientům komunity v Nové Vsi rozešlu dotazník, který se bude týkat jejich života po odchodu z komunity. Dotazník by obsahoval oblasti týkající drog, zaměstnání, zdraví a vztahů. Nakonec jsem dospěla k závěru, že je pro mě velmi obtížné již samotné získávání současných adres klientů. Na problém jsem narážela především v tom, že již přes rok v TKDZ nepracuji a nemám tak přístup k základním osobním informacím. Myslím si, že získávání těchto údajů a zpracování katamnestických údajů si zaslouží více času a energie lidí kteří se do sběru dat pustí. Zahraniční zkušenosti doporučují udělat s bývalými klienty rozhovory a opakovat je i dvakrát v období pěti let. Zjišťování efektivity na základě katamnestických údajů bylo z mé strany podceněno.

Přesto je možné efektivitu léčby v TKDZ sledovat jinými způsoby. Z pohledu standardů odborné způsobilosti (Standardy, 2002) je pro kvalitativní hodnocení efektivity relevantní :

- a) Počet a struktura výkonů a pacientů/klientů. (zatím není přesně stanoveno jakým způsobem by se mělo zaznamenávat a vyhodnocovat)
- b) Naplnění kapacity programu.
- c) Četnost mimořádných událostí a režimových komplikací, včetně relapsů.
- d) Návštěvnost skupinových forem práce a jiných významných součástí programu včetně skupin pro rodiče a partnery.
- e) Četnost častých vypadnutí z programu.
- f) Četnost vypadnutí v první třetinu programu.
- g) Četnost úspěšně dokončených doléčovacích programů.
- h) Katamnestické sledování pacientů/klientů (1, 2, 3 roky).

Nezbytný je průběžný rozbor účinných faktorů komplikací programu a případová práce na poradách a supervizích.

Následující tabulky nám ukazují, jak sledují některé výše uvedené požadavky v TKDZ. Jedná se o vzorek 120 klientů, kteří absolvovali léčbu nebo léčbu nastoupili do konce roku 2002.

**Tabulka 1**

rok	nastoupilo nových	z toho mužů	žen	průměrný věk
1997	16	12	4	19,8
1998	16	12	4	24,0
1999	19	14	5	22,3
2000	23	16	7	23,6
2001	25	18	7	23,4
2002	21	12	9	24,3
celkem	120	84	36	22,9

**Tabulka 2**

rok	odešlo celkem	odešlo svévolně	odešlo disciplinárně	odešlo podle dohody	odešlo v první třetině programu
1997	4	4	0	0	2 (50 %)
1998	15	4	6	5	1 (7 %)
1999	17	4	8	5	5 (29 %)
2000	24	6	5	13	8 (33 %)
2001	25	7	5	13	9 (36 %)
2002	23	12	4	7	8 (35 %)
celkem	108	37	28	42	33 (30 %)

**Tabulka 3**

Způsob odchodu	Počet takto odcházejících	Počet abstinujících
Řádné ukončení	43 (39 %)	37 (56 %)
Překlad do jiného zařízení	1 (1 %)	0 (0 %)
Z vlastního rozhodnutí	38 (35 %)	13 (20 %)
Disciplinární důvody	28 (25 %)	16 (24 %)
Celkový počet	110	66

Vzorek obsahuje 110 již odešlých klientů TKDZ, z toho bylo 34 žen a 76 mužů. Podle dostupných informací abstinuje od drog 66 klientů. Řádným způsobem ukončilo léčbu 43 klientů, z toho abstinuje 37 klientů, což je 56%. Jiným způsobem ukončilo léčbu 67 klientů, z toho abstinuje 29, což je 44 %.

Můžeme říci, že hypotéza na základě dostupných informací se potvrdila. Vyšší počet abstinujících klientů obsahuje skupina klientů, kteří odešli řádným způsobem.

Ukazuje se, že i klienti kteří ukončili léčbu jiným způsobem mohou v budoucnosti od drog abstinovat.

Vzhledem k tomu, že informace byly získány na základě databáze statistiky TKDZ v Nové Vsi a neprošli řádným metodologickým zkoumáním, může být ovlivněna validita výsledku. Mezi abstinující klienty byli započítáni i klienti neabstinující od alkoholu a klienti kteří jednou relabovali, ale dále abstinují.

Další změnu ve výsledku by určitě změnil počet 33 klientů o kterých nejsou žádné zprávy. V komunitě jsou k dispozici pouze informace o 11 z tohoto počtu (2 klienti zemřeli, 3 klienti jsou na metadonové léčbě, 2 klienti jsou v jiné léčebně a 4 klienti se vrátili k drogám).



Hypotéza 2: Pokud klienti vydrží v léčbě alespoň tři měsíce, tak většinou dokončí celou léčbu řádným způsobem.

**Tabulka 4**

Způsob ukončení	Počet klientů	Počet v procentech
Dokončilo řádným způsobem	41	53 %
Odešli na základě vlastního rozhodnutí	17	22 %
Odešli z disciplinárních důvodů	19	25 %
Celkový počet klientů přesahující dobu pobytu 3 měsíce	77	100 %

Z počtu 110 klientů (34 žen a 76 mužů), kteří již léčbu dokončili, jich 77 vytrvalo v léčbě déle než 3 měsíce. Z počtu 77 klientů léčbu řádným způsobem dokončilo 41 klientů, což je 53%. Zbýlých 36 klientů (47%) ukončilo léčbu jiným způsobem.

Tím můžeme potvrdit hypotézu 2. Klienti, kteří vydrželi v TKDZ v Nové Vsi delší dobu než 3 měsíce, ukončili léčbu řádným způsobem, i když pouze těsnou většinou.

### **3.3.1 Hodnocení efektivity podle léčebného kontinua**

Dále můžeme porovnat nároky na efektivní léčbu které byly shrnuty v teoretické části s praktickými zkušenosti TKDZ v Nové Vsi. Zaměříme se na základní požadavky léčebného kontinua, kterými se zabývají i odborníci na problematiku léčby drogově závislých.

Požadavky léčebného kontinua (Kalina, 2001):

1. Léčba je uvedena přípravným poradenstvím nebo krátkodobou či střednědobou léčbou v jiném zařízení.
2. Klient se v léčbě udrží a dokončí ji.
3. Na léčbu navazuje následná péče.

K hodnocení efektivity podle léčebného kontinua byl použit vzorek 125 klientů (38 žen, 87 mužů), z toho 110 již léčbu ukončilo a 15 je aktuálně v léčbě. Tabulka 5 nás seznamuje se základními informacemi o těchto klientech TKDZ.

**Tabulka 5**

Průměrný věk	23 let
Počet žen	38
Počet mužů	87
Hlavní droga	75 klientů - heroin
	39 klientů - pervitin
	11 klientů - ostatní drogy (kombinace, tripy, braun)
Klienti nakaženi hepatitidou	41 klientů - hepatitida C
	1 klientů - hepatitida B

Ad 1) Poradenství před nástupem do TKDZ nebo krátkodobá či střednědobá léčba

**Tabulka 6**

Poradenství proběhlo	u 96 klientů (77%)
Poradenství neproběhlo	u 29 klientů (23%)

Vzorek obsahuje 125 klientů, z toho 110 ukončilo léčbu, 15 je aktuálně v léčbě. Výsledek nám ukazuje, že u většiny klientů (77%) bylo provedeno přípravné poradenství nebo pobytu předcházela léčba v jiném zařízení.

Ad 2) Ukončení léčby

Jak ukázala hypotéza 2 léčbu řádným způsobem ukončilo 43 klientů z počtu 110. Ostatních 73 jí ukončilo jiným způsobem, ale jsou mezi nimi i tací, kteří v současné době abstinují.

Z výsledku vyšlo, že asi 66 klientů ze vzorku 110 abstinuje. Můžeme tedy říci, že v léčbě dochází ke změnám v postoji k drogám a změně pohledu na život.

### Ad 3) Následná péče

**Tabulka 5**

Doporučeno do zařízení následné péče	85 klientů (77%)
Nebylo doporučeno	25 klientů (23%)

Vzorek obsahuje 110 klientů kteří již z léčby odešli. Nejvíce doporučení bylo směřováno do Doléčovacího centra Advaita – 50 klientů, Doléčovacího centra SANANIM – 10 klientů a Doléčovacího centra Olomouc – 7 klientů.

Z výsledku vyplývá, že komunita ve většině případů doporučila klienta do zařízení následné péče. Doporučení neproběhlo u klientů kteří se rozhodli k odchodu velmi rychle nebo utekli.

Z těchto výsledků je patrné, že TKDZ v Nové Vsi ve většině případů naplňuje základní léčebné kontinuum.

#### **3.3.2 Hodnocení efektivity podle splňování základních faktorů terapeutického procesu**

Aby mohl probíhat efektivní terapeutický proces je potřeba naplnit i filosofii programu, která vychází z 15 faktorů (Kalina, 2000). S nimi jsem se měli možnost podrobně seznámit v teoretické části. Nyní si ukážeme jakým způsobem splňuje tyto složky TKDZ v Nové Vsi.

##### *1. Bezpečné prostředí pro růst*

Komunita v Nové Vsi chrání v první fázi klienty před kontaktem s vnějším světem, čímž zabraňuje kontaktu s lidmi aktuálně užívajícími drogy.

V komunitě je zakázáno užívání návykových látek. V případě, že se v komunitě ocitne člověk pod vlivem drog, tak je z komunity vyloučen. Stejně je tomu i v případě, když někdo do komunity drogu donese. Určitou ochranou je i vstupní izolace kterou absolvují nově příchozí klienti.

Členové terapeutického týmu jsou vázáni povinnou mlčenlivostí. Bez vědomí a souhlasu klienta nikomu jinému nic nesdělují.

V komunitě platí pravidlo, že vše co se odehrává na skupině zůstává mezi členy společenství.

## *2. Jednotná filosofie programu*

Filosofie programu je jednotná a srozumitelná všem členům. Filosofie programu v TKDZ se opírá o individuální přístup ke všem klientů. Cílem je změna životního stylu lidí, kteří zneužívali návykové látky. Klienti se z filosofií programu mohou seznámit před nástupem do TKDZ.

## *3. Terapeutická struktura*

Komunita v Nové Vsi má ustanovena základní klíčová pravidla a celou řadu dílčích pravidel. Ta jsou podrobně vysvětlena a jsou vyvěšena na společné nástěnce.

Struktura programu je přesně rozčleněná a všechny aktivity a jejich přínos je klientům vysvětlen.

Komunita umožňuje dělat klientům chyby. Klienti mají možnost učit se nové věci prostřednictvím interakci ve skupině a sociálního učení. Komunita vede klienty k samostatnosti a odpovědnosti. Tyto schopnosti si mohou klienti vyzkoušet při plnění individuálního plánu, vykonávání funkcí samosprávy a při plnění povinností pro jednotlivé stupně pobytu.

## *4. Rovnováha mezi demokracií, terapií a autonomií*

Komunita v Nové Vsi umožňuje všem členů právo rozhodovat o společných záležitostech. V některých případech má konečné slovo tým. Některé věci jsou neměnné (např. povinná účast na programu, klíčová pravidla).

Klienti se musí účastnit všech společných aktivit.

## *5. Sociální učení prostřednictvím sociální interakce*

V komunitě není nikdo izolován. Klienti jsou vtaženi do sociálních interakcí které se odehrávají při práci, na skupině, ale i ve volném čase. Klienti dostávají informace o svém chování a postojích na skupinách nebo prostřednictvím individuální terapie.

Rozfázování pobytu umožňuje klientům v TKDZ postupně přebírat odpovědnost za své chování a chování druhých.

Klienti ve vyšších fázích slouží jako model pro klienty z nižších fází (např. skupiny třetích fází).

## *6. Učení prostřednictvím krizí*

Klienti v TKDZ mohou procházet mnohými krizemi v souvislosti se změnami které v komunitě podstupují. Nejčastěji bývají krize spojené s neujasněným náhledem na abstinenci, při konfrontaci klientova očekávání od budoucnosti s životní realitou mimo komunitu, při výskytu chutí na drogy nebo uvědomění si svých chyb.

Klienti mají v TKDZ možnost řešit krizové situace pomocí mimořádných skupin nebo individuálním rozhovorem.

Klienti jsou v TKDZ oceňováni za odvalu sdělovat nepříjemné pocity a obavy. Dostávají možnost krizi řešit a posouvat se dál ve svém osobnostním růstu.

## *7. Terapeutický dopad všech aktivit na komunitu*

Program v TKDZ zajišťuje klientům aby si vyzkoušeli rozličné role. Během dne se střídají různé aktivity (práce, psychoterapie, odpočinek) a jsou rovnoměrně rozdělené do celého dne. V TKDZ se klienti podílejí na zajištění chodu domu a učí se spolupracovat s ostatními klienty a týmem. Z této spolupráce vychází celá řada setkání, výměn názorů a možností kooperace, které vedou ke zvyšování sociálního učení klientů.

## *8. Zodpovědnost rezidentů za svoje chování*

Klienti v TKDZ jsou vedeni k tomu aby si uměli říct o pomoc a svojí pomoc uměli nabídnout. Přiznání chyby klienta není důvodem k snižování jeho schopností, ale umožňuje mu práci na sobě. Od klientů ve vyšších fázích pobytu se v TKDZ očekává vyšší míra odpovědnosti. Musí plnit celou řadu úkolů a mají na starosti i klienty z nižších fází programu.

Pokud klient nesplní nějaký úkol nebo poruší některé z pravidel nese za své chování odpovědnost. Je potrestán sankcí která odpovídá míře přestupku.

## *9. Zvyšování sebehodnocení cestou vlastního přičinění*

V TKDZ si klient své sebevědomí může zvyšovat plněním úkolů v individuálním plánu. Tímto způsobem se učí překonávat překážky vedoucí ke splnění jeho předsevzetí. Mnohým klientům pomáhá, když mohou být vzorem pro klienty v nižší fázi pobytu.

#### 10. *Zvnitřnění pozitivního žebříčku hodnot*

TKDZ nabízí klientům nabídku pozitivních hodnot, které si může dosadit do svého žebříčku. Klienti jsou vedeni k novým způsobům chování, učí se vyslovovat a přijímat kritiku, učí se řešit problémy jinými způsoby než útekem. Klienti tak mohou měnit své zažité vzorce chování na které byli zvyklí.

#### 11. *Konfrontace*

Konfrontace se odehrává v komunitě na mnoha místech a různými způsoby. TKDZ dává možnost vzájemné konfrontaci mezi klienty a členy týmu. Například při skupinovém setkávání, při práci, ale i ve volném čase.

#### 12. *Pozitivní tlak vrstevníků*

V TKDZ se zcela využívá vzájemné působení vrstevníků na jedince. Klient je konfrontován s chováním svých vrstevníků a učí se jejich chování přijímat nebo kritizovat. Sám si z těchto konfrontací vždy přináší nová poznání.

Klienti velmi často čerpají ze zkušeností ostatních členů skupiny. Ukazuje se, že vliv vrstevníků je mnohem důležitější než vliv členů týmu.

#### 13. *Učení porozumět sobě samému a vyjádřit emoce*

Emoce a jejich prožívání jsou v TKDZ na denním pořádku. Klienti se mohou o svoje pocity podělit na skupinovém sezení. Učí se své emoce rozeznávat a pojmenovávat. Mají možnost učit se přijímat a vyslovovat pozitivní emoce.

Emocím je věnovaná i oblast individuálního plánu.

#### 14. *Změna negativních postojů k životu v postoje pozitivní*

TKDZ a její program umožňuje klientům dospět a najít svoji vlastní identitu. Klienti mají možnost projít si dospíváním a následnou separací z komunity. Někteří si teprve v komunitě uvědomují jací jsou a kam směřují.

Mají možnost přijmout sebe samé i s chybami nebo odlišnostmi od ostatních. Prostřednictvím druhých členů dostávají nové zprávy o svých kvalitách kterých lze využít v následujícím životě.

### 15. *Zlepšení vztahů s původní rodinou*

Klientům v TKDZ je doporučen kontakt s rodinou již na začátku léčby. Nejprve se jedná o kontakt písemný a pak se přechází na osobní kontakty. V komunitě probíhají i terapeutické aktivity které se věnují práci s rodinou.

Terapeutická komunita v Nové Vsi se řídí základními faktory efektivní léčby a snaží se je plnit podle svých možností a schopností terapeutického týmu. K většímu rozvoji některých faktorů došlo až v pozdějších letech rozvoje TKDZ. Například práce s rodinou se ze začátku omezovala pouze na písemný kontakt a na jednodenní návštěvy rodinných příslušníků. Dnes se v komunitě odehrávají společné skupiny rodičů s dětmi a několikadenní pobyty rodičů v komunitě.

Stejně tak se vyvíjela i společná práce klienta a jeho garanta.

Komunita V Nové Vsi byla a je, podle mého názoru, v hodnocení efektivity péče v jednotlivých oblastech základních léčebných faktorů úspěšná.

Přínosem pro zpětnou vazbu terapeutům v TKDZ by byl kvalitně vedený výzkum, který by se mohl zaměřit na život klientů po skončení pobytu v komunitě.

## 4 Závěr

Cílem mé práce bylo seznámit veřejnost s činností Terapeutické komunity v Nové Vsi, poukázat na možnosti komunitní práce a na způsoby hodnocení efektivity léčby.

Teoretická část obsahovala seznámení s problematikou závislosti na návykových látkách. Pozornost byla zaměřena na důvody vzniku závislosti a následky které drogová závislost přináší. Dále byly představeny alternativy léčby drogově závislých klientů. Podrobněji jsme se věnovali vzniku a vývoji terapeutických komunit u nás i ve světě. Byly vysvětleny základní faktory terapeutické komunity a léčebný program. Zvláštní prostor byl věnován možnostem vypadnutí klientů z léčebného procesu a způsobům které by časné odchody odvrátily. V závěru teoretické části jsem se seznámil se způsoby hodnocení efektivity léčby.

Na teoretickou část plynule navazovala část praktická. V praktické části jsme se zaměřili na činnost terapeutické komunity v Nové Vsi u Chrastavy. Seznámili jsme se základní filosofií programu, denním harmonogramem, pravidly komunity a jednotlivými fázemi pobytu. Byl představen individuální plán klienta a jeho jednotlivé složky. V závěru práce jsme se zabývali efektivitou léčby v TKDZ. Tu jsme mohli sledovat z několika úhlů pohledu. Snahou bylo zjistit do jaké míry je léčba v TKDZ úspěšná a efektivní.



## 5 Seznam použitých zdrojů

- BAŠTECKÁ, B. – GOLDMAN, P. 2001. *Základy klinické psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-550-4.
- CÍSAŘOVÁ, P. 2001. Trendy v péči o drogově závislé. *Psychologie dnes*, 2001, roč. 7, č. 7–8, s. 28–30. ISSN 1211-5886.
- HARTL, P. 1997. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997. ISBN 80-85850-45-1.
- HARTL, P. – HARTLOVÁ, H. 2000. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.
- KALINA, K. 2000. *Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí: příručka pro poskytovatele, manažery a administrátory*. 1. vyd. Praha, 2000.
- KALINA, K. et al. 2001. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. 1. vyd. Praha: Filia Nova, 2001. ISBN 80-238-8014-4.
- KENNARD, D. 1998. *An introduction to therapeutic communities*. 2nd ed. London: Jessica Kingsley Publishers, 1998. ISBN 1-85302-603-4.
- KOOYMAN, M. 1993. *The therapeutic community for addicts. Intimacy, parents involvement and treatment succes*. Amsterdam: Swets en Zeitlinger, 1993. ISBN 90-265-1358-5.
- KRATOCHVÍL, S. 1995. *Skupinová psychoterapie v praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 1995. ISBN 80-85824-20-5.
- MIOVSKÝ, M. 2003. *Vyjádření k článku uveřejněném v časopise Reflex č.1/2003 „Dobrý pastýř nečeká“ Strana 26-29*. [Dopis ze dne 14. února 2003]. Brno 2003. Psychologický ústav Akademie věd České republiky. Ředitel: Doc. PhDr. Ivo Čermák, CSc.
- NEŠPOR, K. 2000. *Návykové chování a závislost*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-432-X.
- NEŠPOR, K. – CSÉMY, L. 1996. *Léčba a prevence závislostí*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. ISBN 80-85121-52-2.
- RABOCH, J. – ZVOLSKÝ, P. a kol. 2001. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. ISBN 80-7262-140-8.
- RICHTEROVÁ-TĚMÍNOVÁ, M. – ADAMEČEK, D. – KALINA, K. 2003. *Rezidenční léčba v terapeutických komunitách*. In Kalina, K. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha, v tisku.

RÖHR, H. 2003. *Hraniční porucha osobnosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-724-8.

SOCHŮREK, J. 2001. *Vybrané kapitoly ze sociální patologie. 2. díl: sociálně patologické jevy*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2001. ISBN 80-7083-495-1.

*Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2002. Dostupné z URL <<http://www.mzcr.cz>>.

VÁGNEROVÁ, M. 1999. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9.

## Příloha 1: Spoluspráva klientů

Komunitní spoluspráva klientů a pravidla pro jednotlivé funkce  
Níže uvedené funkce se mohou během pobytu i několikrát opakovat.

### Pán domu

Funkční období je tři týdny a tuto funkci zajišťují klienti druhého stupně. Pán domu odpovídá za účelný, hospodárný a bezpečný chod celého domu. Každý večer projednává s týmem náplň práce na následující den. Rozděluje práci mezi ostatní klienty. Kontroluje úroveň odvedené práce. V případě potřeby navrhuje sankce ostatním klientům.

vede ranní komunitu.

Má na starosti klíč od komunitní místnosti a po skončení aktivit ručí za jeho vrácení terapeutům.

Během svého funkčního období nedoprovází klienty v nižších fázích k lékaři či jinam.

### Kuchař

Období funkce je tři týdny a zajišťují ho klienti druhého stupně.

Kuchař se řídí podrobnými pokyny pro kuchaře, které má v kuchyni.

Má na starosti ranní buzení ostatních klientů. Nemusí se účastnit rozcvičky.

Kuchař zodpovídá za stav a vzhled kuchyně a za inventář, který přebíral od předchozího kuchaře.

Má na starosti organizaci práce v kuchyni a ukládá práci svému pomocníkovi.

### Pomocník kuchaře

Funkční období trvá dva týdny, jedná se o funkci pro klienty prvního stupně.

Pomocník vypomáhá v kuchyni hlavně dopoledne a řídí se pokyny kuchaře.

Odpoledne je zapojen do pracovního bloku mimo kuchyň.

### Zvoník – gongman

Funkční období je týden a funkci zajišťují klienti prvního stupně.

Zvoník oznamuje bouchnutím do gongu začátky jednotlivých aktivit.

### Vajglman

Funkční období je týden, je to funkce pro první stupeň.

Jeho povinností je úklid kuřárny a vynášení popelníků. Uklízí nedopalky po celém areálu komunity.

### Ranní rozehříváč – předcvičující

Rozehříváče určuje pán domu. Předcvičující má na starosti průběh rozcvičky.

Každý den to může být jiný klient.

### Psovod

Funkční období trvá jeden týden a zajišťují ho klienti druhého stupně, výjimečně klienti stupně prvního.

Psovod pečuje o komunitního psa, zodpovídá za jeho pravidelné venčení, vodí ho během společných výletů, stará se o čistou kotce, dohlíží na správné krmení a zajišťuje stálý přístup psa k vodě, a to v kotci i domě.

#### Chovatel

Funkční období je jeden týden, funkci zajišťují všechny fáze.

Chovatel se stará o chov hospodářského zvířectva během dne. Součástí funkce je běžný úklid kolem domu (tj. úklid sněhu a listí).

#### Sprchař

Funkční období je jeden týden, je to funkce pro všechny fáze.

Zodpovídá za úklid sprch. Uklizenou sprchu předává denně pánovi domu, nejpozději do večerky. Funkci vykonávají vždy dva klienti, jeden pro mužskou a jeden pro ženskou sprchu.

#### Schodař

Funkce trvá jeden týden, funkce pro všechny fáze. Uklízí večer schodiště a botárnu.

Plnění funkcí kontroluje pán domu a tým. Klient který má funkci na starosti zodpovídá ze to, že bude v jeho nepřítomnosti za něho zajištěna náhrada. Například v případě víkendového výjezdu. Kuchařům se umožňuje během funkce pouze jeden výjezd. V případě nemoci se klientovi funkce přeruší a po skončení nemoci znovu do funkce nastupuje.

Pokud klienti své funkce neplní důsledně a podle pravidel, tak jim mohou být jejich funkční období prodloužena.

Plnění jednotlivých funkcí umožňuje klientům vyzkoušet si svojí schopnost pracovat, posiluje jejich sebedůvěru a samostatnost a vede k odpovědnosti.

Příloha 2: Denní program

## DENNÍ PROGRAM

	<b>PONDĚLÍ</b>	<b>ÚTERÝ</b>	<b>STŘEDA</b>	<b>ČTVRTEK</b>	<b>PÁTEK</b>	<b>SOBOTA</b>	<b>NEDĚLE</b>
6.30	budíček	budíček	budíček	budíček	budíček	volno	volno
6.45	rozevička	rozevička	rozevička	rozevička	rozevička		
7.00	úklid pokojů	úklid pokojů	úklid pokojů	úklid pokojů	úklid pokojů		
7.30	snídaně	snídaně	snídaně	snídaně	snídaně	budíček 7.45: rozevička	
8.00	ranní komunita	ranní komunita	ranní komunita	ranní komunita	ranní komunita	8.30: snídaně	8.00–10.00 snídaně
9.00	volno	volno	volno	volno	volno	ranní komunita	volno
9.15	pracovní blok	pracovní blok	pracovní blok	pracovní blok	pracovní blok	9.30: výlet či jiný program	
10.45	volno	volno	volno	volno	volno		
11.00	pracovní blok	pracovní blok	pracovní blok	pracovní blok	pracovní blok		
12.00	volno	volno	volno	volno	volno		
12.30	oběd	oběd	oběd	oběd	oběd	13.00 oběd <sup>1</sup>	13.00 oběd
13.30	skupina	skupina	14.00: sportovní odpoledne	skupina	hodnotící skupina	výlet či jiný program	volno
15.00	volno	volno	15.30 volno	volno	15.30 volno		
15.30	pracovní blok / technika / skupina pro muže nebo pro ženy	pracovní blok	16.00 vzdělávací lekce	pracovní blok	15.45 úklid pokojů		
17.30	volno	volno	volno	volno	16.45: relaxace		
18.00	večeře	večeře	večeře	večeře	večeře	18.30 večeře	večeře
20.00	klub terapeutů	skupina 1. fázi <sup>2</sup>	skupina 3. fázi <sup>3</sup>	samořídící skupina	volno	klub klientů	nedělní posezení
21.00	rozloučení (asi 15 minut)	rozloučení	rozloučení	rozloučení	rozloučení	rozloučení	rozloučení
22.30	večeřka	večeřka	večeřka	večeřka	volno	volno	večeřka
24.00					večeřka	večeřka	

<sup>1</sup> často mimo objekt komunity

<sup>2</sup> účastní se jí pouze klienti v první a nulté fázi programu

<sup>3</sup> účastní se jí všichni klienti

