

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie – navazující magisterské studium

ID studijního oboru: N 5345



Bc. Pavlína Bíliková

Sex a partnerský vztah v terapeutické komunitě

Sex and partnership in the therapeutic community

Diplomová práce

Vedoucí práce: doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina CSc.

Praha, 2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze,

Pavλίna Bíliková

.....

Identifikační záznam:

Bíliková, Pavlína. Sex a partnerský vztah v terapeutické komunitě. [Sex and partnership in the therapeutic community]. Praha, 2014. 76 stran, 3 přílohy. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina CSc..

Poděkování

Mé největší poděkování patří zejména doc. MUDr. PhDr. Kamilovi Kalinovi za odborné vedení práce, pomoc při sběru dat a drahocenné připomínky k obsahu práce. Dále bych ráda poděkovala za vstřícnost a spolupráci všem terapeutickým komunitám a jejich terapeutům, jež si na mě i přes svou pracovní vytiženost našli čas. Děkuji též svému manželovi Ing. Borisovi Bílikovi za trpělivost, podporu, inspirující rozhovory a textovou korekturu, v neposlední řadě svojí sestře Mgr. Elišce Královec Černé za sdílené zkušenosti a užitečné rady.

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Jméno: Pavlína Bíliková

Obor: Adiktologie

Vedoucí práce: doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina CSc.

Počet stran: 76

Název diplomové práce: Sex a partnerský vztah v terapeutické komunitě

Abstrakt diplomové práce:

Východiska: Terapeutické komunity pro uživatele drog formulují v zájmu zajištění bezpečného prostředí pro své klienty tzv. kardinální pravidla. Následkem porušení těchto pravidel bývá vyloučení člena komunity. Mezi kardinální pravidla je řazeno i pravidlo zakazující sex či partnerský vztah mezi členy komunity. O pojetí tohoto pravidla a jeho konkrétním obsahu se v odborných kruzích stále aktivně diskutuje. Východiskem diplomové práce jsou nejasnosti ve formulaci daného pravidla, v jeho obsahu, klasifikaci a způsobu využití.

Cíl: Cílem práce je posouzení a hodnocení podstaty pravidla zakazujícího sex a vztah v komunitě z pohledu terapeutů českých komunit pro uživatele drog. Zmapování současného stavu interpretace daného pravidla a způsobu jeho využití v českých terapeutických komunitách.

Použité metody: V teoretické části práce je využívána analýza dokumentů. Výzkumnou část tvoří kvalitativní studie. Data byla získána ohniskovými skupinami s terapeuty českých komunit. Následně byla analyzována za použití paradigmatického modelu.

Výzkumný soubor: Výzkumný soubor tvořilo 5 terapeutických komunit a celkem 15 terapeutů.

Výsledky: Za nejzásadnější zjištění lze považovat rozpor ve formulaci pravidla a následné aplikaci. Postoje terapeutů k pravidlu jsou jasně pozitivní, avšak k samotnému sexu či vztahu v komunitě ambivalentní či negativní. Klíčové jsou předpokládané kontraindikace sexu a vztahu v komunitní léčbě, které ovlivňují a značně omezují terapeutické intervence.

Diskuze a závěry: Většina zjištěných výsledků je v souladu s dostupnou literaturou uváděnou v teoretické části práce. Pravidlo v komunitách není příliš jasně formulováno a jeho aplikace bývá zpravidla směřována k prohibici sexu a vztahu v komunitě, až na jedinou výjimku z participujících komunit. V té je pravidlo pojato regulační formou s jasně vymezenými podpůrnými intervencemi a upřesňujícími pravidly. Srovnání efektivity

pravidla v komunitách s takto odlišným přístupem by mohlo být námětem k dalšímu zkoumání.

Klíčová slova: sexualita, vztah, partnerství, léčba závislosti, terapeutická komunita, pravidla

MASTER'S DISSERTATION ABSTRACT

Name: Pavlína Bíliková

Field of study: Addictology

Supervisor: doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina CSc.

Number of pages: 76

Name of dissertation: Sex and partner relationship in therapeutic community

Master's dissertation abstract

Presumptions: Therapeutic communities for drug users define the so-called cardinal rules for their clients in order to ensure their safe environment. In case of breaching these rules the client is usually expelled from the community. One of these cardinal rules is the one prohibiting sex or partner relationship between members of community. There is an active discussion amongst specialist about its conception and exact content. The presumptions of this dissertation are the ambiguities in the conception of the rule, its content, classification and ways of use.

Aims: The aim of this work is the analysis and evaluation of the nature of the rule prohibiting sex and relationship in communities from the point of view of therapists from Czech communities for drug users. Furthermore, the author aims to map the contemporary state of interpretation of the given rule and the way of its use in Czech therapeutic communities.

Methods used: The theoretical part of this work uses document analysis. The practical part is constituted by a qualitative study. The data were acquired by focal groups with therapists from Czech communities. They were then analysed by using paradigm model.

Data sample: The data sample was constituted by 5 therapeutic communities and 15 therapists in total.

Outcomes: The most fundamental finding is the contradiction between the formulation of the rule and its later application. The attitudes of the therapists towards the rule are clearly positive, however they are ambivalent or negative in case of sex or relationship itself within the community. The assumed contraindications to treatment which would lead to sex or a relationship within community are key, as they influence and significantly reduce therapeutic interventions when breaching the rule.

Discussion and conclusions: Majority of acquired outcomes is in compliance with the literature mentioned in the theoretical part of this dissertation. The rule is not clearly formulated within communities and its application is usually aimed at prohibition of sex and relationships in the community, except one case from the participating communities. In this

case, the rule is conceived by a regulatory form with clearly defined auxiliary interventions and specifying rules. Comparing the effectiveness of this rules in communities with such different approach could serve as a ground for further research.

Key words: sexuality, relationship, addiction treatment, therapeutic community, rules

Obsah

1 ÚVOD	11
2 O SEXU A LIDSKÉ SEXUALITĚ	12
2.1 VYMEZENÍ POJMŮ.....	12
2.2 SEX A INTIMITA V KONTEXTU LIDSKÝCH POTŘEB	12
2.3 SEXUALITA UŽIVATELŮ DROG	14
3 PARTNERSKÝ VZTAH	15
4 TERAPEUTICKÉ KOMUNITY	16
4.1 VYMEZENÍ POJMU.....	16
4.2 HISTORICKÝ PRŮŘEZ VÝVOJEM TERAPEUTICKÝCH KOMUNIT	17
4.2.1 <i>Demokratické terapeutické komunity</i>	17
4.2.2 <i>Hierarchické terapeutické komunity</i>	19
4.3 TERAPEUTICKÁ KOMUNITA PRO DROGOVĚ ZÁVISLÉ V ČESKÉ REPUBLICE.....	20
4.3.1 <i>Vznik a vývoj terapeutických komunit v České republice</i>	20
4.3.2 <i>Legislativní rámec českých terapeutických komunit</i>	21
4.4 TÝM TERAPEUTICKÉ KOMUNITY	21
4.5 PSYCHOTERAPEUTICKÝ PROCES V TERAPEUTICKÉ KOMUNITĚ	22
4.5.1 <i>Fáze léčby v terapeutické komunitě</i>	23
4.5.2 <i>Psychosociální vývoj jedince dle Erika Eriksona</i>	24
4.5.3 <i>Psychosociální vývoj jedince v terapeutické komunitě</i>	25
5 NORMY V TERAPEUTICKÉ KOMUNITĚ	26
5.1 ZÁKAZ SEXUÁLNÍCH, EROTICKÝCH A PARTNERSKÝCH VZTAHŮ MEZI KLIENTY TERAPEUTICKÉ KOMUNITY – PŮVOD PRAVIDLA	29
5.2 SMYSL PRAVIDLA ZÁKAZ SEXU A PARTNERSKÝCH VZTAHŮ	30
6 SEXUALITA V TERAPEUTICKÉ KOMUNITĚ	32
6.1 SEXUÁLNÍ CHOVÁNÍ KLIENTŮ TERAPEUTICKÉ KOMUNITY	32
6.2 SEXUÁLNÍ TÉMATA NA SKUPINÁCH V TERAPEUTICKÉ KOMUNITĚ	33
7 VÝZKUMNÁ ČÁST	35
7.1 CÍL VÝZKUMU	35
7.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	35
7.3 TYP STUDIE	36
7.4 VÝZKUMNÝ SOUBOR	36
7.5 METODY TVORBY DAT.....	37
7.5.1 <i>Struktura ohniskových skupin</i>	38
7.6 METODY ZPRACOVÁNÍ DAT	39

7.6.1 Využití počítačového softwaru ke zpracování dat	39
7.7 ANALÝZA DAT	39
7.7.1 Transkripce.....	39
7.7.2 Otevřené kódování.....	40
7.7.3 Axiální kódování.....	40
7.7.4 Selektivní kódování.....	40
7.8 LIMITY STUDIE	40
7.9 ETIKA	40
8 VYHODNOCENÍ.....	41
8.1 SEXUALITA KLIENTŮ TERAPEUTICKÝCH KOMUNIT	42
8.2 KONTRAINDIKACE SEXU A VZTAHU V TERAPEUTICKÉ KOMUNITĚ.....	44
8.3 VZTAH A SEX V TERAPEUTICKÉ KOMUNITĚ	50
8.4 PRAVIDLA VĚNOVANÁ SEXU A VZTAHU V TERAPEUTICKÉ KOMUNITĚ	53
8.5 TERAPEUTICKÉ INTERVENCE	55
8.6 EFEKTIVITA PRAVIDLA REGULUJÍCÍHO SEX A EXKLUZIVNÍ VZTAH V KOMUNITĚ	58
8.7 SCHÉMA PARADIGMATICKÉHO MODELU	61
.....	63
9 DISKUZE	64
10 ZÁVĚR	69
11 POUŽITÉ ZDROJE	71
12 PŘÍLOHY	76

1 Úvod

Terapeutické komunity spadají do systému adiktologických služeb. Poskytují střednědobou a dlouhodobou léčbu závislosti. V zájmu zajištění bezpečí jsou v komunitách formulována tzv. kardinální pravidla, jež zakazují určité chování v komunitě. Porušení těchto pravidel vede k vyloučení člena komunity. K těmto pravidlům se řadí i zákaz sexu a partnerského vztahu mezi členy komunity. Nejvíce rozporuplné pravidlo, o němž odborníci již několik desetiletí polemizují. Vždyť sex a vztahy jsou součástí lidské přirozenosti a jejich omezení by se mohlo jevit jako omezení základních lidských práv a potřeb. Co vše je součástí onoho pravidla, jež se snaží normovat vztahy v komunitě a eliminovat sexuální interakce klientů?

Sex a partnerský vztah jsou pojmy velice intimní, mající pro každého individuální význam. Oba tvoří náplň lidské sexuality, jež má obdobně jako syndrom závislosti bio-psycho-socio-spirituální základ. Drogy zásadním způsobem ovlivňují lidskou sexualitu. Jedná se o životní oblast, jež by neměla být v rámci léčby závislosti opomíjena. Naopak by jí měla být věnována zvýšená pozornost, vždyť sex a vztah do určité míry naplňují náš život a tvoří jej šťastným.

V teoretické části předkládané práce jsou nejprve vymezeny základní pojmy v podobě sexu a partnerského vztahu v kontextu lidské sexuality. Následuje část věnovaná terapeutickým komunitám, jejich vývoji, základním principům a normám. V závěrečných kapitolách jsou obě témata provázána a zkonfrontována s dostupnou odbornou literaturou.

Výzkumná část se zaměřuje na aktuální pojetí daného pravidla v českých terapeutických komunitách. Prostřednictvím dat z ohniskových skupin s terapeuty je evaluována interpretace pravidla a způsob jeho využití v českých terapeutických komunitách. Mapovány jsou konkrétní terapeutické intervence uplatňované v této oblasti. Zároveň je pozornost zaměřena i na preventivní opatření věnované oblasti sexu a intimních vztahů. Současně je sledován i postoj terapeutů, jakožto expertů na předkládané téma. Zjištěné poznatky jsou prezentovány formou paradigmatického modelu uspořádaného do jednoduchého schématu.

2 O sexu a lidské sexualitě

2.1 Vymezení pojmů

Pro mnohé z nás je pojem sex pouhým synonymem k pohlavnímu styku, jiní do své představy o sexu zahrnují mnohem více. Nicméně termín sex pochází z latinského slova *sexus*, které v překladu znamená pohlaví (Borneman, 1990).

Světová zdravotnická organizace ve své pracovní definici popisuje sex jako soubor biologických charakteristik, dle nichž můžeme lidi rozdělit na muže a ženy, avšak tyto kategorie se vzájemně nemusí vylučovat. Vychází tedy z latinského původu slova, ale v další části definice podotýká, že obecně je termín sex v mnoha jazycích používán spíše k označení sexuální aktivity, než k rozlišení pohlaví (WHO, 2014). Co všechno spadá mezi sexuální aktivity, definice nijak nevymezuje. Dle Weise (2010) se jedná o variabilní projevy člověka, jež pramení v lidské sexualitě.

Sexualita se stává v průběhu života člověka ústředním aspektem lidského bytí. Zahrnuje pohlaví, genderovou identitu a role, sexuální orientaci, erotiku, potěšení, intimitu a reprodukci. Sexualita může být prožívána a vyjadřována v myšlenkách, fantaziích, touhách, důvěře, postojích, hodnotách, chování, praktikách, rolích a vztazích. Ovlivňují ji interakce faktorů biologických, psychologických, sociálních, ekonomických, politických, kulturních, etických, právních, historických, náboženských a duchovních (WHO, 2014).

V rámci předkládané diplomové práce pod pojmy sex a sexuální aktivita budou míněny jakékoliv projevy sexuality v chování člověka.

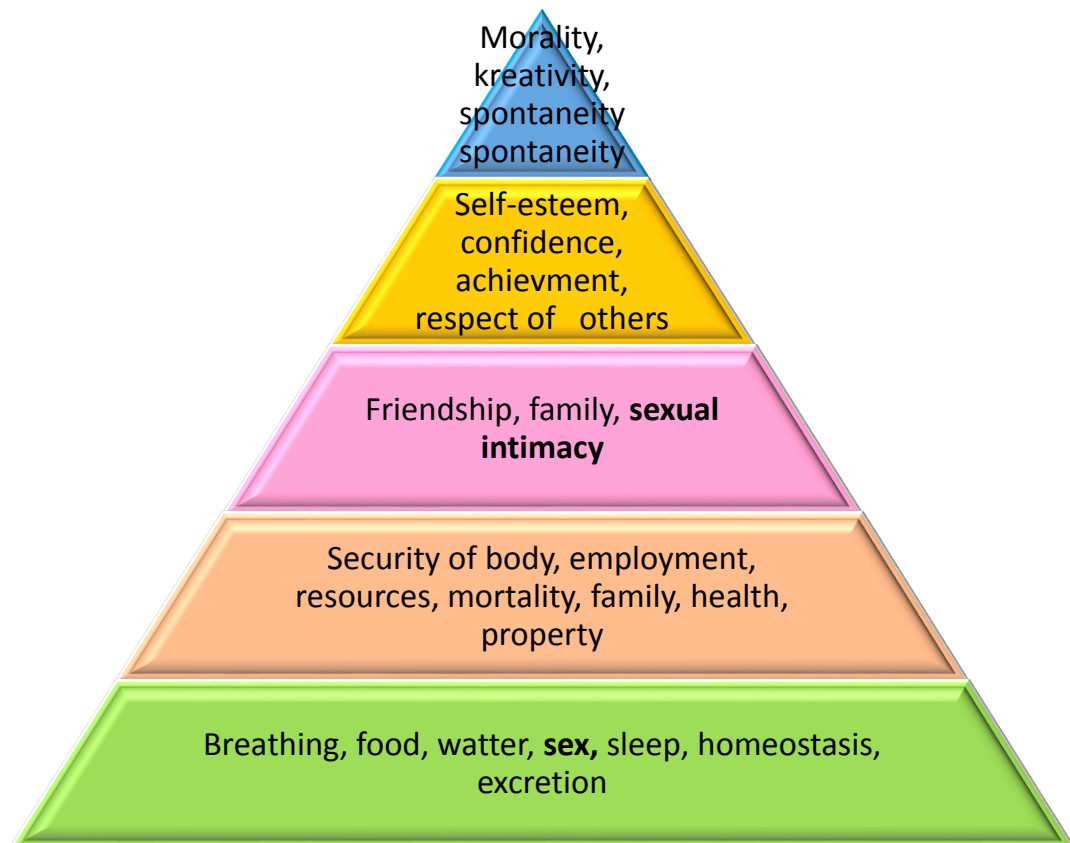
2.2 Sex a intimita v kontextu lidských potřeb

Vzrušení a orgasmus patří k nejsilnějším lidským emocím, jež jsou těžko jinak dosažitelné (Kratochvíl, 2012). Sexuální aktivity směřující k dosažení orgasmu a následně orgasmus samotný přináší člověku libost obdobně jako užívání drog. O závislosti se v odborných kruzích hovoří jako o libostní poruše. Pokud se jedná o nutkavou potřebu získat libost co nejrychleji a nejjednodušeji, bez ohledu na druhé a schopnosti odkladu uspokojení v čase můžeme v kontextu sexu a užívání drog spatřovat jistou paralelu ve způsobu dosahování libosti (Dvořáček, 2011). V tomto případě se sex stává pro jedince i jeho okolí, obdobně jako užívání návykových látek, rizikový. Pokud člověk dokáže svou potřebu sexu v čase odložit, vnímá potřeby druhého a svým sexuálním chováním nikomu neubližuje, stává se sex zdraví prospěšný. Můžeme jej považovat za významnou životní hodnotu nikoliv však tu nejvyšší, ale ani ne tu nejnižší (Kratochvíl, 2012).

O sexu se často mluví jako o základní lidské potřebě dle teorie motivace A. Maslowa. Maslow lidské potřeby hierarchicky uspořádal do pyramidy. Vyšší potřeby, nacházející se

blíže k vrcholu pyramidy (viz Diagram 1), dle něj nemohou být uspokojeny, pokud nejsou naplněny potřeby nižší (Kučera, 2013). I přesto, že Maslow poměrně výstižně ve své pyramidě ilustruje a vysvětluje základní motivy, které ovlivňují chování lidí ve společnosti, setkal se s řadou kritiky vyvracející paušální využití hierarchie (Plháková, 2006).

Záměrně je předkládán anglický originál Maslowovy pyramidy, kde je vhodné upozornit na potřebu sexu, která se nachází v první etáži spolu s fyziologickými potřebami, ovšem sexuální intimita (sexual intimacy) je řazena až do 3. etáže.



Intimita vyjadřuje vztah, interakci mezi dvěma osobami, jež si vzájemně důvěřují, sdílejí vlastní emoce, vzájemně se vnímají a bezpodmínečně přijímají (Moiser, 2006). Jedná se o určitou blízkost, jež může být prožívána v sexuálních aktivitách, ale i mimo ně. Posiluje vztah sám k sobě i k ostatním. Bez intimity dochází v sexuálních aktivitách k „pouhému“ vybití vlastního vzrušení a napětí, ze sexuální interakce se tak stává masturbace (Frankl, 1994).

Z výše uvedeného bychom mohli vyvozovat, že sex v první etáži Maslowovy pyramidy představuje právě potřebu vybití vlastního vzrušení, napětí ať již prostřednictvím masturbace či sexuální interakce mezi lidmi, avšak bez ohledu na druhého a jeho potřeby. Jinou variantou je potřeba sexu ve smyslu reprodukce vycházející z biologické podstaty člověka.

Sexuální intimita řazená do 3. etáže má význam mnohem širší. Vlastní sexuální uspokojení a rozmnožování má v tomto kontextu až druhořadou roli. Základním aspektem je vztah k sobě samému, k vlastnímu tělu a k ostatním.

2.3 Sexualita uživatelů drog

Užívání návykových látek ovlivňuje vnímání a prožívání reality, zákonitě má tedy určitý vliv i na sexualitu člověka. O stimulancích se tvrdí, že zvyšují libido a sexuální spokojenost, naopak marihuana a opiáty snižují motivaci k sexu a možnost dosažení orgasmu. Obecně lze říci, že pokud je návyková látka užitá v menším množství, může uvolnit zábrany a zintenzivnit prožívaný sexuální zážitek. Naopak pokud je užitá ve větším množství snižuje motivaci k sexu a schopnost dosažení orgasmu (Bruno, Scimeca, Marino et al., 2012).

V průběhu roku 2007 – 2008 proběhl v České republice výzkum zaměřený na sexualitu u problémových uživatelů pervitinu a subutexu. Výsledky tohoto šetření poukázaly na odlišnost sexuálního života uživatelů drog od běžné populace v oblasti sexuálních dysfunkcí v kontextu kvality sexu a rizikového sexuálního chování (Žáková, 2011).

Dle Žákové (2011) významnou roli v této odlišnosti nehraje ani tak konkrétní užívaná látka, ale spíše životní styl a samotný abúzus u uživatelů drog. Dlouhodobé užívání návykových látek zapříčiňuje široké spektrum sexuálních poruch jako je např. impotence, neschopnost ejakulace či předčasná ejakulace, bolestivý sex nebo snížený sexuální apetit.

Při srovnání uživatelů drog s běžnou českou populací se u uživatelů drog častěji objevují pohlavně přenosné nemoci, zkušenosti s prostitucí (v roli sex. pracovníka/pracovnice i v roli zákazníka), pohlavním zneužitím a znásilněním¹ (Justynová, 2011). V psychoterapii se zkušenost s pohlavním zneužitím či znásilněním považuje za jedno z nejtěžších psychických traumat, jež má velmi negativní vliv na psychický vývoj jedince. Objevují se obtíže v postoji k sexu a ve vnímání a prožívání vlastní sexuality. Nemůžeme se tedy divit, že uživatelé drog oproti běžné populaci nemají zcela jasno ve vlastní sexuální orientaci, mají více zkušeností se sexem s osobou stejného pohlaví a ve větším procentu se cítí bisexuálně orientovaní (Žáková, 2011). Výsledky české studie jsou v souladu se zahraničními výzkumy (Bruno, Scimeca, Marino et al., 2012).

Poměrně velká část výzkumů je věnována sexualitě uživatelů drog v oblasti biologické ve smyslu sexuálních dysfunkcí, rizikového sexuálního chování a trestněprávního v podobě

¹Z dotazovaných respondentek byla polovina za svůj život alespoň jedenkrát znásilněna. U subutexových uživatelů (30%) docházelo častěji k opakované zkušenosti se znásilněním než u pervitinových (18%). U mužů je výskyt podstatně nižší (9%). Sexuální zneužití v dětství (do 15 let) zažila více jak čtvrtina (27%) dotazovaných uživatelů pervitinu a 15% uživatelů subutexu. U mužů je výskyt opět nižší, 9% uživatelů pervitinu a 6% uživatelů subutexu bylo alespoň jedenkrát v životě sexuálně zneužito. (Justynová, 2010).

trestných činů pohlavního zneužití a znásilnění. Podstatně menší část se věnuje oblasti psychosociální. Sexuální intimita, identita a psychosexuální vývoj u uživatelů drog zůstává doposud probádán nedostatečně. Přitom při vzniku a rozvoji závislosti je sexualita významným faktorem a v rámci léčby závislosti by měla být jedním z ústředních témat.

Pro uživatele drog je typické konzumní navazování vztahů včetně těch sexuálních. Na sexuálního partnera nahlíží jako na objekt svých sexuálních zájmů s velmi nízkou emoční zaangažovaností. Jedním ze symptomů závislosti je omezená schopnost navazovat a udržovat blízké (těsné) vztahy s ostatními. Z obavy ze zranění vlastního já často přistupují k sexuálním partnerům necitlivě, ignorují jejich osobnost a necítí potřebu dát lásku. K sexuálním aktivitám pak přistupují k jako čistě tělesnému potěšení bez jakékoliv intimity (Bruno, Scimeca, Marino et al., 2012). Dle Weisse (2005) obdobný přístup k sexu a partnerskému vztahu mají i osoby, jež byly v dětství sexuálně zneužity. Je tedy otázkou, zda omezená schopnost navazovat a udržovat vztahy, strach z intimity, promiskuita a sexuální dysfunkce jsou „pouhým“ symptomem syndromu závislosti, nebo pramení někde úplně jinde např. v psychických traumatech, jež zažili uživatelé drog v dětství.

3 Partnerský vztah

Konstrukt partnerského vztahu je velmi individuálně vnímaný, a proto jej není možné zcela jasně definovat. Dle Poněšického (2004) lidé využívají partnerského vztahu zejména k dosycení vlastních deficitů ve vývoji. Tyto deficity jsou velmi různorodé, a proto často dochází k rozdílným představám a očekáváním o partnerském vztahu a následném zklamání. Existuje několik atributů partnerského vztahu, které zahrnují představy většiny z nás. Jedná se o emočně nabitý vztah mezi dvěma lidmi, bez ohledu na jejich pohlaví. Charakteristickým rysem je sexuální aktivita, určitá míra vzájemné odpovědnosti a delší trvání v čase (Hartl a Hartlová, 2010, Gjuričová a Kubička, 2003).

Zejména v počátcích vztahu v období zamilovanosti je člověk natolik zahlcen emocemi, že není schopen na svého partnera nahlížet reálně. Má tzv. „růžové brýle“, díky kterým druhého vidí v podstatně lepším světle, než opravdu je. Vnímá spíše klady partnera a zápory si buď neuvědomuje, nebo je bagatelizuje. Po určitém čase zamilovanost opadá, emoce slábnou, partneři již na sobě spatřují chyby a dochází k rozčarování (Venglářová, 2008). Tyto fáze mohou negativně ovlivňovat průběh léčby v terapeutické komunitě (dále zkráceně TK). Narušují rovnost mezi členy komunity, brzdí otevřenou a upřímnou komunikaci v komunitě. Zaplavení emocemi ovlivňuje pozornost, která se jen stěží přesouvá jinam než na partnerský vztah. Rozhodne-li se pár spolu zůstat, učí se zralé vztahovosti (Poněšický, 2004).

Pro potřeby této diplomové práce bude partnerským vztahem míněn těsný vztah mezi dvěma lidmi s potenciálem sexuální aktivity. Dle Kelleyho (2010) se osoby v tomto vztahu snaží spolu trávit co nejvíce času, dělají mnoho činností společně, často sdílejí společný prostor, vědí o sobě osobní informace, sdělují si vzájemně svoje pocity. Po boku druhého se cítí

silnější a mají pocit bezpečí. Takovéto vztahy mezi sebou mívají klienti na základě léčebné metody a sociálně organizačního modelu TK běžně. Partnerský vztah od nich můžeme odlišit na základě prožívané sexuální intimity, ve které se dva jedinci cítí jako neoddělitelný celek. Důvěřují si, snaží se obsáhnout druhého ve vlastním já a emočně se propojit, jsou na sobě vzájemně závislí. Pro takovýto vztah je typický potenciál k sexuální aktivitě, avšak pro jeho fungování není sexuální aktivita nezbytná (Slaměník, Hurychovou, 2010).

4 Terapeutické komunity

Pojem komunita dle sociologického slovníku znamená společenství charakteristické zvláštním typem sociálních vazeb mezi svými členy a specifickým vymezením se v sociálním prostředí (Nevšímal, 2004). V Terapeutické komunitě je základním kamenem terapie každodenní život komunity, prožívání a chování jejích jednotlivých členů, vyrovnání se s pravidly a strukturou komunity, vzájemné interakce mezi klienty i terapeuty. „*Co se stalo tam a tehdy, může se měnit tady a teď*“ v bezpečném prostředí komunity s jasnými pravidly (Kalina, 2013).

4.1 Vymezení pojmu

Hartl (1997) přirovnává obtížnost definování pojmu terapeutická komunita k vydefinování psychoanalýzy. Paralelu spatřuje ve dvojznačnosti obou pojmů. O Terapeutické komunitě i o psychoanalýze můžeme uvažovat jako o léčebné metodě nebo o teoretické koncepci. Dvojí význam terapeutické komunity popisuje i Kalina (2008) v návaznosti na De Leona a Gibbonse. Terapeutickou komunitu vymezují shodně s Hartlem (1997) nejprve v intencích léčebné metody a následně jako sociálně organizační model.

Podrobnou definici terapeutické komunity nabízí Stanislav Kratochvíl (2009), dle něhož se jedná o „*systém organizace léčebného oddělení, ve kterém se podporuje všestranně otevřená komunikace a v němž se na rozhodování podílejí všichni členové týmu i pacienti.*“ Zároveň obsahuje i „*psychoterapeutickou metodu, při níž se využívají modelové situace malé společenské skupiny k projekci a korekci maladaptivních interpersonálních stereotypů prožívání a chování. Při společném soužití 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, diferencovanější a přizpůsobivější formy chování.*“

4.2 Historický průřez vývojem terapeutických komunit

Kořeny terapeutických komunit dle některých autorů sahají až do židovsko-helenistického období (Broža, 2007). Glasser popisuje komunu Kumranů, jejichž způsob života se přibližuje životu v terapeutické komunitě. Členové Kumranů, jež uměli léčit tělo i duši se nazývali therapeutae. V této komunitě byla typická veřejná otevřená komunikace o vlastním životě, emocích, minulosti, současnosti a budoucnosti. Byla jasně vymezena pravidla a sankce za jejich porušení (Nevšimal, 2004). Nicméně o této korelaci se současným pojetím terapeutické komunity nejsou žádné reálné vědecké podklady, které by nasvědčovaly tomu, že se zakladatelé prvních komunit inspirovali v této oblasti historie, ač by to byla představa romantická.

Dle dostupných zdrojů, se většina autorů shoduje v rozlišení dvou základních vývojových linií terapeutických komunit – demokratické TK s cílovou skupinou osob s poruchami duševního zdraví a hierarchické TK určené pro osoby se syndromem závislosti. Kultivace TK v České republice má svůj specifický vývoj, a proto jí bude věnována samostatná kapitola (Kalina, 2008).

4.2.1 Demokratické terapeutické komunity

Počátek terapeutické komunity jako léčebné metody a zároveň organizačního modelu můžeme datovat v období 2. Světové války, kdy v rámci armádní psychiatrie došlo k jejímu překotnému porodu. Prvními léčebnými zařízeními byly Northfield hospital v Birminghamu a nemocnice Mill Hill v Londýně. Záměrně používám srovnání s překotným porodem, které má za cíl upozornit na tlak v armádní psychiatrii, kde byla potřeba intenzivní léčba mnoha vojáků s válečnými neurózami, posttraumatickými poruchami a dalšími onemocněními duševního zdraví ovšem za velmi omezených zdrojů. Hlavním armádním psychiatrem v té době byl J. R. Rees, který podstatně ovlivnil posun z terapie individuální na skupinovou. Rees měl ve svém týmu známé psychoanalyticky: Bridgera, Biona, Foulkese, Jonese, Maina. Každý z nich se do určité míry podílel na vytváření terapeutické komunity. Ve své práci se snažili strukturovat léčebnou jednotku jako společenství, kde je důležitá vzájemná podpora a spolupráce (Kalina, 2008). Pacienti již nebyli pouze pasivně přijímající léčbu, ale stali se aktivní silou podílející se na léčbě ostatních i vlastní (Hartl, 1997).

Společenstvím je označováno seskupení pacientů a zároveň jeden kolektivní pacient a lékař dohromady. Jones roku 1948 formuloval pět základních principů TK:

- 1) Oboustranná komunikace všech úrovních - tedy mezi pacienty, mezi personálem, mezi pacienty a personálem, cílem je otevřenost v bezpečném prostředí, kde se problémy neschovávají, ale řeší

- 2) Proces rozhodování na všech úrovních – cílem je rovnoměrné rozdělení moci v komunitě, rozhodují všichni, kterých se rozhodnutí dotýká
- 3) Společné vedení – spoluspráva komunity, odpovědnost pacientů i personálu za každodenní fungování
- 4) Konsenzus v přijímání rozhodnutí – dosažení konsenzu znamená uznat partnerství, naslouchat, rozumět, vysvětlovat a překlenovat odlišné názory, postoje a zájmy.
- 5) Sociální učení tady a teď – vše co se v komunitě děje je vnímáno jako příležitost k učení, v tk vzniká prostor pro napodobování, konflikt, zpětné vazby, korektivní zkušenost, experimentování s novými vzorci chování.

Program TK se skládal ze 3 základních prvků:

- 1) Setkání celé komunity – společné setkání všech pracovníků komunity a pacientů, kdy je tématem průběh posledních 24 hodin či jakýkoliv problém, který je třeba řešit
- 2) Týmové porady – prostor pro personál, ve kterém si reflektuje události v komunitě, vyjadřuje vlastní pohled na události, pojmenovává své pohledy a emoce, ujasňuje si vlastní role a vztahy
- 3) Živé učení -viz 5. bod základních principů (Kalina, 2008; Nevšimal, 2004))

Tom Main zavedl pro výše popsany léčebný model termín terapeutická komunita, který v roce 1956 též publikoval. V 60. – 70. letech se model TK rozšířil do celé Evropy.

Z širokého spektra vzniklých terapeutických komunit stojí za zmínku zejména Kingsley Hall ve Velké Británii, pod jejíž záštitou vznikl roku 1962 experiment Villa 21. Název byl odvozen ode dne vzniku tohoto programu pro duševně nemocné. Za zakladatele jsou považováni aktivisté antipsychiatrického hnutí R.D. Laing a D. Cooper. Hlavní filosofií programu byla absolutní svoboda pacientů a snaha redukovat rozdíl mezi pacientem a terapeutem (Berlim, Fleck, Shoter, 2002, Wall, 2013). Zákaz sexu, pravidlo běžné pro stávající komunity, bylo Cooperem považováno za zvláště pokrytecké. Terapeuti komunity po službě odcházeli domů, kde měli sex se svými partnery, zatímco pacientům bylo toto právo na intimitu a soukromí odpíráno. Ve Vile 21 byla praktikována volnost pacientů a plnění pouze takového programu a pravidel, na kterých se pacienti s therapy sami dohodli (Cooper, 1967). Tento přístup s sebou přinesl řadu problémů – rostoucí počet těhotenství, sebevražd, sexuálního násilí a fyzické agrese. Po 4 letech došlo k zániku Villa 21 a o 5 let později zaniklo celé Kingsley Hall (Wall, 2013).

4.2.2 Hierarchické terapeutické komunity

Demokratické terapeutické komunity se léčbě drogových závislostí částečně vyhýbaly, nebo s ní neměly úspěch (Kalina, 2008). Demokratická struktura vyžaduje od svých členů fungování na dospělé úrovni, čehož většina závislých mnohdy není schopna, vždyť neschopnost jednat zrale je příčinou i důsledkem jejich závislosti (Kooyman, 1992). Bylo třeba nalézt adekvátnější způsob léčby, a tak došlo ke vzniku hierarchických komunit. Inspirací jim v mnohém byly nejen demokratické komunity, ale nové prvky do tohoto pojetí terapeutické komunity přinesla zejména svépomocná abstinenční komuna Synanon založená 1958 Charlesem E. Dederichem v Kalifornii. Dederich byl bývalý alkoholik, který absolvoval program Anonymních alkoholiků a v návaznosti na něj založil Synanon. Jednalo se o skupinu lidí závislých na alkoholu a nelegálních drogách, kteří se rozhodli žít ve „společenství alternativního životního stylu“. Nejednalo se tedy o dočasnou pobytovou léčbu, ale o dlouhodobou životní alternativu v prostředí synanoského společenství.

Mezi základní principy v Synanonu patřily: neskrývaná upřímná konfrontace s kýmkoliv z jakéhokoliv důvodu, která se odehrávala ve skupinách. Později se tato konfrontace stala známá pod názvem Synanonská hra. Dalším principem byla možnost zvýšení statusu v hierarchii Synanonského společenství od nejnižšího po nejvyšší (Kalina, 2008). Ústředními terapeutickými prvky Synanonu byly náhradní rodina, propracovaný systém odměňování a trestů, modifikace chování prostřednictvím konfrontace a frustrace, charismatický vůdce a náboženská oddanost (Nevšimal, 2004).

Právě charismatický vůdce a náboženská oddanost k němu přivedla Synanon do záhuby, z komuny se stala sekta a Dederich zemřel osamělý v zapomnění. I přesto že osud Synanonu skončil poměrně tragicky, některé ze zmíněných terapeutických prvků přetrvaly i do podoby současných hierarchických komunit. Synanon upozorňoval na odpovědnost za vlastní chování a přistupoval k závislým jako k lidem, kteří mohou jednat zodpovědně a převzít aktivní roli ve své rehabilitaci (Kooyman, 1992). V současné době je tento přístup nazýván jako empowerment, neboli zplnomocňování. Zakládá se na předpokladu, že každá lidská bytost má potenciál a je kompetentní zvládnout obtížnou životní situaci. Empowerment je hojně využíván nejen v psychoterapii, ale i v rámci sociální práce (Kuzníková a kol., 2011).

Synanon využíval modelu náhradní rodiny. Cílem rodinné metafory byla reakce na potřeby zázemí, bezpečí i výchovných otcovských a mateřských podnětů pro socializaci, které často v rámci primární rodiny u drogově závislých klientů nebyly naplněny. Konfrontace a frustrace jako neoddělitelná součást sociální rehabilitace, jejímž prostřednictvím dochází k růstu osobnosti a zvýšené odolnosti vůči stresovým faktorům. Systém odměňování a trestů je založen na postupném stoupání v hierarchii komunity zdola nahoru, z čehož vyplývá neustálé zvyšování zodpovědnosti (Kalina, 2013).

Ovlivněn stáží v Synanonu a myšlenkami Maina a Jonase založil Daniel Casriel roku 1964 první terapeutickou komunitu pro drogově závislé Daytop Village v New Yorku. V 70. letech 20. století se tento model rozšířil i do celé Evropy (Kalina, 2008).

4.3 Terapeutická komunita pro drogově závislé v České republice

Terapeutické komunity jsou u nás součástí propracovaného systému adiktologických služeb spolu s terénními programy, kontaktními centry, ambulantní léčbou, doléčovacími zařízeními a substitučními programy.

V českých poměrech je pod pojmem Terapeutická komunita pro závislé většinou rozuměno rezidenční zařízení zaměřené na léčbu vedoucí k abstinenci a na sociální rehabilitaci. Péče v těchto zařízeních trvající zpravidla 6-18 měsíců je určena osobám s diagnózou syndromu závislosti (Kalina, Těmínová, Adameček, 2008).

4.3.1 Vznik a vývoj terapeutických komunit v České republice

Na vývoj terapeutických komunit v Čechách mělo vliv několik faktorů. Jedním z nich byl i komunistický režim, jež bránil inspiraci ze západních zemí, proto Kalina (2008) hovoří o svébytném vývoji českých terapeutických komunit.

Za „praotce“ českých terapeutických komunit můžeme považovat Jaroslava Skálu, který roku 1948 založil první specializované lůžkové oddělení pro studium a léčbu závislosti na alkoholu v Apolináři v Praze. Sám Skála pak svůj léčebný model nazýval terapeutickou komunitou. Propojoval zásady terapeutické komunity, tak jak je známe od Jonese a Maina s behaviorálními přístupy v podobě přísného režimu a bodovacího systému. Zde můžeme spatřovat jistou paralelu s hierarchickými komunitami.

V 50. letech vznikala řada psychoterapeutických komunit určených pro osoby s duševním onemocněním zejména psychóz a neuróz. První z nich založil známý český psychoterapeut Ferdinand Knobloch roku 1956 v Lobči. Za zmínku zcela jistě stojí i Stanislav Kratochvíl, který roku 1971 založil terapeutickou komunitu v psychiatrické léčebně v Kroměříži a jako první u nás publikoval o terapeutických komunitách.

Rozvoj terapeutických komunit zcela jistě ovlivnil i vznik SUR – československého systému výcviku v psychoterapii. Zakladateli byli Skála, Urban a Rubeš, kteří působili v léčbě závislosti a svým vzdělávacím systémem kultivovali vznik terapeutických komunit pro závislé po roce 1989.

První terapeutickou komunitu v podobě, jakou známe dnes, založila roku 1990 Martina Těmínová v Němčicích u Volyně (Kalina, 2013). Jednalo se o první nezdravotnickou komunitu u nás, která se hlásila k odkazu Knoblocha, Kratochvíla a SUR (Kalina, 2008). V návaznosti na Němčice, pak vznikaly v průběhu následujících let v prostředí nestátního neziskového sektoru další terapeutické komunity.

Pro vznik a vývoj českých terapeutických komunit je na rozdíl od zahraničí typické, že je zakládali a tím tvořili vyškolení profesionálové, nikoliv do velké míry „pouze“ exuseři

(Kalina, 2008), tak jak tomu bylo ve Spojených státech. Těžištěm léčby je psychodynamika a kognitivně behaviorální techniky, což je zásadní rozdíl ve srovnání s hierarchickými komunitami, kde stále ještě převažuje využití „synanonské hry“.

4.3.2 Legislativní rámec českých terapeutických komunit

Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky v ČR ve svých standardech (nové standardy, 2014?) popisuje terapeutickou komunitu jako „pobytové zařízení, jehož prvořadým cílem je pomáhat klientům k úzdavě jejich adiktologických poruch prostřednictvím postupů podporujících jejich osobní rozvoj za současného dodržování abstinence od látek ovlivňujících vědomí. Terapeutická komunita nabízí strukturované, bezpečné a podnětné prostředí pro učení, růst a zrání, které se děje především prostřednictvím sociálního učení v kontextu vymezeném jasnými a srozumitelnými pravidly. Terapeutický potenciál terapeutické komunity se spatřuje ve stálém napětí mezi realitou a terapií, mezi každodenním spolužitím na straně jedné a podporovaným a monitorovaným sociálním učením a nácvikem na straně druhé.“

Terapeutické komunity v České republice jsou sociální službou dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, jejichž zřizovateli jsou nestátní neziskové organizace. Označení terapeutické komunity používají i státní zdravotnická zařízení komunitního typu, kde je léčba závislosti poskytována v rámci psychiatrické nemocnice na specializovaném oddělení. Příkladem jsou Psychiatrická nemocnice Červený dvůr a Psychiatrická nemocnice Marianny Oranžské a její TK Fides, Fénix a Šance. Zdravotnická zařízení podléhají zákonu č. 372/2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

Kvalita služeb terapeutických komunit je posuzována na základě certifikace, kdy hodnotícím kritériem jsou Standardy odborné způsobilosti vydané Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky (viz Příloha č. 1 inovovaná verze). V současné době je v České republice dle těchto standardů 11 certifikovaných terapeutických komunit s rezidenční péčí (Fídlarová, 2013). S ohledem na zákon č. 108/2006 Sb. ovšem nezdravotnické terapeutické komunity podléhají i Standardům kvality sociálních služeb přílohy č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb. (viz Příloha č. 2).

4.4 Tým terapeutické komunity

Dle Broži (2007) je *“ terapeutický tým tým, co vytváří hodnotu TK a její užitečnost pro klienty“*. Dle Rubeše jsou terapeuti sami o sobě léčebným nástrojem a na jejich osobních i odborných kvalitách závisí výsledek léčebného procesu (Pavelková, 2010). Nicméně dle Rapoporty (in Kalina, 2013) je tým spíše facilitátorem léčebného procesu, který sama o sobě utváří celá komunita.

Práce terapeuta klade vysoké nároky na osobnostní předpoklady jedince, který by se měl vyznačovat následujícími vlastnostmi: jistota, důvěra a sebedůvěra, přirozenost, kongruence, pevná identita, humor, kreativita a schopnost přiznat vlastní chyby (Kalina, 2008). Obecně by měl být terapeut vyzrálým vzorem pro své klienty. Terapeut může pomoci klientovi dostat se pouze na takovou úroveň osobnostního růstu, rozvoje a sebepoznání, jako je on sám (Matýs, 2012 ústní sdělení).

Součástí týmu mohou být i tzv. exuseři – vyléčení uživatele drog. V USA bylo tradicí obsazování terapeutických rolí absolventy dané komunity a terapeutický tým byl tak minimálně z 50% tvořen bývalými uživateli. V Evropě tento model příliš aplikován nebyl. Zkušenost s vlastní léčbou a abstinencí může být pro komunitu velkým přínosem, pokud je adekvátně využita, ale neměla být jediným hodnotícím kritériem pro přijetí exusera do týmu (Broža, 2007).

Dle Standardů odborné způsobilosti Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (dále pouze RVKPP) má být tým TK multidisciplinární, tak aby jeho složení odpovídalo jednotlivým složkám bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti, na jejíž léčbu se zaměřuje. Po všech členech personálu je požadováno absolvování kurzu krizové intervence (min. 20 h) a kurzu první pomoci. Odborný personál zajišťující psychoterapeutický program musí mít minimálně vyšší odborné vzdělání v oblasti zdravotnické, psychologické, sociální, pedagogické a v příbuzných oborech a zároveň psychoterapeutický výcvik se sebezkušenostní částí, dále pak alespoň rok praxe v TK či poradenských a terapeutických službách (Libra a kol., 2012).

Pestrost vystudovaných studijních oborů v rámci týmu, rozšiřuje jeho možnosti v rámci léčebného procesu. Vysoká škola učí své studenty rozličným pohledům na daný obor, poskytuje specifické informace a dává prostor k získání potřebných dovedností pro výkon praxe. V neposlední řadě by měla motivovat ke kritickému myšlení. Autority, jež na škole přednášejí, předávají své názory a pohledy na dané problémy po generace studentů, kteří mají možnost se s nimi ztotožnit a následně se je snažit aplikovat do praxe.

Velmi silný vliv na rozvoj myšlení, prožívání, postoje a způsoby chování má psychoterapeutický výcvik a jeho zaměření. Dle Kaliny (2008) se v České republice považuje pro terapeuta TK za adekvátní výcvik typu SUR. Nicméně na základě doporučené multidisciplinarity by pro TK mohla být přínosná i různorodost typů výcviku u jednotlivých členů týmu.

4.5 Psychoterapeutický proces v terapeutické komunitě

Psychoterapeutický proces v TK má dvě základní linie, které jdou ruku v ruce vstříc cílům TK. První v podobě individuální osoby klienta a jeho vztahů k sobě samému a k ostatním, druhou ve skupinovém dění ve smyslu skupinové psychoterapie (Kalina, 2007).

Prostřednictvím skupinového dění a „živého učení“ dochází u jedince k osobnímu dozrání, neboť nezralost, jak již bylo zmíněno je dle Kooymana (1992) příčinou i důsledkem závislosti. Zrání člověka je dle teorie objektivních vztahů (Fonagy, Target, 2005) formováno na základě recipročního vztahu sám k sobě a k ostatním. Této reciprocity je využíváno i v rámci TK. Kalina (2007) píše o tzv. sekundární emočním vývoji, kdy dochází k znovuprožití a bezpečnému zpracování situací, které v minulosti narušili vývoj jedince. Oporu k této tezi můžeme najít i v integrativní psychoterapii v podobě cirkulární kauzality. Intrapsychické konflikty vytvářejí problematické chování a problematické chování způsobuje intrapsychické konflikty. Zjednodušeně řečeno přizpůsobujeme nové zkušenosti starším schématům, tedy navyklým způsobům vnímání a myšlení (Prochaska, Norcross, 2013), proto jak zmiňuje Kalina (2013) „co se stalo tam a tehdy, může se měnit tady a teď“ v bezpečí TK.

4.5.1 Fáze léčby v terapeutické komunitě

V jednotlivých fázích léčby dochází v poměrně krátkém čase k dozrání klientů a naplnění dříve nedosažitelných vývojových úkolů. Klient v TK zpravidla prochází čtyřmi fázemi, které jsou časově ohraničené a popsány v základních dokumentech TK (viz příloha č. 3). O přestupu klienta do vyšší fáze na základě jeho žádosti, rozhoduje celá komunita.

První fáze je označována jako 0. fáze, jedná se o fázi diagnostickou – zjišťují se potřeby klienta, orientační – seznamuje se s TK a jejími pravidly a režimem, poznávací - klient poznává nové prostředí a navazuje vztah s členy TK. V této fázi je izolován od okolního světa a mikrosvětě TK má výsadu hájení před sankcemi a osobní konfrontací.

V další fázi klient přijímá život v komunitě, stává se autonomní osobou – přijímá zodpovědnost za sebe a své chování, učí se využívat skupinové psychoterapie, dodržovat pravidla a režim.

Ve druhé fázi přijímá již zodpovědnost za druhé, za chod komunity. Má částečný kontakt s vnějším světem. Má více kompetencí a stojí na vyšším hierarchickém stupni v komunitě. Obnovuje původní vztahy, vzrůstá jeho sebeúcta a pocit vlastní jistoty. Jedná se o nejefektivnější období léčby, kdy dochází k vlastní změně klienta za využití všech terapeutických a sociálních zdrojů, které komunita má.

V poslední fázi se klient připravuje na život „tam venku“, více se pohybuje mimo komunitu. Je si vědom svých silných a slabých stránek, má stanovené vlastní priority. Umí odpočívat i pracovat. Rizikem je vlastní sebepřecenění. Dojem klienta, že práce na sobě samém končí a on je schopen obstát ve světě (Kalina, 2013).

4.5.2 Psychosociální vývoj jedince dle Erika Eriksona

Jednotlivé fáze léčby v TK korelují s vývojem jedince. Našim potřebám nejvíce odpovídá ego-psychologická teorie vývoje osobnosti dle Erika Eriksona tzv. „Osm věků člověka“. V průběhu zrání osobnosti, člověk překonává po sobě jdoucí vývojové úkoly, čímž získává nové kompetence a plynuleji postupuje do dalších fází vývoje. Každé stádium je charakteristické konfliktem a ctností, která se vytvoří jako výsledek úspěšného řešení konfliktu.

- 1) Bazální důvěra versus bazální nedůvěra – Kojenecké období. Konflikt vytvořený ve vztahu k pečující osobě. Kojenec závislý na pečující osobě v případě, že jsou jeho potřeby náležitě saturovány a může prožívat nepřítomnost pečující osoby bez nadměrné úzkosti, získává první ze ctností – naději (Erikson, 2002). V tomto kontextu je vhodné zmínit teorii Attachmentu, jejímž autorem je John Bowlby. V 50. letech 20. století vyslovil hypotézu týkající se vztahu dítěte a pečující osoby jako determinantu duševního vývoje jedince (Slaměník, 2011). Psychické zdraví jedince vyžaduje, aby dítě v raném dětství zažívalo vřelý, důvěrný, kontinuální a hlavně bezpečný vztah k pečující osobě, který bude uspokojovat, jak dítě, tak i pečující osobu. Nenaplnění takového vztahu je prediktorem psychopatologie v pozdějším věku jedince (Fonagy, Target, 2005).
- 2) Autonomie versus pochybnost – Batolecí období. První zkušenosti s rozhodováním plynoucím ze svobodné volby. Posun od symbiózy k autonomii, avšak s nutností pevné kontroly, která poskytuje bezpečí a jistotu. Ctností stádia je vůle (Erikson, 2002). Zde bych ráda upozornila na teorie Containmentu, jejíž autorem je Wilfred Bion. Dle něj záleží na schopnosti pečující osoby přijmout a zpracovat negativní emoce dítěte bez pocitu ohrožení. Pečující osoba se pro dítě stává psychickým „kontejnerem“, do kterého může bez obav vložit své úzkosti, negativní emoce a děsivé fantazie. Zprostředkovává tak dítěti zkušenost s rozpoznáním, zpracováním a ohraničením psychických stavů (Pöthe, 2013), podporuje jeho samostatnost a zároveň stanovuje hranice z vnějšku „sem ještě můžeš, ale dál již ne“, které přispívají ke schopnosti ohraničit vlastní emoce, dát sobě řád (Kalina, 2013).
- 3) Iniciativa versus vina - Předškolní věk. Dítě je aktivní, zvědavé, a pokud není jeho iniciativa dostatečně oceněna ba naopak kritizována, objevují se pocity viny. V rámci tohoto stádia se čí účelnosti.
- 4) Snaživost versus méněcennost – Mladší až starší školní věk. Období školní docházky, povinností, odpovědnosti. Úspěch vyvolává radost, neúspěch pocity méněcennosti.
- 5) Identita versus konfuze rolí - Pubescence. Jedinec si utváří představu o sobě samém. Dochází k pohlavní zralosti. Vědomí vlastní identity utváří důvěru

dospívajícího v to, jak jej vidí ostatní. Získanou ctností je věrnost (Erikson, 2002).

- 6) Intimita versus izolace - Období adolescence a rané dospělosti. Na rozdíl od pubescence, kde milostný vztah slouží spíše k nalezení sama sebe, v tomto období se učí jedinec vzájemnosti a blízkosti (Řičan, 2010). Sbírá odvahu ke spojení vlastní identity s identitou druhého, aniž by musel ztratit sám sebe. Vytěžit může lásku.
- 7) Generativita versus stagnace - Období dospělosti. Aktivita, produktivita a kreativita zápolí s pasivitou vůči sobě i ostatním. Ctností je pečování.
- 8) Ego integrita versus zoufalství - Stáří. Pokud člověk dosáhl tohoto stádia a je si vědom smyslu svého života, lze říci, že jeho Ego je integrováno a může cítit uspokojení z dobře odvedené práce. V opačném případě se dostavuje strach ze smrti a pocity zoufalství. V tomto stádiu jedinec dosahuje moudrosti (Erikson, 2002).

4.5.3 Psychosociální vývoj jedince v terapeutické komunitě

V každé vývojové etapě jsou na člověka kladeny vyšší nároky, čím starší je, tím více má možností a kompetencí za cenu vyšší odpovědnosti. Obdobně je tomu i v prostředí TK, v čím vyšší fázi, paralelně k vývojové etapě, klient je, tím více možností (dovolenky domů, telefon, přístup k internetu), kompetencí (hierarchie v TK – šéf domu, nákupčí apod.) a odpovědnosti (za chod domu, nákup, kuchyň atd.) má. V rámci vývoje jedince 0.-1. fáze odpovídá ranému dětství až do období mladšího školního věku, 2. fáze připomíná pubescenci a adolescenci, 3. fáze nabízí vstup do dospělosti. Pro lepší představu vztahu mezi psychosociálním vývojem jednotlivce a procesem zrání v TK, může posloužit Tabulka 1 (Kalina, 2007).

Pro zapojení do terapeutického procesu jsou nejzásadnější první dva teoretické principy – Attachment a Containment. Primární osobu (pečující osobu) v prostředí TK nahrazuje dle některých autorů komunita ve smyslu společenství (Whiteley, 2004), dle jiných odborníků terapeutický personál na základě rodinné metafory. I proto je ve skupinové psychoterapii častěji využíváno koterapeutů v kombinaci muže a ženy (Kratochvíl, 2008). Přičemž žena terapeutka je spojována s attachmentem a muž terapeut s containmentem (Kalina, 2013). V prvních dvou fázích na základě interakce v komunitě, stejně jako u malého dítěte a jeho pečujících osob, dochází k hledání adekvátní blízkosti a vzdálenosti, oddělení a pospolitosti, nastavení subjektivních hranic a hranic vedení (Whiteley, 2004). V tomto období je nejvíce důležité facilitování procesu ze strany personálu, je to období nejvíce citlivé na předčasné ukončení léčby.

Tabulka 1 Proces dozrávání v TK (Kalina, 2007)

Fáze léčby v TK	Teoretický princip	Původ v individuálním vývoji	Kultura v TK	Struktury v TK
0. – 1. fáze	Attachment Bazální důvěra X bazální nedůvěra	Primární vazba, sebepojetí, růst, separační úzkost	Přijetí, sounáležitost, otevřenost, bezpečí	Doporučování, připojení, odcházení
	Containment Autonomie X Pochybnost	Mateřské a otcovské „kontejnování“	Bezpečí	Podpora, pravidla, hranice
1. Fáze	Komunikace Iniciativa X Vina	Hra, řeč, tí druzí	Otevřenost	Skupiny, ethos, návštěvníci
2. Fáze	Zapojení Snaživost X Méněcennost Identita X Zmatení rolí	Místo mezi ostatními	Živé učení	Komunitní setkání, agenda a struktura
3. Fáze	Jednání Intimita X izolace Generativita X stagnace	Vlastní Já jako východisko akcí	empowerment	Hlasování, rozhodování

5 Normy v terapeutické komunitě

V procesu socializace, tedy začleňování se do komunity, si osvojujeme normy, jež určují, které naše chování je pro dané společenství přijatelné a které nikoliv a ba naopak je hodno sankce (Jandourek, 2008). Normy tvoří identitu dané komunity a svými sankčními mechanismy podporují její vnitřní stabilitu (Urban, 2011) a dávají jejím členům pocit bezpečí (Kalina, 2008). Ovlivňují chování a postoje členů v komunitě a následně i mimo ni

(Kratochvíl, 2009). Normy jsou flexibilní, tedy stále znovu utvářeny, obměňovány a kultivovány v každodenních interakcích (Novotná, 2008). Vytváření norem je proces, na němž se podílejí všichni členové komunity. Každá definovaná norma má mít svůj důvod, záměr a smysl. Pro fungování komunity je nezbytné, aby klienti i tým komunity pravidlům rozuměli, věřili a chápali jejich smysl a byli schopni je zvnitřnit (Broža, 2007).

Paradigma norem v terapeutických komunitách představují tzv. metapřavidla. Jedná se o soubor konvencí, které zajišťují samotnou existenci terapeutické komunity se svými cíli, principy a posláním. Zodpovědnost za udržení komunity má v první řadě její personál. Všechna další pravidla jsou uváděna do praxe tak, aby podporovala zachování terapeutické komunity. Při porušení pravidel se zvažuje prospěch komunity a jednotlivce, kdy přednost je obvykle dána profitu komunity nad jednotlivcem (Kalina, 2008). O všech pravidlech je možné diskutovat a měnit je, ale pouze do té míry, aby nebyly ohroženy cíle komunity (Růžička, 2011). Za hlavní cíl je Světovou federací terapeutických komunit (Nevšimal, 2004) považován osobní růst, kterého lze dosáhnout změnou životního stylu a prostřednictvím komunity lidí, kteří spolupracují na vzájemné pomoci ve vysoce strukturovaném prostředí s definovanými hranicemi – morálními i etickými. Členové komunity hrají významnou roli při řízení komunity a stávají se pozitivními vzory pro ostatní.

Broža (2007) rozlišuje čtyři druhy norem uplatňovaných v terapeutické komunitě:

1) nevědomá pravidla - působení superega každého člena komunity na své vnější okolí a sama sebe. Jedná se o stereotypně zažitá normy vzniklé přirozeně nejčastěji v primární rodině či v jiném prostředí, kde jedinec vyrůstal. Jedná se o nevědomou snahu o jejich uplatňování „tady a teď“ v prostředí komunity. Tato nevědomá pravidla by měla být předmětem léčby a psychoterapeutického procesu u klientů a supervize u personálu komunity.

2) nepsaná pravidla - přirozeně vznikající pravidla jako důsledek aktuálních interakcí, předávané verbálně i neverbálně mezi klienty. Zdrojem nepsaných pravidel může být nedostatečné porozumění pravidlům oficiálním a jejich přeformulování do nepsaného pravidla např. „Partnerské vztahy jsou zde zakázány, tak raději nikomu neřeknu, že jsem se zamiloval, abych nebyl sankcionován.“ V překladu, co je zakázané, o tom raději nemluvit před komunitou. Tým komunity, by měl tato pravidla rozkrývat a hledat jejich důvod, záměr a smysl. Koneckonců ne všechna takto vzniklá pravidla musí být rušivá a negativní.

3) psaná pravidla - oficiální pravidla popsána v operačních manuálech a provozních řádech komunit (Broža, 2007). Mezi těmito pravidly nalezneme denní režim a popis jednotlivých aktivit, hierarchické uspořádání komunity, komunitní rituály a mnoho dalších pravidel udržujících strukturu terapeutické komunity a facilitujících léčbu závislosti (Kalina, 2008).

4) kardinální pravidla – v definici RVKPP je TK popsána jako bezpečné a podnětné prostředí pro učení, růst a zrání (RVKPP, 2013). Právě bezpečí je v rámci TK mimo jiné zajištěno i tzv. kardinálními pravidly. Porušení těchto pravidel má obvykle za důsledek předčasné

ukončení léčby (drop out) jedince, jež pravidla nedodržel. Nejčastěji dochází k vyloučení z disciplinárních důvodů za porušení pravidla týkajícího se drog, následně vztahů a dále postoje k léčbě (Kalina, 2008). V tomto ohledu je s odkazem na metapravidla, dána přednost zájmu skupiny na zachování bezpečí nad zájmem jedince.

Kardinální pravidla mají v různých komunitách různé pojmenování, obsahově by se však měla shodovat. Tato pravidla nic nepřikazují, ale naopak zakazují:

- a) Zákaz jakéhokoliv nakládání s návykovou látkou během léčby v TK, tedy nejen v prostředí komunity, ale i mimo ni např. v době kdy je klient doma na vycházce či někde jinde mimo komunitu. V kontextu tohoto pravidla se používá spojení tzv. „čisté komunity“. Výjimku ovšem tvoří lékařem předepsané medikamenty, na kterých nevzniká závislost. Sobotka (2007) konkretizuje tento zákaz na všechny nelegální drogy a alkohol. Ve většině českých a moravských terapeutických komunit je povoleno kouření tabákových výrobků a pití kávy, čaje, i přesto že se jedná o návykové látky. Sám Skála (1998) tvrdil, že tabákem si pacienti v léčbě závislosti v Apolináři nahrazují jinou drogu a plamínek jejich závislosti tak nikdy zcela nevyhasne.
- b) Zákaz verbální či fyzické agrese a dalších typů ohrožujících aktivit jako je např. krádež, podvod, záměrné poškozování majetku TK.
- c) Zákaz trvalého despektu a vzdoru vůči pravidlům a nařízením komunity (Kalina, 2008).
- d) Zákaz sexuálních, erotických a partnerských vztahů mezi klienty komunity – pravidlo nejvíce diskutované, avšak dle většiny odborníků zahrnuté do kardinálních pravidel (De Leon, Kooyman, Nevšimal, 2004). Kalina (2008) ovšem hovoří o „jinak kardinálním pravidlu“ a odděluje jej od předchozích. Důvodem může být, že není zcela jasné, čeho se konkrétně pravidlo týká. Již v předchozích kapitolách byla nastíněna nejednoznačnost ve vymezení pojmů spojených se sexualitou a partnerským vztahem. Otázkou zůstává i co je pro fungování komunitní léčby více škodlivé, sex či vztah? Nesourodost v chápání pojmů sex a partnerský vztah u laické i odborné veřejnosti může klienty i terapeuty svádět k implikaci pravidla v podobě pravidel nepsaných. Dvořáček (2011b) proto doporučuje srozumitelné vymezení pravidla týkajícího se regulace sexu a partnerských vztahů s jasným odůvodněním. Jakým způsobem sexualita a intimita narušují léčbu a jaké mohou mít důsledky (Dvořáček, 2011b).

5.1 Zákaz sexuálních, erotických a partnerských vztahů mezi klienty terapeutické komunity – původ pravidla

Genezi pravidla Zákaz sexu a partnerských vztahů někteří autoři odvozují od náboženských kořenů terapeutických komunit (Broža, 2007), o této spojitosti, jak zmiňují v úvodních kapitolách o historii terapeutických komunit, nejsou žádné relevantní vědecké podklady. Ničím nepodloženou paralelu lze spatřovat v křesťansko-židovské tradici. Život křesťanských mnichů žijících v kláštorech, ať už se jednalo o nám známe benediktiny, augustiniány ale i jiné mnišské či jeptišské řády, byl svázán přísnými pravidly, která sloužila a stále slouží jako prostředek k dosažení duchovního cíle (Kooyman, De Leon, Nevšimal, 2004). Absence sexu a milostného vztahu může být vnímána jako rozšíření prostoru pro zaměření pozornosti na sebe samého a vznešenější a zásadnější cíle (Broža, 2007), v případě terapeutických komunit je možné mluvit o abstinenci a osobnostním rozvoji.

Jiná teorie vzniku tohoto pravidla může souviset s principy skupinové psychoterapie, kdy v rámci terapeutické komunity přebírá klient aktivní roli v léčbě sebe samého i v léčbě ostatních členů komunity. Stává se „terapeutem“ sám sobě i ostatním členům skupiny (Kratochvíl, 2009). Do určité míry můžeme na klienty vztáhnout některé zásady psychoterapeutů. Jednou z nich je i nepřipustnost udržování intimního sexuálního vztahu s klientem, jež má svůj původ již v období psychoanalýzy v podobě vztahové abstinence a v dnešní době je součástí etického kodexu psychoterapeutů (Payne In Vymětal, 2010).

Freud definoval profesní etickou triádu psychoterapeuta:

anonymita – terapeut o sobě pacientovi nesděljuje téměř nic, aby mohl posloužit jako promítací plátno pro přenos,

neutralita – terapeut je ve vztahu k pacientově osobnosti neutrální nestranný ani jeho Id, Ego nebo Superegu

abstinence - Pro naše potřeby nejvýznamnější princip, který zahrnuje terapeutický vztah pacienta a terapeuta, ve kterém jiné formy vztahu např. přátelské, milostné, příbuzenské atd. nemají prostor (Mikota, 1998). Etická triáda představuje ideál, který není snadné ba možná dokonce reálné vždy dodržet, dokonce i sám Freud jej porušil, když analyzoval vlastní dceru, nebo Jung při milostném poměru se svou pacientkou. Striktní dodržování etických zásad bez ohledu na další relevantní faktory může mít nedozírné negativní následky (Mikota, 1998). Navíc i v rámci etických zásad se jedná spíše o doporučení než o dogma, vždyť v první řadě by měl být kladen důraz na individuální přístup ke klientovi a jeho prospěch.

Sex a blízké intimní vztahy jsou pro člověka základní potřebou a provází jej celý život (Broža, 2007). Vzniku erotických vazeb, pocitů zvýšené blízkosti a „párování“ nelze zabránit stanovením kardinálních pravidel a jejich přijetím (Kratochvíl, 1979). O to více,

pokud o daném pravidlu nemají konkrétní jednotnou představu terapeuti, tím pádem ani klienti (Kalina, 2008). Co vše je obsahem pravidla a jaký má smysl?

5.2 Smysl pravidla Zákaz sexu a partnerských vztahů

Dvořáček (2011) na AT konferenci diskutoval argumenty svědčící ve prospěch kardinálního pravidla týkajícího se sexu v TK (Tabulka č. 2). Nejedná se o taxativní výčet všech argumentů, cílem je spíše relativizovat zaběhlou konvenci.

Tabulka 2 Diskuze k pravidlu (Dvořáček, 2011)

Všeobecně nejčastější argumenty pro obhajobu pravidla	Argumenty kritizující pravidlo
Nezodpovědnost klientů ve smyslu rizikového sexuálního chování (pohlavně přenosné choroby, nechtěné těhotenství)	eliminace za cenu omezení základních lidských práv na intimitu
Sex v léčbě je neperspektivní – nepřírozený výběr partnera v léčbě, neperspektivnost vztahu dvou závislých lidí	i neperspektivní vztahy pro nás mohou mít mnohdy velký význam s ohledem na náš osobnostní růst, navíc perspektivnost není možno zcela předvídat
Sex v léčbě škodí perspektivě pacientů	není jasná korelace mezi špatným výsledkem léčby a sexu v léčbě. Pacienti mající sex během léčby s jinými pacienty nutně nemusí hůře prosperovat v léčbě
Sex škodí skupině a komunitě – vznik silných podskupin	Podskupina nemusí být vždy antiterapeutickou, naopak může zpestřovat a podporovat dynamiku komunity

Kooyman (2004) popisuje zkušenost z terapeutické komunity Emiliehoeve, kde nejprve sex a intimní vztah mezi klienty nebyl nijak regulován, do doby než jedna z klientek začala v komunitě rozehrávat sexuální hry. Spala s několika klienty, aby testovala reakce jiných klientů, kteří jí byli sympatičtější. Muži se pak mezi sebou chlubili svými úspěchy u ženy.

Jednalo se narcistickou destruktivní hru o moc, která měla za následek společné rozhodnutí týmu a skupiny o zákazu sexu mezi klienty. Později byl sex mezi klienty znovu povolen na základě žádosti klientů. Pokud byli klienti komunitou posouzeni jako dostatečně zodpovědní

a nacházeli se ve vyšší fázi, bylo jim umožněno sexuálně žít. Tento přístup výrazně snížil případy porušení pravidla a žádosti o „povolený sex“ bylo málo.

Skupina se transformovala spíše do rodinného systému a klienti se k sobě začali chovat jako sourozenci. Právě rodinná metafora a snaha o korektivní zkušenost neuspokojivých vazeb v primární rodině je jedním z důvodů svědčících ve prospěch zákazu sexu a partnerského vztahu (Kooyman, 2004).

Ne všichni klienti mají po celou dobu pobytu v TK ohnisko své léčby v neuspokojivých vztazích v dětství. Někdo pro svůj progres potřebuje právě milostný vztah v bezpečí a pod drobnohledem TK, aby se naučil základním vztahovým dovednostem a hodnotám (De Leon, 2000). Pokud páru v komunitě dopřejeme tento prostor, riskujeme, že bude pozornost skupiny na dlouhé týdny odvedena od jiných podstatných témat (Sadílková, Žáková, 2011).

Zákaz sexu a partnerských vztahů výrazně omezuje prostor pro „živé učení“ jež bylo a stále v rámci terapeutických komunit je základním stavebním kamenem psychoterapeutického procesu (Kalina, 2008). Živé učení probíhá v konkrétních mezilidských vztazích na základě našich zkušeností, a nelze je nahradit interakcemi vně komunity a jejich přenášením dovnitř. Čím různorodější situace ve společenství nastanou „teď a tady“, tím bohatší přínos budou mít pro všechny zúčastněné (Hartl, 1997). Zákazem sexu a partnerských vztahů v léčbě zůstává tato životní oblast „živým učení“ a priori nedotčena. Kooyman (2004) proto upozorňuje, že regulace sexu v TK implikací do pravidel je nezbytná, avšak sexuální a partnerská prohibice po celou dobu léčby je kontraproduktivní.

Strategie regulující sex a partnerský vztah v TK se mohou odehrávat na třech úrovních:

Edukační – v podobě tematických skupin zaměřených např. na rizikové sexuální chování, vlivu návykových látek na sex apod.

Terapeutické – intervence personálu ovlivňující psychoterapeutický proces jednotlivce i komunity s ohledem na vznik podskupin, acting out a bezpečí klientů, individuální přístup ke klientům (De Leon, 2000). Příkladem včasné intervence terapeutického týmu může být využití tzv. Distancu praktikované v jedné z českých TK. Klienti mezi nimiž začíná vznikat sexuálně intimní vztah a nejsou schopni dodržovat hranice, sepíší v několika bodech aktivity, které podněcují jejich vzájemnou přitažlivost a závazně před komunitou se dohodnou, že se těchto aktivit vzdávají. Např. zdržíme se jakéhokoli fyzického kontaktu, nebudeme vedle sebe sedět, nebudeme spolu vést “individuály” s třetí osobou, nebudeme navazovat dlouhodobý oční kontakt apod. Za porušení této dohody je stanovena sankce – sesazení do nižší fáze (Radimecký, 2013).

Sociální – principy živého učení prospěšné pro jednotlivce i celou komunitu s oporou v metaprávidlech (De Leon, 2000).

V České republice nebylo a možná stále není pravidlo „Zákazu sexu a partnerských vztahů“ vždy zcela a striktně naplňováno po celou dobu léčby v TK. Martina Richterová Těmínová (in Nevšimal, 2004) v druhé polovině 90. let popisuje přístup k tomuto pravidlu v TK Němčice obdobně jako Kooyman (1992) a De Leon (2000) a Hulík, Žáková, Sadílková (2011). Klienti mohou mít sexuální kontakty s jinými klienty ve 2. a 3. fázi léčby se souhlasem komunity.

6 Sexualita v terapeutické komunitě

Sexualita je součástí každodennosti v TK. Běžně dochází k flirtování mezi klienty komunity a rozhovorům o sexu, o to více pokud ve skupině TK převažují dospívající ve věku 15 – 26 let. Klienti se učí rozpoznávat zdravé hranice k opačnému i stejnému pohlaví. Často je pro ně pohodlnější a jednodušší navazovat vztahy na základě sexuálních interakcí (Nathan, Foster, Ferry, 2011). Nadměrné a skryté rozhovory o sexu, sexuální narážky a další projevy sexuality v chování zvyšují chuť na sex (Sadílková, Žáková, 2011). Obdobně jako je tomu u drogových témat, která vyvolávají craving. Během pobytu v TK by se měli klienti naučit zvládat vlastní chuť na sex či drogu a své chování korigovat (Kalina, 2011). Odkládání sexuálního potěšení posiluje frustrační toleranci klientů, kteří na základě svých zkušeností s drogami většinou využívali strategie okamžitého uspokojení vlastních potřeb a umělého snížení frustrace užitím návykových látek.

V rámci skupinové psychoterapie je nezbytné, aby zásadní informace, témata a interakce odehrávající se mimo skupinové sezení byly „vraceny zpátky do skupiny“. Nedojde-li k tomu, je takovýto způsob komunikace považován za tzv. parakomunikaci. Dle Skály (Hučín, 2001) parakomunikace rozmělnjuje dění ve skupině. Vede k vytváření antiterapeutických skupin (podskupin), jež snižují loajalitu a pocit sounáležitosti s komunitou a mohou narušovat psychoterapeutický proces. Podskupinu tvoří i milostný pár ve skupině. Klienti tvořící zamilovanou dvojici se snaží jeden před druhým vypadat lépe, jsou tedy částečně omezeni ve své otevřenosti. Mají-li mezi sebou těsný vztah, lze u nich předpokládat parakomunikaci, ve které může docházet k důležitým sdělením, které by neměly zůstat před komunitou skryty (Hučín, 2001).

Bez iluzí si můžeme přiznat, že spousta sexuálních interakcí, intimních sexuálně laděných vztahů zůstává komunitě skryta, vždyť jejich prozrazením by byli klienti ohroženi přestupem do jiné komunity, v horším případě vyloučení z léčby (Sadílková, Žáková, 2011).

6.1 Sexuální chování klientů terapeutické komunity

Jedním z cílů TK je osobnostní růst jedince, jeho zrání osobnosti a sebepoznání, ze kterého může dál čerpat v životě „tam venku“ za branou bezpečí TK. Klient TK poznává sám sebe,

uvědomuje si svoje role včetně těch genderových, získává vztah ke svému tělu i duši. Mění maladaptivní vzorce svého chování na takové způsoby, které budou přijatelné jemu i jeho okolí. V průběhu léčby zažívá častou frustraci a napětí, které se učí zvládat jinak než užitím drogy (Kalina, 2013). Jednou z variant, která se jako zakázané ovoce (ne)nápadně nabízí, je sexuální chování. Člověku může posloužit k uvolnění tenze, snadnějšímu navázání vztahů, zvýšení vlastního sebevědomí i sebeúcty, projevení dominance či submise (Weiss, 2010). Ostatně o sexu jako o mocenském nástroji již zmínka byla v souvislosti se zkušeností v Emiliehoeve (Kooyman, 2004).

Dle De Leona (2000) a Rapoporty (in Kalina, 2013) je sex v TK často důsledkem acting outu (agování). Jedná se o obranný mechanismus, který vede k přímému vybití nevědomých emočních impulzů v jednání, v našem případě v sexuální aktivitě (Fonagy, Target, 2005). Díky tomuto uvolnění, probíhá-li tajně, může být narušen psychotherapeutický proces a onen nevědomí impulz zůstává skryt a snižuje se jeho šance na vyplavení na povrch v pro klienta srozumitelné podobě. Navíc sexuální pár začíná tvořit antiterapeutickou podskupinu a rozvíjí soukromý proces budování vztahu skrytý komunitě (Kratochvíl, 1979).

6.2 Sexuální témata na skupinách v terapeutické komunitě

Sexuální témata otvíraná na skupinách TK mají svůj původ v minulosti klientů TK, ale i v každodennosti života v TK. Jejich řešení má za cíl zdravější navazování a udržení milostných a těsných vztahů v životě klientů (Žáková, Sadílková, 2011).

Práce se sexuálně laděnými tématy klade vysoké nároky na terapeutický tým. Terapeuti TK by měli mít na základě osobní sebezkušenosti jasno ve vlastní sexualitě. Ovlivňujícím faktorem k otevření sexuálního tématu je i věk, vzhled a pohlaví terapeuta. I z tohoto důvodu je kladen důraz na genderovou a věkovou vyváženost týmu (Kalina, 2013, Kratochvíl, 2009). Klientům (ve smyslu mužům) se pochopitelně hůře bude hovořit o sexuálních dysfunkcích před mladou atraktivní terapeutkou, než před starším terapeutem (Žáková, Sadílková, 2011). Stále častěji u nás i v zahraničí bývají do programu TK zaváděny oddělené skupiny pro muže a ženy. Toto rozdělení pohlaví má za cíl vytvoření bezpečnějšího prostředí pro otvírání intimních a genderově laděných témat (Nathan, Foster, Ferry, 2011, Justynová, 2010).

Nejčastěji bývají diskutována následující témata:

- Spokojenost se sexuálním životem – v průběhu užívání drog můžeme rozlišit dvě skupiny klientů – ti co vedli intenzivní sexuální život pod vlivem drog a ti kteří pod vlivem drog od sexu více méně abstinovali. U obou skupin panuje zpravidla společná obava, jak budou sex prožívat ve střízlivém stavu. Bojí se, zda vůbec budou fyzicky schopni sexu, zda překonají negativní sexuální zážitky (např. znásilnění, prostituce). (Sadílková, Žáková, 2011). Z vlastní praxe v kontaktním centru vím, že se často absolventi TK, zejména muži,

vracejí k příležitostnému braní pervitinu a jiných stimulačních drog, právě za účelem zkvalitnění sexu či zvýšení sebevědomí při navazování sexuálních vztahů.

- Sexuální dysfunkce - jedná se jak o sex. dysfunkce jež klient pocíťoval ještě před užíváním drog, ale i sexuální dysfunkce vzniklé právě v důsledku užívání drog.
- „normalita“ v sexu a sexuální preference – Jedná se o téma velmi citlivé, subjektivní a do značné míry závislé na terapeutických dovednostech, jelikož v této oblasti bývá pro klienty dle Žákové, Sadílkové (2011) velmi důležitý pohled terapeutického týmu. Zároveň autorky přiznávají, že „Pro obě strany bývá překvapivé, co je pro toho druhého „normální“ a co ne.“
- rizikové sexuální chování – Klienti se často mylně domnívají, že abstinencí od drog končí i rizikové sexuální chování. V této oblasti je třeba intervenovat a zvědomovat pravidla bezpečnějšího sexu a edukovat o pohlavně přenosných nemocech.
- Sexuální orientace – Nevyjasněná vlastní sexuální orientace, homosexualita a komplikace s ní spojené např. nenaplněná touha po dětech či homofobie.
- Sexbyznys – toto téma bývá spojeno s psychickými traumaty. V TK dochází ke střetu rolí, se kterými mají klienti zkušenost – role agresora nutícího k sexu, role prostitutky/prostituta či oběti. Ženy mívají obavy z mužů a jejich potencionálně násilného chování, muži vidí v ženách vypočítavé manipulanky. V TK mají prostor na základě nově získaných zkušeností svůj pohled na opačné pohlaví upravit, změnit (Žáková, Sadílková, 2011).
- Těhotenství a potraty – U žen i mužů bývá toto téma spojeno s traumaty, výčitkami a bolestivým připuštěním a přijetím vlastní zodpovědnosti.
- Sexuální zneužívání v dětství a dospívání a znásilnění – Téma v Tk poměrně časté. Zkušenost, jež je jedním ze zásadních faktorů vzniku a rozvoje závislosti, kdy je návyková látka užívána v rámci sebemedikace (Sadílková, Žáková, 2011). Dle Kožnara (Weiss, 2005) se jedná spíše než o trauma spojené se sexuálním aktem o trauma vyvolané náhlou ztrátou pocitu bezpečí a bazální důvěry, kdy stěžejním rysem je zneužití moci. Této části klientely TK právě pravidlo „Zákazu sexu a partnerských vztahů“ zajišťuje bezpečí a prostor ke znovunabytí bazální důvěry.

Zejména u posledních třech tematických okruhů je třeba, aby terapeuti přistupovali ke klientům obzvláště citlivě, s veškerou obezřetností a vědomím nihil nocere, aby nedocházelo k retraumatizaci klientů.

7 Výzkumná část

V teoretické části je formulován výzkumný kontext práce naznačující rozporuplnost spojenou s pravidlem regulujícím sex a partnerské vztahy v terapeutické komunitě. Ony rozpory jsou stěžejním bodem výzkumné studie, jež se opírá o empirii odborníků z české praxe terapeutických komunit.

7.1 Cíl výzkumu

Cílem práce je posouzení a hodnocení podstaty daného pravidla z pohledu terapeutů českých komunit pro uživatele drog. K bližšímu zkoumání slouží hlavní cíl a k němu se vztahující podcíle.

Hlavní cíl: Evaluace interpretace pravidla „Zákaz sexu a partnerských vztahů“ v TK a způsobu jeho využití.

Podcíle: Zjištění postojů terapeutů v TK k pravidlu „Zákaz sexu a partnerských vztahů v TK“.

Podcíle: Zmapování současného stavu výkladu pravidla „Zákaz sexu a partnerských vztahů“ terapeuty v Terapeutických komunitách v ČR.

Podcíle: Zmapování způsobů využití pravidla „Zákaz sexu a partnerských vztahů v Terapeutických komunitách v ČR“.

Spojení „zákaz sexu a partnerského vztahu“ je pouze pracovním sjednocujícím pojmenováním, které nemusí zcela odpovídat názvu pravidla využívaného v terapeutické komunitě.

7.2 Výzkumné otázky

Na stanovené cíle navazují výzkumné otázky, jež jsou v rámci sběru dat podrobněji rozpracovány.

1. Jaká je interpretace pravidla „Zákaz sexu a partnerských vztahů“ u jednotlivých členů terapeutického týmu v TK?

2. Jaký postoj² zaujímají k pravidlu jednotliví členové terapeutického týmu TK?
3. Jaká je prevence porušení pravidla?
4. Jaký je reálný postup v TK při porušení pravidla?

7.3 Typ studie

Výzkum má dvě linie, které spolu úzce souvisí a vzájemně se ovlivňují. Společným jmenovatelem pro ně je kvalitativní evaluace založená na normativním přístupu (Miovský, 2006). Jedna část výzkumu je věnována postojům terapeutů komunit, jejich názorům, zkušenostem a návrhům vztahujícím se k diskutovanému pravidlu „Zákaz sexu a partnerských vztahů“. V tomto směru je využito expertní evaluace.

Současně probíhá v druhé linii evaluace procesu (Miovský, 2006), kdy je zkoumáno ukotvení pravidla v Operačním manuálu a jeho implementace do reálné praxe se všemi důsledky, které přináší. Pro názornější porozumění podstatě problému slouží Schéma paradigmatického modelu, které dotváří závěr celé evaluace. Účelem je dle Švaříčka a Šed'ové (2007) formulovat klíčová tvrzení takovým způsobem, aby se soustředila kolem ústředního zkoumaného jevu. Zjednodušeně lze říci, že se jedná o popis kategorií a vztahů mezi nimi.

7.4 Výzkumný soubor

Základní soubor výzkumu tvoří terapeuti terapeutických komunit České Republiky orientovaných na léčbu závislosti na návykových látkách. Výzkumný soubor byl vybrán metodou kvótového záměrného výběru, kdy kvótu představovala kvalita poskytované služby průkazná certifikátem RVKPP (Miovský, 2006). V současné době je v České republice 10 certifikovaných terapeutických komunit zaměřených na léčbu závislosti (Fidlerová, 2013). Prostým záměrným výběrem bylo z těchto 10 terapeutických komunit vybráno 5 s ohledem na předpokládanou spolupráci. Z každé komunity se dle předpokladu a požadavku výzkumníka zapojili minimálně 3 terapeuti do výzkumu.

² Postoj je dán evaluací našich přesvědčení vůči určitému objektu.

Charakterizuje jej: bipolarita - naše mínění se pohybuje mezi póly pozitivní-negativní,
 rozsah - dle intenzity daného postoje
 a ambivalence některá přesvědčení vůči objektu vyhodnocujeme jako pozitivní
jiná vůči totožnému objektu jako negativní (Gálik, 2012).

Z vybraných 5 komunit, 2 poskytují střednědobou léčbu v délce 6-8 měsíců. Zbývající 3 nabízejí dlouhodobou léčbu trvající maximálně 15 měsíců. Obě střednědobé léčby jsou zaměřeny na klienty starší 15 let, další 3 umožňují léčbu osobám starším 18 let.

Terapeutické komunity byly osloveny nejprve emailovou formou. K žádosti o zapojení do výzkumu byla připojena část designu diplomové práce obsahující vymezení výzkumného problému, cíl práce, typ studie a výzkumnou metodu. Na emailovou žádost reagovaly pouze 2 terapeutické komunity. Další komunity byly následně kontaktovány telefonickou formou. Výzkumu se zúčastnily všechny oslovené komunity.

Celkem se výzkumu zúčastnilo 15 terapeutů, z čehož bylo 5 žen a 10 mužů. Z každé komunity tedy nezbytný počet tří terapeutů. Průměrný věk žen činil 34 let, průměrný věk mužů 45 let. Délka praxe se pohybovala v rozpětí od 1 roku do 44 let. U terapeutek byla délka praxe v průměru o polovinu nižší než u mužů. Více jak polovina respondentů (8 terapeutů) měla absolvovaný psychoterapeutický výcvik SUR, dalšími výcviky pak byly psychoanalýza, gestalt, daseinanalýza, integrativní psychoterapie, rodinná terapie. Celkem 13 terapeutů uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání vysokou školu zpravidla zdravotně či sociálně zaměřenou – nejčastěji v podobě sociální práce.

7.5 Metody tvorby dat

Ve studii jsou aplikovány metody kvalitativního výzkumu.

Využity byly polostrukturované (semistrukturované) ohniskové skupiny s terapeutickými týmy komunit. Výzkumník zde zaujímal roli moderátora, jehož úkolem bylo řídit průběh skupiny, dbát na dodržení struktury s ohledem na časové možnosti respondentů a zároveň podněcovat účastníky k vyjádření svého názoru a zapojení do diskuze (Miovský, 2006).

V období dojednávání termínů ohniskových skupin se objevily první obtíže – časová náročnost pro respondenty. Jevilo se téměř nemožné nalézt termín vyhovující alespoň 3 terapeutům komunity.

Terapeuti daných komunit se společně schází zpravidla jedenkrát za měsíc na společnou poradu týmu a dále pak na supervize. Tato společná setkání bývají náročná na čas i pozornost a týmy odmítaly v tyto dny stanovit termín sběru dat. Obdobnou zkušenost týkající se časové náročnosti popisuje i Miovský (2006). Termín skupin byl dojednáván v některých komunitách až 5 měsíců, avšak do výzkumu se zapojilo všech 5 oslovených komunit. Předpokládaná časová dotace na jednu ohniskovou skupinu byla 2 hodiny. Ve všech komunitách byla tato časová dotace naplněna, dvakrát se podařilo skončit již po 60 minutách.

7.5.1 Struktura ohniskových skupin

Krátce po zahájení ohniskové skupiny, obsahujícím pozdravení, přivítání, představení, informace o podmínkách, požadavcích, účelu a časové náročnosti, byly terapeutům rozdány dotazníky obsahující informovaný souhlas a identifikační otázky – věk, pohlaví, délka praxe, vzdělání, směr psychoterapeutického výcviku, stav. Tento dotazník posloužil k popisu souboru. Ohniskem skupiny byl sex a partnerský vztah v terapeutické komunitě. Během skupiny byla předkládána témata korespondující s výzkumnými otázkami. Otázky u jednotlivých témat byly použity nejprve v případě, že skupina na téma nereagovala, nerozuměla mu, nebo chtěla téma více upřesnit. U každého tématu byli členové týmu nejprve vybízeni, aby mluvili sami za sebe a prezentovali své subjektivní názory. Po vyjádření všech členů následovala fáze, kdy se členové týmu měli dohodnout na jednotné odpovědi. V případě, že jednotná dohoda nebyla možná, byla tato skutečnost zaznamenána do záznamového archu. Pořadí témat se v závislosti na dynamice skupiny měnilo. Zahrnuta byla následující témata:

- 1) Formulace pravidla „Zákaz sexu a partnerských vztahů“ - Jak byste toto pravidlo pojmenovali, aby co nejvíce vyjadřovalo svůj význam, tak jak ho sami vnímáte? (v následujících tématech bude používán takový název či názvy pravidla, na jakém či jakých se tím shodne), kde je pravidlo ukotvené a vysvětlené?
- 2) „Zákaz sexu a partnerských vztahů“ jako součást pravidel terapeutické komunity – Kde ho máte vy? Mělo by být součástí pravidel? V jaké kategorii pravidel by se nacházelo? (kardinální, okrajové pravidlo)
- 3) Výklad pravidla - Jaké konkrétní chování by znamenalo jeho porušení? Jak byste pravidlo vysvětlili klientovi? Co vnímáte jako více ohrožující pro komunitu - sex či vztah bez sexu mezi klienty?
- 4) Význam sexu a partnerského vztahu - Co pro Vás znamená sex? Co znamená partnerský vztah?
- 5) Přínosy „Zákazu sexu a partnerských vztahů“ v terapeutické komunitě - jaký je účel? Smysl? Cíl?
- 6) Ztráty „Zákazu sexu a partnerských vztahů“ v terapeutické komunitě - jaké mohou být nevýhody? O co může být komunita a její členové s tímto zákazem ochuzena?
- 7) Zkušenosti s uplatňováním „Zákaz sexu a partnerských vztahů“ – jak uplatňujete, co se děje při porušení? Jaký případ uplatnění pravidla jste prožívali nejsilněji? např. ovlivnil Váš postoj k pravidlu, proběhly neshody v týmu apod.
- 8) Prevence sexu a partnerských vztahů v terapeutické komunitě - jaká preventivní opatření byste uplatňovali v případě, že by se jednalo o pravidlo „Zákaz sexu a partnerských vztahů“?

9) Důsledky v případě sexu či vzniku milostného vztahu v terapeutické komunitě - Co by mělo následovat po zjištění sexu či vztahu mezi klienty terapeutické komunity? Jak s tím dál pracovat?

7.6 Metody zpracování dat

Z ohniskové skupiny byl pořízen vždy audiozáznam a na dvou skupinách i videozáznam. Výhodou záznamové techniky je autentické zachycení projevu účastníků skupiny za možnosti plného soustředění výzkumníka v jejím průběhu. Možnost opakovaného přehrání si záznamu při analýze dat zvyšuje validitu výzkumu.

Nevýhodou záznamových technik, jak se též v rámci sběru dat projevilo, je negativní působení záznamové techniky na respondenty. Mnozí respondenti se před kamerou či diktafonem více stydí, a tak méně prezentují své názory. Bylo nezbytné záznamová zařízení umístit tak, aby co nejméně narušovala průběh skupiny. K zaznamenání zvuku byl použit mobilní telefon a k pořízení videa posloužil notebook. Obě tyto zařízení svým širším využitím vzbuzují méně nervozity a působí více přirozeně než diktafon či kamera.

Využit byl i záznamový arch, který neměl předem danou strukturu. Metoda tužka – papír sloužila zejména k poznamenávání údajů, k nimž bylo vhodné se v průběhu skupiny vrátit.

7.6.1 Využití počítačového softwaru ke zpracování dat

Získané záznamy byly přepsány prostřednictvím programu Express Scribe Transcription. Tento program umožňuje nastavení libovolné rychlosti přehrávání a tím velmi usnadňuje přepis.

S přepsanými záznamy bylo dále pracováno v programu ATLAS.ti, který nabízí snadnou orientaci v textu – např. zobrazení několika textových dokumentů současně, možnost vytváření konceptuálních sítí a jejich grafické zobrazení. V tomto programu probíhala větší část analýzy dat.

7.7 Analýza dat

7.7.1 Transkripce

Transkripcí bylo získáno velké množství dat, které bylo třeba utřídit, aby bylo možné s nimi dále hlouběji pracovat. V rámci transkripce bylo pracováno nejen s audio a videozáznamy, ale též se záznamovými archy.

7.7.2 Otevřené kódování

K podrobnějšímu rozpracování posloužila nejprve technika otevřeného kódování. Otevřeným kódování byl text v programu ATLAS.ti rozčleněn do několika tematických celků tzv. kategorií, jednalo se o redukci prvního řádu.

7.7.3 Axiální kódování

Axiální kódování, neboli vytváření vztahů mezi nově vzniklými kategoriemi. Za tímto účelem bylo využito paradigmatického modelu, jež zahrnuje příčinné podmínky, kontext, strategie jednání, interakce a následky. V tomto stádiu byly výrazně nápomocné funkce programu ATLAS.ti, kde bylo možné vytvářet konceptuální schémata provázaná s otevřeným kódováním a vše zobrazovat v diagramech.

7.7.4 Selektivní kódování

Poslední fází analýzy dat bylo selektivní kódování, proces vedoucí k nalezení centrální kategorie, ke které jsou vztaženy všechny ostatní kategorie (Strauss, Corbinová, 1999). Miovský (2006) v tomto kontextu používá pojem redukce druhého řádu.

7.8 Limity studie

Limitem studie je jednostranný pohled expertů – terapeutů terapeutických komunit, kteří pouze zprostředkovávají názory, postoje a zkušenosti klientů. Odůvodněním k tomuto jednostrannému výběru může být premisa, že stejně jako děti do určité míry prezentují názory a postoje svých rodičů a jsou částečně jejich odrazem, tak i klienti by prezentovali a odráželi postoje a názory svých autorit - terapeutů. Pohled expertů – klientů ve výzkumu zahrnut není a může být předmětem další studie k ověření stanovené premisy.

7.9 Etika

V rámci předkládané výzkumné práce nejsou jmenovány ani nijak vyznačeny terapeutické komunity a její členové. Videozáznamy i audiozáznamy byly ihned po transkripci smazány. Tím byla zajištěna anonymita respondentů. Ve třech komunitách došlo k odmítnutí pořízení

videozáznamu, avšak všichni respondenti souhlasili s audionahrávkou. Účastníci výzkumu předkládali v rámci identifikačních dotazníků informovaný souhlas.

V průběhu sběru dat byly předpokládány následující komplikace a etické problémy:

V rámci ohniskových skupin mohlo dojít ke konfliktu mezi členy týmu z důvodu rozdílných názorů a postojů. V tomto případě by měla být skupina částečně pozastavena s doporučením supervize na dané téma a po zklidnění dále pokračovat. K této komplikaci nedošlo.

Bylo třeba brát ohled na skupinovou dynamiku v týmu, kde výzkumník mohl částečně využít zkušeností a znalostí z vlastního psychoterapeutického výcviku. Jistých znalostí a zkušeností bylo využíváno hojně zejména při snaze zapojit všechny přítomné terapeutky, v rámci navázání pracovní a konstruktivní atmosféry apod.

Dalším očekávaným problémem byly rozpory mezi metodikou popsanou v Operačním manuálu terapeutických komunit a reálnou praxí zmíněnou během ohniskové skupiny. Drobné nuance byly v průběhu sběru dat zaznamenány a jsou popsány v kapitole Vyhodnocení. Terapeuti na ně byly jemnou formou upozorněni.

Výsledky výzkumu jsou prezentovány souhrnně v zájmu zachování anonymity. Terapeutické komunity a členové týmu měli právo odmítnout účast v celém výzkumu a odmítnout odpověď na konkrétní otázky pokládané v průběhu ohniskové skupiny.

8 Vyhodnocení

Z axiálního kódování vzniklo relativně velké množství kategorií. Pro selektivní kódování a hledání centrální kategorie bylo použito 6 kategorií, jež se protínaly ve všech ohniskových skupinách.

Těchto 6 kategorií vychází z již zmíněného paradigmatického modelu (příčinné podmínky, kontext, jev, intervenující podmínky - strategie, interakce, následky) a vhodně navazuje na zvolený typ studie – expertní evaluace. Stanovené kategorie popisují současný stav pravidel regulujících vztah a sex v terapeutické komunitě. Každé kategorii je v následující části věnována samostatná podkapitola obsahující přímé citace z ohniskových skupin a doplňující komentář.

Vztahy mezi jednotlivými kategoriemi jsou prezentovány v diagramu č. 2 Schéma paradigmatického modelu, jež graficky dotváří celkové vyhodnocení analýzy dat.

8.1 Sexualita klientů terapeutických komunit

Následující kapitola vychází z pojetí sexuality, jež je popsáno v teoretické části práce. Teoretické poznatky rozšiřuje o praktický pohled terapeutů českých komunit. Nejedná se pouze o sexualitu v biologickém smyslu, ale též o její psychosexuální význam. Součástí jsou i těsné intimní vztahy. Sexualita klientů terapeutických komunit je vnímána v paradigmatické modelu jako oblast příčinných podmínek.

Následující text odpovídá na výzkumnou otázku věnovanou prevenci porušování pravidla zaměřeného na sex a vztah a vyjadřuje též částečně postoj terapeutů k danému pravidlu.

- Psychosexuální vývoj

„je přirozený, že oni to tady nějak objevují a mají potřebu to hledat a nějak to vyzkoušet a pochopit to...“

„...a taky se nám třeba stává, že ty vztahy bývají homosexuální - máme tak klientky i klienty. Ty vztahy nejsou jenom hetero, v poslední letech je to častější, že klienti nemají jasnou sexuální orientaci.“

„... souvisí to ale taky s nějakými traumaty, kterými prošli, a pak to mělo vliv na vlastní představu o orientaci.“

Citace terapeutů poukazují na potřebu objevování, hledání a zrání v oblasti psychosexuální. V období užívání návykových látek je psychický vývoj člověka pozastaven, může se objevovat i regrese. V období abstinence se zrání znovu obnovuje a jeho součástí je i touha po poznání. K otevření tohoto tématu slouží genderové skupiny či tematické skupiny, kde se mohou zpracovávat témata na kognitivní a emocionální úrovni. Samotný nácvik chování a prožitek je uvnitř komunity upraven pravidly. V rámci cesty za poznáním je preferováno poznávání sebe samého, vlastních hranic a potřeb.

- Přirozená potřeba blízkosti

„Je to normální a někomu to může ... a každý ho to tady potká, ale když přijde ta potřeba a není dobrý prostě pro toho klienta si najít tady partnera a bude mít tady s ním vztah aby tu léčbu tady přežil...“

„...a říkáme jim, že je tady tohle riziko, že potřeba blízkosti hlavně z počátku léčby je...“

„Ještě k tý komunitě, tak tam jsou ty lidi spolu 24 hodin denně, úplně jako těsně tam, tak se tam protínají různé reakce a interakce a když ten člověk jako má tendenci nebo strach se otevřít, protože se mu někdo líbí nebo se zamiluje, je to velice rychlý a pořád to probíhá a vidají se tam pořád a jsou spolu...“

„Jsme tady takový skleník, v nějakých vztazích, které úplně neodpovídají běžný realitě... lidi se tady chovají jinak, líp než venku...“

Ve všech terapeutických komunitách byla zmíněna přirozenost a potřeba klientů navazovat intimní vztahy. Často i v kontextu závislosti, ve které se lidé neumí vztahovat jinak než sexuálně či manipulativně. Dalším argumentem pro potřebu navazování těsných intimních vztahů s členy komunity byl tzv. „skleníkový efekt“ popsáný v posledních dvou citacích. Klienti v komunitě se vídají denně, mají k sobě velmi blízko, jsou v těsných vztazích. Vliv má i Hawthornský efekt³ zapříčiňující lepší chování klientů uvnitř léčby než mimo ni.

Potřeba blízkosti může být saturována těsnými vztahy vznikajícími v komunitě na principu rodinné metafory. Udržením těsného vztahu bez intimního a sexuálního rozměru se klienti učí hranicím v mezilidských vztazích (podrobněji viz následující kapitoly).

- Autoerotika

„Autoerotika je u nás doporučovaná. Na skupinách se o tom mluví. Mně se o tom na skupinách teda nechce mluvit s klukama, ale u holek s tím nemám problém.“ (terapeutka)

„když to není na očích všem, dáváme tomu nějaké hranice...“

„Muži mají na záchodech pornočasopisy a občas jako řešíme, že jsou ulepený a tak, ale nijak jim v tom nebráníme.“

„Erotické pomůcky taky neřešíme, mohou je klienti s sebou mít, v tom klienty i podporujem. ...řešení masturbací je lepší pro uvolnění.“

„... u dívek dbáme na hygienu, třeba půjčování pomůcek a tak...“

„Téma masturbace je zpravidla tématem na mužských skupinách, ale nikoliv na ženských, tam převažují traumatická témata znásilnění.“

Příspěvky z ohniskových skupin vyjadřují jasnou podporu terapeutů v oblasti autoerotiky klientů – vytváření prostoru k masturbaci (pornočasopisy na toaletách) a přípustnost erotických pomůcek. Masturbace je povoleným prostředkem k uvolnění neustálého napětí, jemuž jsou klienti komunity vystaveni, navíc umožňuje poznávání svého těla, sebe samého. Téma autoerotika bývá tématem genderových skupin. V rámci genderových skupin bývá v komunitách dodržován, pokud to aktuální personální zastoupení dovolí, soulad pohlaví terapeuta a členů skupiny. Tento přístup se jeví jako vhodný nejen pro klienty s ohledem na

³ Hawthornský efekt je psychologickou zákonitostí vyplývající z premisy, že člověk je schopen zlepšit své chování, pokud je od něj toto očekáváno a je mu věnována zvýšená pozornost. Tento závěr vyplynul z experimentu realizovaného na konci 30. let, kdy byl zkoumán vliv zlepšeného osvětlení na produktivitu práce. Produktivita práce byla zvýšena, nicméně důvodem nebyla kvalita osvětlení, nýbrž pozornost, jež byla věnována zaměstnancům (Kalina, 2008).

rozličná traumatická témata, ale i pro terapeuty ve smyslu sebejistoty a dostatečné citlivosti v oblasti autoerotiky a dalších témat specifických pro určité pohlaví.

Shrnutí

Psychosexuální vývoj v léčbě díky abstinenci klientů a jejich dozrávání znovu ožívá. Klientům se otevírají nové obzory, jež touží objevit a vyzkoušet. Učí se vztahovat ke stejnému i opačnému pohlaví jinak než byli doposud zvyklí, poznávají hranice vlastní i cizí intimity, řeší otázky spojené s vlastní sexuální orientací, zpracovávají sexuální traumata. Jejich emoce a sexuální potřeby po delší drogové odmlce nabírají na síle a je přirozená touha po jejich uspokojení. Důraz je kladem na kontext uspokojování sexuálních i vztahových potřeb, který by měl být v souladu s léčbou, tedy posilovat vědomí sebe samého a neparazitovat na jiném. Dle výstupů předložených citací je možné odpovědět na výzkumnou otázku zaměřenou na prevenci sexu a vztahu v komunitě. Preventivními činiteli jsou genderové skupiny, posílení vědomí sebe samého, práce na sobě a autoerotika. Částečně je zde též vymezen postoj terapeutů k pravidlu, všichni účastníci ohniskových skupin vyjádřili pochopení a respekt k přirozené touze po intimní blízkosti a sexuálních aktivitách.

8.2 Kontraindikace sexu a vztahu v terapeutické komunitě

Lékařský termín kontraindikace v pojetí této kategorie představuje souhrn faktorů či stavů, jež působí proti léčebnému procesu v terapeutické komunitě. Jedná se o kontext v paradigmatickém modelu. Kontext, ve kterém se jeví uspokojování sexuálních a vztahových potřeb jistou formou jako nežádoucí pro efektivní léčbu a fungování komunity.

V této kapitole je předkládána odpověď na výzkumné otázky věnované interpretaci pravidla „Zákaz sexu a partnerského vztahu“ jednotlivými členy terapeutického týmu a částečně se zde projevuje i postoj terapeutů k danému pravidlu.

Prostřednictvím negativních konotací je terapeuty vysvětlováno pravidlo regulující sex a vztah v komunitě. V rámci ohniskové skupiny byly následující citace spojovány se smyslem, cílem a důvodem daného pravidla. Jedná se o způsob výkladu daného pravidla klientům.

- ohrožení skupinové psychoterapie

Terapeut vysvětluje důsledky vztahu či sexu mezi klienty komunity: „*Narušuje to skupinovou psychoterapii, protože ty dva lidi potom se projevují v několika věcech jinak, než si myslíme, že je dobrý, aby se projevovali, aby fungovali. To znamená třeba, že zastávají se jeden druhého, neotevřou se úplně, protože nechtějí, aby ten koho mají rádi, aby věděl o něm jako nejtajnější věci, třeba ty negativní, žárlí na sebe všelijak, protože někdo prostě se potřebuje otrkat ve vztazích s holkama, takže osloví nějakou a někdo po něm jde, že mu dělá do jeho holky, a to se nám tam úplně nehodí, nechceme je tam mít.*“

„...v tý skupině, aby to správně fungovalo, aby z ní měli maximální užitek, tak to tak musí být, protože to jinak tu skupinu devalvuje.“ Vyjádření k porušování kardinálních pravidel ve smyslu porušení abstinence, sexuálního kontaktu či partnerského vztahu s členem komunity jako k faktorů, které mohou být pro skupinu devalvující, není-li s ním dále pracováno.

„Takže ve chvíli, kdy tam to, že ten člověk zažívá s někým něco hezkýho, že třeba se to blíží k partnerskému vztahu, tak o tom rád budu vždycky, nebo budu chtít, aby se tady o tom mluvilo, ale taky si ten člověk musí uvědomit, že má za ten vztah zodpovědnost, kterej tady nelze léčit jako párovou terapii, nebo něco co je součástí tohoto procesu, protože jestli se opíráme o skupinovou dynamiku ve skupině, tak pár tady vždycky udělá paradigma dynamiku, takže v tuhle chvíli to nejde. Já to neumím, já to nedokážu. Já neumím, řešit, že tady někdo miluje někoho a přitom by měl bejt otevřenej ve skupině a bejt otevřenej všem. Já jsem to za celou dobu, co to dělám, nedokázal. Jestli to někdo umí, tak klobouk dolů, ale v jedný malý skupině si to nedokážu představit.“ Takto reagoval jeden z terapeutů na pobídku k podrobnějšímu vysvětlení pravidla „Zákaz sexu a partnerských vztahů“ v komunitě. Z jeho projevu byla znatelná v první části razantnost a sebejistota v druhé části v tónu zaznívala ironie.

„Jestliže se bavíme o tom, že ve skupinový psychoterapii nemaj bejt podskupiny. Tak jak tam mohl fungovat pár.“

Uvedené příspěvky popisují vztah a sex v rámci skupinové psychoterapie v podobě devalvace skupiny, konfliktů ve skupině a menší míře otevřenosti ve vztahu interesovaných členů. Zjednodušeně lze říci, že vztah či sex přináší do skupiny jisté komplikace, se kterými není jednoduché pracovat, avšak není to nemožné, dle zkušenosti z jiných komunit. Sex i vztah mohou naopak komunitu o něco obohatit, přinést nová témata nebo podnítit vznik dalších témat, ovšem za určitých podmínek (viz následující kapitoly).

- Délka léčby

„Pro mě je nesmírně důležitěj čas, jsme střednědobá léčba, 6-8 měsíců, kdy se snažíme držet tu nižší hranici časovou léčby a přijde mi to trochu nefér vůči ostatním klientům... Já si dovedu představit, že pokud by ten vztah byl nějakým způsobem legitimní, legální a ta komunita by s tím pracovala, tak myslím, že to patří do dlouhodobých léčebných zařízení, kde se to může nechat proběhnout a je čas na to řešit, co to vlastně znamená... ...se k tomu pak vztahují všichni, lítají tam emoce: žárlivost, agrese a všechno to zpracovat trvá nějakou dobu a komunita tomu musí dát nějakou energii a pokud se budeme bavit měsíc a půl o nějakém vztahu, tak kde jsou témata těch ostatních.“

„Ale aby mohl svobodně zpracovávat ten vztah, tak musí nejdřív dělat na sobě a věnovat se sobě. Člověk má bejt zaměřenej na sebe, má udělat strašně moc změn, tak se nabízí, že by mohl projít i tím vztahem, a potom ten vztah zpracovat. To by bylo jakoby fajn, ale to by musel bejt v léčbě moc dlouho.“

Obě zmíněné citace upozorňují na délku léčby, každá však z trochu jiného úhlu. Zatímco v první citaci je sledován zájem celé skupiny a vyjádřena obava, že by se nedostalo na jiná podstatnější témata i s ohledem na otevřenost skupiny a neustálý přísun nových klientů. V druhém příspěvku je brán zřetel na jednotlivce a jeho individuální proces zrání. Uvedena je i určitá posloupnost – nejdříve se věnovat sobě a vlastnímu růstu a následně vztahu. Druhý příspěvek se v tomto bodě prolíná s následujícím faktorem, jímž je zralost klientů.

- (ne)Zralost

„Oni přicházejí s nějakou závislostí, mají vlastní témata a potřebují se postavit na vlastní nohy a postarat se sám o sebe, v této chvíli nejsem schopný být rovnocenný partner a být nějak bezpečný pro toho druhého, takže to není, nemám na to čas ani místo na to. Ty sympatie, zamilovanost a sexuální touha se objevuje, a pak s tím nějak pracujeme a je na nich aby to přinášeli, tohle téma. Často to pro ně bývá nějaká forma, jak získat něco jiného, zastírá to jiné téma, než je téma toho vztahu, je to spojený s jejich nezdravým stylem chování venku, nezdraví vztahování se k druhému, využívat, zněužívat druhého, mít nějakou výhodu a to sem jako nepatří, pak následuje vysvětlování toho, proč se to děje, jak se to děje.“

„Je fakt, že si pak nedají stejné šance. Zatímco někdo dojde až do druhé fáze a někdo hned co nastoupí, tak se ho někdo ujme a mají spolu vztah, tak mu vezme tu šanci něco z té komunity získat. My máme druhou fázi zhruba od 3- 4 měsíců, kdy už má něco za sebou.“
Vyjádření terapeuta z komunity, kde jsou za určitých podmínek povoleny vztahy i sex od 2. fáze léčby.

„Tohle se nedoporučuje s ohledem na to, že v době léčby to jde proti smyslu a efektivitě té léčby, to znamená, že se pak nesoustředí sami na sebe a nejsou dostatečně zatím připravení a zralí, aby měli vztah s někým jiným.“

Všechny uvedené citace se shodují v nedostatečné zralosti klientů k navazování vztahu. V prvním příspěvku jsou popsány projevy nezralého vztahování se v podobě manipulativního chování.

Proces zrání je součástí léčby v komunitě a má svou stanovenou posloupnost stejně jako vývoj člověka. Tato část navazuje na předchozí kapitolu věnovanou délce léčby. Na zpracování určitých témat je třeba určitý čas. V druhé citaci je tento faktor reflektován, první fáze (0.-1.) jsou věnovány zaměření se sám na sebe, „postavení se na vlastní nohy“ a od druhé fáze má již klient povoleno navazovat v komunitě intimní vztahy, je mu dána podstatně větší zodpovědnost. Počátek druhé fáze v této komunitě je cca po 2-3 měsících léčby, tedy za obdobně dlouhou dobu jako trvá krátkodobá léčba.

- Forma úniku ze skupiny

„Je to pro ně možná nějaký způsob, jak se vyhnout terapii, utýct si do vztahu.“

„Není dobrý prostě pro toho klienta si najít tady partnera a bude mít tady s ním vztah, aby tu léčbu tady přežil, a bude s ním uzavřený v nějaký bublině, protože pak se nevěnuje svému tématu.“

Pokud hovoříme o vztahu, často používáme spojení uzavřít vztah, vstoupit do vztahu, být ve vztahu. Tato spojení sama o sobě naznačují přestup odněkud někam. Ze světa, kde jsme obklopeni lidmi, do svazku, kde je naše pozornost zaměřena jen na toho jednoho člověka, ve kterém hledáme oporu, útěchu a kterému chceme být rovnocenným partnerem. Onen partner je pro nás něčím významnějším a důležitějším než jsou všichni ostatní.

- Náročnost procesu

„Já si vůbec nedokážu představit, že by ty klienti absolvovali tak náročnej proces změny a k tomu aby prožívali milostnej vztah, protože zažít milostnej vztah, je emočně tak strašně náročný a po tý době kdy jsem třeba na jistých jakoby opiátech nebo stimulantech, tak najednou ten pocit je euforickéj, Takže jako mít tady milostnej vztah a v klidu o něm, konzumovat ho a dál hovořit o sobě, bez toho abych si hlídal, kdo mi balí tu holku, bez toho, že bych si hlídal jak před ní vypadám, to neznamená, že nedokážu být otevřenej a když na mě budou zpětný kritický reflexe, abych je unášel před tou holkou, to jsou tak silný dynamický procesy, který si myslím, že jsou hrozně těžce slučitelný s tím na co se ptáš. Ta idea je krásná, ale já si nedokážu představit, jak by to fungovalo.“

„... je důležitý, aby si klient uvědomil, zda se chce léčit, nebo balit někoho v komunitě. Je důležitý, aby si klient vybral, čemu chce věnovat čas. Někomu se podaří tím tady projít a ten vztah nemít...“

V průběhu ohniskových skupin se opakovaně objevovalo téma určitého ultimáta, kdy si klient má vybrat mezi vztahem či léčbou, tak jak naznačuje druhý příspěvek. Samotný proces léčby je popisován jako natolik náročný a to nejen časově, ale i emočně že prožívání vztahu mezi klienty v léčbě se jeví jako obrovská zátěž na dané osoby.

- otevřenost

„pokud je klient s jiným klientem ve skupině ve vztahu, snaží se udělat hezčí, snaží se zalíbit, nemluví tolik otevřeněji, to pak brzdí vztah i komunitu.“

„Já to znám jenom z praxe, oni se úplně odmlčej“

„i když jsou to partneři tak jsou věci ,který spolu sdílet nechtěj a museli by teda vznikat prostory, aby to mohli sdílet někde jinde no.“

První citace popisuje Hawthornský efekt, který byl již zmíněn i bez ohledu na stávající vztah. Další citace naznačuje témata, která mezi sebou partneři sdílet nechtějí. Obecně jsou určitá témata, která klienti nechtějí sdílet před celou skupinou a využívají k tomu deníky, genderové skupiny a individuální pohovory s terapeutem.

V jedné z komunit, kde výzkum probíhal, byly vztahy povolené od 2. fáze pouze za té podmínky, že klienti museli pravidelně o svém vztahu skupinu informovat. V jiných komunitách se objevovala zkušenost, kdy se klienti mající spolu vztah úplně odmlčují. Důvodem ovšem nemusí být vztah, ale hrozba vyloučení za porušení pravidla.

- Zdrženlivost

„Že to musíme nějak kontrolovat a máme na to nástroje, že se třeba i učeť být zdrženlivý vůči nějakému životnímu stylu jako k drogám a jiným věcem, tak se učeť bejt zdrženlivý i k tomuhle, zkrátka jak nezískat hned to, co potřebují.“

„Tak my se jim snažíme vysvětlit, jako, aby se učili v těch vztazích a nějak s nimi zacházet, zároveň tam musí být nějaký hranice, přes které třebas jsou individuální ty hranice, jsou důležitý k tomu, aby se naučili lépe se vztahovat než doposavad a souvisí to i se zdrženlivostí nějakou, prostě jako otevřít se před tou skupinou a ne jenom to sdílet s jedním člověkem jakoby se strachem. Myslím si, že je to vlastně, že se to vysvětluje poměrně obtížně, napoprvé se to úplně nepodaří a je třeba to nějak opakovat. Pak se to chápe líp, když už třeba někdo má ty tendence, tak se to pak postupně řeší a rozebírá a je možné se o tom bavit u nějakého konkrétního případu. Tak pak se to chápe líp, než když se jen řekne, takhle to tady je.“

Téma zdrženlivosti bylo spojováno s tématem zralosti. Zralý člověk dokáže uspokojení svých potřeb odložit v čase, tedy být zdrženlivý. V příspěvcích je též patrná paralela sexu a vztahu s konzumací drog. Jako součást zdrženlivosti můžeme vnímat i stanovování hranic. Nezdrženlivost a bezhraničnost jsou ústřední aspekty závislosti, které jsou v léčbě v rámci procesu zrání budovány a kultivovány.

- drogový vztah

„komunita jako taková je vzorek lidí, který mají hrozně podobnou historii a hrozně podobný vztahy a mně nepřijde zdraví a až jako téma velmi důležitý, že tyhle lidi, kteří půjdou spolu do vztahu je to pořád partner, partnerka z té samé komunity předešlé, to znamená z ulice se stejnou feťáckou historií, bejvalej uživatel uživatelka a ono se to docela dobře objevuje i na těch doléčovacích, kdy oni nejsou schopní si najít partnera, který nemá za sebou žádný drogy, je vlastně bezpečnej. Přijde mi prostě, že je lepší aby si zkoušeli ty vztahy s někým jiným než s člověkem, který to má stejný jako oni.“

„...mít někoho kdo bral je mnohem víc ohrožující, než mít někoho kdo nebral. Oni se často pak vracejí a nacházejí si mimo léčbu klienty, kteří dřív brali a nacházejí se mimo služby.“

„Je to otázka sebevědomí. Pro ně, kdy vlastně přijímají sami sebe se svojí minulostí, že i já ten člověk bývalí feťák, co má žloutenku, tak mám na to získat partnera a žít normální život.“

Drogový vztah je i v odborných kruzích spojován s přívlastkem neperspektivní, jež vychází z faktu zvýšeného rizikového potenciálu relapsu ve vztahu dvou lidí s drogovou minulostí. Jako významný se jeví fenomén párování osob s drogovou minulostí, kdy toto jeden

z terapeutů odůvodňuje sebevědomím. Může se ovšem jednat i o téma odvahy a pohodlnosti. Z pohodlnosti mohou tyto osoby hledat partnery ve známém drogovém prostředí, navíc se bude jednat o člověka s charakteristikami velmi známými z vlastní zkušenosti a popřípadě i z léčby. Snižuje se tak obava z případného zklamání a není třeba odvahy ke vstupu do neznámého nedrogového vztahu.

Shrnutí

Kontraindikace vztahu a sexu v léčbě se projevily celkem v 8 oblastech, které spolu vzájemně úzce souvisí a naznačují komplikovanost kontextu. Pro snadnější orientaci v textu a pochopení výše popsaného může posloužit následující Diagram č. 1 Kontraindikace vztahu a sexu v terapeutické komunitě.

Fialová část diagramu zobrazuje vlastnosti klientů komunit, jež do určité míry vyplývají z jejich závislosti. Zralost, v souvislosti s uživateli drog spíše nezralost vede k omezené zdrženlivosti. Člověk nedokáže své uspokojení odložit v čase. Je bezhraniční, jelikož není dostatečně vyžralý a neprošel vývojem tak, aby si funkční hranice vytvořil. Vztahy mu mohou sloužit jako manipulativní nástroj. Vstupuje do drogových vztahů, respektive do vztahů s lidmi, jež mu jsou podobní, mají drogovou minulost.

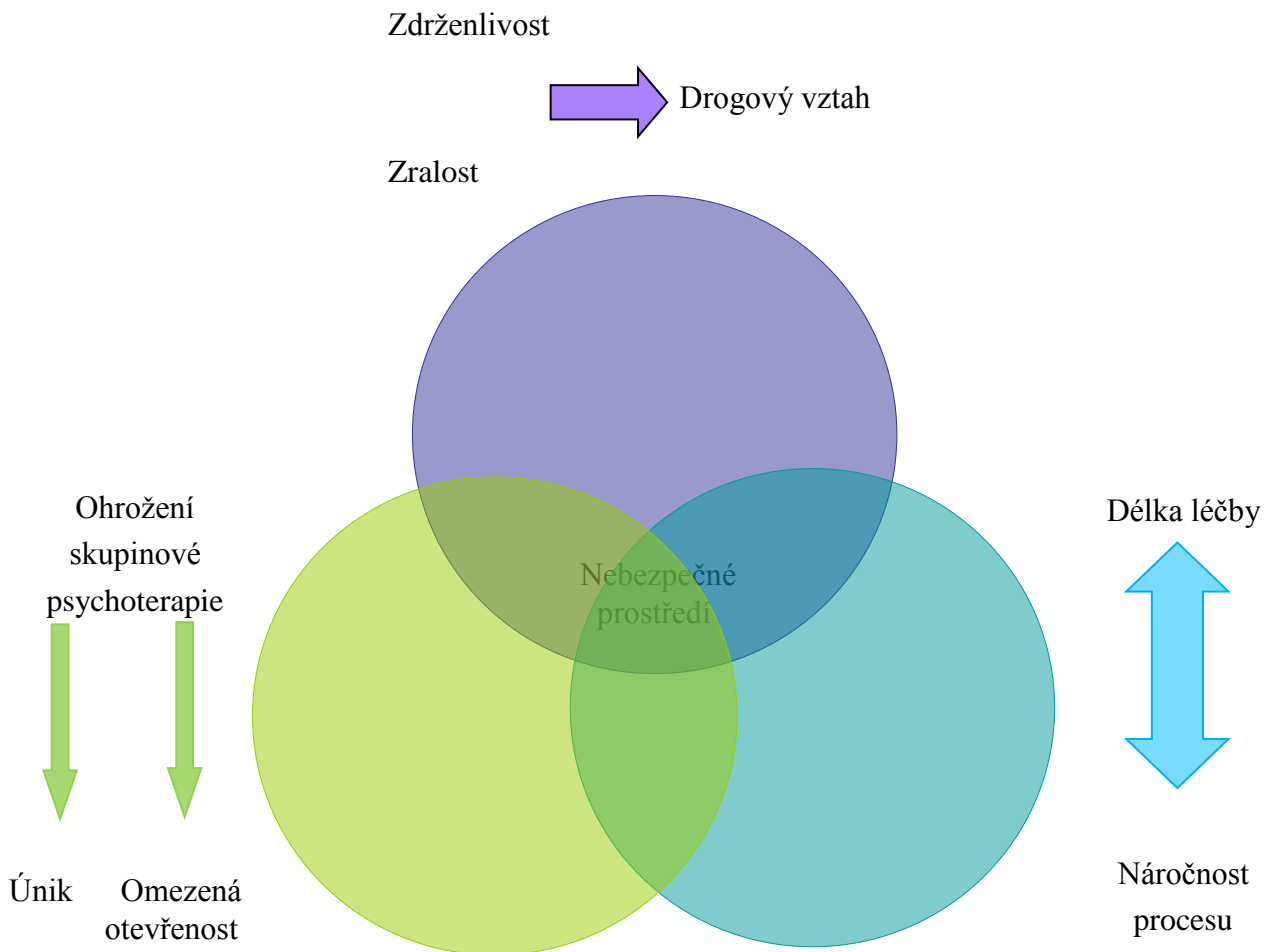
Na této části má klient v léčbě pracovat – dozrávat, učit se zdrženlivosti a zvyšovat si sebevědomí, aby se nebál vstupovat do „střízlivých vztahů“ ve smyslu vztahů s lidmi, jež nemají drogovou minulost, nikoliv drogové vztahy kultivovat.

Psychoterapeutický proces a dozrání jeho osobnosti je nahuštěno do relativně krátkého času, o to více je intenzivní a náročný pro jeho účastníka. Na některá témata nezbývá čas, na jiná je kladen větší důraz, což samo o sobě může být stresující. Tento aspekt ilustruje modrá část diagramu.

Nahromaděný stres má člověk tendenci uvolnit. Jedním ze způsobů může být vztah či sex. Obě aktivity jsou v komunitě nežádoucí, a pokud k nim dojde, vzniká tajemství, za které hrozí vyloučení. Na skupinách je třeba se více hlídat před komunitou i před partnerem, aby tajemství nebylo vyzrazeno a partner nás viděl v lepším světle. Skupinová psychoterapie je ohrožena.

Nezdrženlivost, nezralost, neotevřenost, únik, ohrožení skupinové psychoterapie, náročnost procesu a délka léčby vytvářejí podmínky pro vznik nebezpečného prostředí a zároveň jsou hlavními argumenty při vysvětlování pravidel, jež jsou zaměřena na sex a vztah v komunitě. Jejich negativní konotace uváděné v citacích vytvářejí postoj terapeutů k sexu a vztahu v komunitě a zároveň k jejich regulaci.

Diagram č. 1 Kontraindikace sexu a vztahu v terapeutické komunitě



8.3 Vztah a sex v terapeutické komunitě

V této kapitole bude vymezeno, co pojmy sex a vztah v pojetí terapeutů znamenají. Jak a zda vůbec v komunitách k tomuto chování dochází a pokud ano, tak za jakých podmínek. V rámci paradigmatického modelu je vztahem a sexem v komunitě míněn jev.

- Sex mezi klienty terapeutické komunity

Ve všech zúčastněných terapeutických komunitách byl pojmem sex míněn zejména pohlavní styk a dále pak veškeré další sexuální aktivity prováděné v interakci s druhou osobou

vyvolávající vzrušení. Při sběru dat byla věnována pozornost přístupu terapeutů k sexuálnímu chování.

„Nezažil jsem nikdy situaci, když by měli sex a nerozbilo to skupinu, nebo ani jeden ze skupiny neodešel.“

„Dokonce jsem zažil, že někdo z komunity měl sex s někým z komunity a dozvěděl jsem se o tom až pár let potom, co se to stalo. Tak ta klientka měla sex s někým na společný akci komunit, tak tam to prošlo. Ta klientka léčbu dokončila a rituálem.“

„Je to pravidlo, který tady musí být, protože jakmile člověk poruší to, že tady bude jakoby preferovat sex, poruší to pravidlo, tak nelze dál s tím člověkem pracovat na vztahu, sex není vztah.“

„Od druhé fáze si mohou klienti nahlásit sexuální kontakt. Nahlášení sexuálního kontaktu využil za celou dobu pouze jeden klient s klientem, tedy nahlásili to, ale nakonec z toho nějak sešlo. Přineslo to zajímavý věci do skupiny.“

Je třeba uvést, že pouze v jedné komunitě participující na výzkumu je sex mezi členy komunity povolen za určitých podmínek. Klienti od 2. fáze si musí předem před celou komunitou nahlásit sexuální kontakt, aby vše mohlo proběhnout v rámci pravidel. Toto pravidlo bylo zavedeno za účelem snížení disciplinárních řízení s klienty, jež porušili pravidlo zakazující sex mezi členy komunit. Porušování pravidla ovšem setrvalo v nižších fázích. Jako výhodu terapeuti hodnotí, že klienti pravidlu již více rozumí, připadají si svobodnější a nestaví se vůči němu do odporu. Je nutné zde poznamenat, že se jedná o dlouhodobou léčbu, kdy 2. fáze začíná po 2-3 měsících léčby. V jiných komunitách je sex zakázán a k porušení tohoto zákazu se přistupuje poměrně striktně, i přesto že sex nemusí nutně vyvolat negativní následky viz 2. citace.

- Vztah v terapeutické komunitě

Vztah je v komunitě mnohem širší téma než sex. Co všechno je vztah, který je pro komunitu nějakým způsobem rušivý?

„To nemáme přesně vymezeno, lakmusovým papírkem je skupina, kdy jí to začne obtěžovat a začne říkat, nevěnujete čas nám, jste jenom spolu...“

„já mám v poslední době pojem exkluzivní vztahy, jako výlučné. Nemusí být ani intimní ani sexuální ani erotický. To mohou být jen dva kámoši, kteří se scuknout a udělají koalici proti komunitě...“

Podrobné vymezení nabízí pravidla jedné komunity určující 8 hodnotících kritérií vztahu:
„Koalice narušující nebo znemožňující práci v komunitě, projevující se následujícími znaky:

1) uzavírání se před skupinou;

2) prohlašování vzájemného vztahu za soukromou záležitost, do které skupina nemá co

mluvit;

- 3) zájem pouze jeden o druhého, ztráta zájmu o skupinové dění;
- 4) vzájemná ochrana před individuální odpovědností;
- 5) žárlení;
- 6) trávení volného času společně o samotě, na úkor ostatních;
- 7) zatěžování druhého svými problémy, které ostatní obvykle probírají na skupinách či individuálně s terapeutem;
- 8) vnější erotické projevy.“

Výše zmíněné vztahy se snaží komunita eliminovat. Fungovat a probíhat mohou pouze za specifických podmínek v určité fázi léčby. Terapeuti se shodovali, že takovýto vztah nijak nenarušoval komunitu a nepoškozoval zúčastněné, došlo-li k němu na konci léčby v průběhu poslední fáze a byla-li dodržována jistá pravidla (podrobněji v následující kapitole 8.5 terapeutické intervence – stop intervence).

„...my jsme o tom vztahu věděli, oni to nějak dodrželi a pak šli na dolččovák. Byl to nějaký ojedinělý případ... Tam je opravdu nesmírně důležitý přístup tý komunity, jestli jim tu šanci chce dát, jestli jim to vadí a tak...“

Pouze jedna ze zúčastněných komunit, obdobně jako tomu bylo u části věnované sexu, má vztah povolený se souhlasem komunity od 2. fáze léčby.

„...o vztahu se musí hlasovat, vztah se řeší, protože to už zasahuje celou komunitu a zabírá to prostor a tak...my je bereme jako pár, vnímá to celá komunita, můžou mít spolu pokoj na společném výjezdu...“

Shrnutí

Uvedená kapitola je určitým protipólem ke kontraindikaci sexu a vztahu v terapeutické komunitě. Oba jevy se v komunitě odehrávají, oba jsou podmíněny určitými pravidly. Z uvedeného vyplývá, že v oblasti vztahu jsou terapeuti vstřícnější a zaujímají pozitivnější postoj. V oblasti sexu bývají naopak nekompromisní, a pokud k němu dojde a komunita se to dozví, následuje zpravidla vyloučení klienta. V rámci sběru dat bylo zjišťováno, co je pro klienty a komunitu více škodlivé – sex či vztah? Zdálo by se, že dle přístupu terapeutů a ochoty práce se vztahem, bude odpověď jednoznačná. Víc škodlivý je sex. Závěr ovšem tak jednoznačný není. Nad sexem komunita nemá kontrolu, nad vztahem ano, pokud mu jsou nastaveny jasné podmínky. Sex přináší riziko přenosu infekčních onemocnění. Sex může proběhnout, aniž by se o něm kdokoliv dozvěděl, vztah zabírá čas a prostor. Na tuto otázku nelze nalézt jednoznačnou odpověď.

8.4 Pravidla věnovaná sexu a vztahu v terapeutické komunitě

V této kapitole je věnována pozornost pravidlům terapeutických komunit, jenž regulují sex a vztah. Jedná se o strategie, jimiž jsou stanoveny podmínky chování, tak aby bylo dosaženo cíle léčby a zachována fungující komunita. Tato kapitola má opět návaznost na první výzkumnou otázku věnovanou interpretaci pravidla „Zákaz sexu a partnerského vztahu“. Dle dosavadních zjištění by však otázka měla být přeformulována na „interpretaci pravidel regulujících sexuální interakce mezi klienty a exkluzivní vztahy“.

V teoretické části jsou popsána tzv. kardinální pravidla, jejichž součástí je i pravidlo regulující sex a vztah v terapeutické komunitě. Kalinou (2008) je toto pravidlo označeno jako jinak kardinální pro jeho nejasné vymezení. Kardinální pravidla spojuje následek za jejich porušení, který spočívá ve vyloučení klienta z léčby. Pravidla a jejich formulace dle terapeutů českých komunit prodělala v posledních letech mnohé změny. Pravidlo orientované na sex a vztah představuje entitu, která je v neustálém vývoji a ani jeho současná podoba není definitivní. Obzvláště v posledních třech letech je toto téma více diskutované a posouvá se směrem k liberálnějšímu pojetí.

V rámci získaných dat bylo možné rozlišit dva druhy pravidel – výlučná pravidla a regulační pravidla.

- Výlučná pravidla

Všechny terapeutické komunity zahrnují toto pravidlo mezi pravidla kardinální. Dalo by se tedy předpokládat, že pravidla regulující vztah i sex jsou výlučná, tedy ta, za jejich porušení následuje disciplinární řízení a vyloučení člena komunity. Jedná se o pravidla, která něco zakazují. Vyloučení klienta ovšem za porušení tohoto pravidla není samozřejmostí, na rozdíl od jiných pravidel.

„...jediný co je výlučný je užití drogy, to jednoznačně znamená vyloučení z komunity. U těch ostatních agrese, šikana, vztahy, a my máme často i nerespektování léčby, tak je to na delší běh a na vysvětlování a práci s tím tématem, tak máme nějaké nástroje, jak s tím pracovat...“

„Ve smyslu těch kardinálních pravidel, tak jsou některý, přes který vlak nejede, užití, donešení drog. Fyzická i psychická agrese ve smyslu vydírání a šikany, tak přes to vlak nejede. Myslím, že to je o pravidlech nějakýho vzájemného soužití a ve chvíli, kdy se tohle objeví, tak já jsem z těch, který pak i třeba ten odchod iniciuju. Jako nejsme tady od toho aby někdo někoho třískal a ponižoval a tak.“

„Je to pravidlo, který tady musí bejt, protože jakmile člověk poruší to, že tady bude jakoby preferovat sex, poruší to pravidlo, tak nelze dál s tím člověkem pracovat...“

Z citací vyplývá, že přístup k jednotlivým kardinálním pravidlům je v komunitách rozdílný. Odlišnost názorů byla zaznamenána i mezi terapeutů totožné komunity. Co je hodno

vyloučení a s čím je možné ještě pracovat? Důležitou roli dle terapeutů hrají okolnosti porušení pravidla a následný přístup klienta a přijetí zodpovědnosti za své chování.

Jako určitý problém se při porušení pravidla o sexu a vztahu jeví, koho vyloučit. Pravidlo porušili dva klienti, vyloučen bývá zpravidla jeden.

„My máme takovej úzus, že ten služebně starší odchází, protože by měl být zodpovědnější. Samozřejmě je to diskutabilní, v jiných komunitách se o tom jedná, ale já myslím, že když je to nastavený, jak se to bude řešit, tak je to bezpečnější, než když to je k diskuzi.“

„...komunity a i klienti se k tomu vyjadřují, co si myslí, že by bylo dobré udělat ve prospěch těch dvou lidí, aby se mohli dál léčit a dneska je to naprosto otevřený a zároveň si to řeší i oni dva sami...“ Zde je kladena značná část zodpovědnosti na skupinu a ve vztahu zapojené klienty.

„Je jedno jestli odejde ten starší nebo ten mladší. Naším úkolem je, aby tou léčbou prošli...“

„...se zvažuje při vyhazovu na kolik to toho klienta ohrozí.“

„Rozhodujeme se pak třeba i podle toho pro koho je místo v druhé komunitě, tak podle toho pak jeden třeba zůstává, nebo i pro koho by bylo náročnější odcházet, nebo i ten kdo je tady delší dobu a víc jsme do něj investovali.“

Pokud má komunita jasně stanoveno, který z klientů to bude, vyvolává to sice méně diskuzí v týmu, ale i určitý pocit nespravedlnosti. Častěji se v komunitách objevoval individuální přístup a zvažování mnoha dalších faktorů.

- *Regulační pravidla*

Regulační pravidla označují taková pravidla, jež stanovují určité podmínky a nabízí více alternativ řešení.

Neznamená to, že když právě, řeknou, máme se rádi a máme partnerský vztah, tak to není důvodem k vyhazovu, nebo stejně tak to, že někdo se vrátí z vycházky, řekne – nezvládl jsem to, dal jsem si. Dál se s tím ještě pracuje.“

Pravidla jsou formulována mírnější formou jako jakási doporučení či místní dohoda vedoucí k omezení chování a určitých potřeb. I v případě, že se v názvu pravidla objevuje „zákaz“, jeho výklad je mírnější formou.

„Pravidlo zdrženlivosti, zdržení se sexuálních kontaktů a navazování milostných vztahů mezi sebou navzájem.“ Tato formulace se objevila ve dvou komunitách.

„Nebudu v komunitě navazovat sexuální a erotické vztahy a druhý je, nebudu se v komunitě uzavírat do příliš úzkých vztahů. K tomu máme asi 8 kritérií, jak se to pozná.“

„Zákaz navazování sexuálních a partnerských vztahů.“ V rámci manuálu je kardinální pravidlo ve dvou komunitách formulováno uvedeným způsobem, avšak terapeuti jej vnímají spíše jako doporučení, než zákaz. I v rámci své praxe jej jako doporučení klientům vysvětlují.

Nejčastějším argumentem terapeutů pro benevolentnější formulaci pravidla bylo otevření prostoru ke komunikaci o porušení daného pravidla a zboření nálepky zakázaného ovoce.

Podrobněji o podmínkách, které vyplývají z regulujících pravidel, pojednává následující kapitola.

Shrnutí

Pojetí a výklad kardinálních pravidel se v historickém kontextu neustále mění a vyvíjí. Z původně výlučných pravidel, za jejichž porušení následovalo vyloučení, se stávají regulační pravidla nabízející širší možnosti terapeutické práce. Sex a exkluzivní vztah v komunitě se přesouvá z tabu do diskutované roviny nabízející více alternativních řešení. Pokud regulační pravidla nemají očekávaný efekt, přistupuje se k pravidlům výlučným. Zde vzniká otázka, koho z dvojice, jež měla sex či nezvládla udržet hranice vztahu vyloučit? Převažuje individuální přístup, kdy jsou zvažovány okolnosti porušování pravidla i udržení klientů v léčebném systému.

Obě formy pravidla sdružuje strategické pojetí zacílené na metaprávidla komunit.

8.5 Terapeutické intervence

V předchozí kapitole v rámci regulačních pravidel byla naznačena různorodost terapeutických intervencí v oblasti sexu a exkluzivního vztahu v komunitě. V paradigmatickém modelu terapeutické intervence zastávají okruh interakcí, jednání. Zahrnují praktické nástroje, které se s v současné době v českých terapeutických komunitách uplatňují. Terapeutické intervence představují odpověď na 4. výzkumnou otázku věnovanou reálnému postupu při porušení pravidla.

- Verbalizace

„My nemáme žádný návod. Řešíme konkrétní situaci, chceme, aby klienti řekli, co to je za chování, co to znamená.“

„Co je první u mě kolem vztahu, tak je to, že se dokážu bavit s klientkou, kterou mám třeba v garantství, o tom, co se děje, jestli cítí k někomu nějakou blízkost, a tak dále. A to je jako jedna rovina, která nemusí znamenat, že se rozjíždí nějaký vztah, ale kde je možný o těch věcech mluvit, Další je, že existují oddělené skupiny a i na standardních skupinách, ale to zas má jinou intimitu.“

„Jak už se o tom začne mluvit, tak už to není tak jako tajemný a přitažlivý a o to nám jde, aby se o tom mluvilo. Aby se učili na těch svých citech, s nima zacházet a ty vztahy nějak jako vytvářet a vztahovat se lépe, takže když se to probírá ve skupině, tak se na tom můžou něco naučit a o to nám vlastně jde. Úplně to zakázat nemůžeme, to prostě nejde. Když to nastane, tak cesta je taková, co nejdřív to zveřejnit a dostat to do skupiny.“

Terapeuti se shodují, že první využívanou intervencí je zveřejnění porušení pravidla. Součástí je vytvoření takového prostředí, kde je možné bez svazujících obav mluvit o exkluzivních vztazích k druhým, případně o sexuálních interakcích s druhými (individuální pohovor, standartní skupiny, gender skupiny). Verbalizace tohoto tématu je přínosná pro skupinu z několika aspektů: lepší porozumění pravidlu zaměřenému na sex a vztah v komunitě, vytvoření vlastního postoje k pravidlu, v hledání hranic ve vztazích.

- Zapojení skupiny

„o vztahu se musí hlasovat, vztah se řeší, protože to už zasahuje celou komunitu a zabírá to prostor a tak, ale jestli se rozhodnou, že se spolu na nějakém osobním volnu vyspí, není to téma...“

„Pokud řeknou, že se mají rádi a chtějí spolu být, tak pak řešíme, co to pro skupinu znamená, jestli je to pro ni ohrožující a tak. Není to v tu chvíli důvod k vyhazovu, ale pokud to přeroste nějakou míru, kdy už nebude možný fungovat, tak pak asi jo a jeden z nich musí odejít.“

„Všechno je s ohledem na ostatní, tedy i pokud mají schválený vztah tak není ok když by se před všemi líbali a podobně. To si ta skupina řekne, protože to pro ni není příjemný, je jim to nějakým způsobem líto.“

Prostřednictvím verbalizace je do tématu sexu a vztahu zapojena skupina. Je jí přisouzeno rozhodovací právo a tím pádem i značná část zodpovědnosti za dění v komunitě. Samotná skupina má vlastní rozpoznávací schopnosti toho, co je pro ni škodlivé a co nikoliv. Důležitý je i postoj zaangažované dvojice, jež je ve vztahu, prožila sex, na níž záleží, zda bude schopna i nadále pokračovat v léčbě.

- Stop intervence

Jedná se o intervence, jež mají exkluzivní vztah zastavit. Vztaženy mohou být i na situaci, dojde-li k sexuální interakci mezi dvěma klienty. Tato forma intervencí je využívána ve všech komunitách, které participovaly na výzkumu. Liší se pouze v názvu a podobě uplatnění, jak naznačují níže uvedené citace.

„V rámci kontraktu je stanoveno, že se pravidelně mluví, o tom jak se jim daří dodržovat kontrakt a na to skupina nějak reaguje. Může to být klidně jedenkrát týdně. Forma kontraktu je různá.“

...je teda nějaký vztah, který lze ještě jako pozastavit a ty dva vypadají, že jsou ochotný s tím pracovat, tak se domluví, že budou mít distanc. To znamená, že budou dodržovat pravidlo o tom, že se nebudou nikde vyhledávat, nebudou nikde o samotě, prostě nebudou dělat kroky, který by rozvíjeli ten vztah. Že to vlastně zastavují na tu chvíli a zároveň to budou nějak pravidelně hodnotit, jak se jim daří ten vztah dodržovat.“

„...vystavíme doporučení ke změně chování, tak on se nezmění, protože jako kdyby to uměl, kdyby to bylo tak jednoduchý tak by to už dávno udělal, takže my samozřejmě musíme s ním pak ještě pracovat i jinak. Takže tohle je zpráva pro něj i pro celou tu skupinu, tohle si teďka ten tým si myslí, že v tom je potřeba něco udělat. Zase se k tomu může skupina i vyjádřit a říct třeba my si myslíme, ještě tohle nebo tak. A to se pak už vyhodnocuje jednou měsíčně na velký poradě takzvaný...neznamená to, že zase za ten měsíc, ten člověk musí podle tohohle doporučení šlapat jako hodinky, ale ten měsíc je poměrně dlouhá doba na to, aby právě bylo vidět, jestli má snahu s tím pracovat a něco s tím dělat. To je právě to zásadní, že to doporučení vlastně naplňuje a v okamžiku, kdy je jasný, že je to pro něj jenom papír, kterej si dá někde na nástěnkou a nic se neděje. Je to taková naše snaha, aby tomu klientovi bylo možná co nejvíce jasný, co vlastně po něm chceme, protože samozřejmě jenom když někomu vystavíme doporučení ke změně chování, tak on se nezmění, protože jako kdyby to uměl, kdyby to bylo tak jednoduchý tak by to už dávno udělal, takže my samozřejmě musíme s ním pak ještě pracovat i jinak.“

Distanc, doporučení ke změně chování a kontrakt jsou intervence, jejichž cílem je přerušování rozvoje vztahu. Na jejich vytváření se podílí buď pouze tým, tým a celá komunita či konkrétní dvojice. Obsah této intervence je vždy obdobný, zahrnuje omezení kontaktu dvojice bez přítomnosti další osoby. Cílem je udržení větší vzdálenosti zainteresované dvojice. Zároveň je intervence rozprostřena do celé komunity, která hlídá, kontroluje a zhodnocuje její dodržování.

- **Podpůrné intervence**

„My jsme to změnili to pravidlo, že si to teda mohou nahlásit, že tu mají sexuální kontakt a musí se z toho zpovídat. Když už tady mají vztah, tak mají problémy v tom vztahu a tím taky tu skupinu taky nějak zaměstnávají a přinášejí i něco nového.“

„...mají za to taky ale nějaká privilegia - my je bereme jako pár, vnímá to celá komunita, můžou mít spolu pokoj. Kdežto když si nahlásí jen sexuální vztah, tak pak ten pokoj spolu nemají. To rozlišujeme. Nahlášení sexuálního kontaktu využil pouze jeden klient s klientem, tedy nahlásili to, ale nakonec z toho nějak sešlo. Přineslo to zajímavý věci do skupiny.“

Tato forma intervence se objevila pouze v jedné komunitě. Její využití bylo za 6 let pouze v řádu jednotek, přineslo však vždy do skupiny nová témata a působilo spíše pozitivně, neboť vše je učící zkušenost.

Shrnutí

V případě porušení pravidla regulujícího sex a vztah v komunitě jsou využívány jisté intervence, jež mají určitou chronologickou posloupnost. První tři popsané intervence mají za cíl vztah či sexuální interakci zastavit, nebo alespoň omezit. Prvním krokem bývá verbalizace porušení pravidla, následně rozprostření tématu do skupiny, které může být předána část zodpovědnosti za rozhodnutí následného postupu. Dalším stupněm jsou tzv. stop intervence, které se odvíjejí od ochoty ke spolupráci dané dvojice, jež pravidlo porušila. Cílem této intervence je stanovení většího odstupu dvojice, omezení jejich kontaktu vedoucího k rozvoji vztahu. Pokud ani tato intervence nezabere, následuje vyloučení klienta. Poslední zmíněnou možností jsou tzv. podpůrné intervence pracující se sexem a intimním vztahem v komunitě. Stanovují podmínky, za nichž může vztah či sexuální interakce mezi klienty komunity probíhat. Následně pracuje s tímto tématem jako s jakýmkoliv jiným tématem ve skupinové psychoterapii.

8.6 Efektivita pravidla regulujícího sex a exkluzivní vztah v komunitě

V následující kapitole jsou popsány následky dle paradigmatického modelu. Jedná se o významná kritéria efektivity diskutovaného pravidla.

- Bezpečné prostředí

V kapitole kontraindikace sexu a vztahu v terapeutické komunitě můžeme na Diagramu č.1 pozorovat v překryvu všech 8 kontraindikačních faktorů vznik nebezpečného prostředí. Terapeuti jsou si toho dobře vědomi a s tímto cílem aplikují zmíněné pravidlo tak, aby ochránili klienty, respektive vytvořili ochranné prostředí, jak je podrobněji popsáno v následujících citacích.

„Já nemyslím, že je chráníme, ale my jim spíše umožňujeme žít v nějakých hranicích, způsobem, kterej je může ochránit, pokud ho sami přijmou, ale taky nemusí, záleží na nich, a pokud to přijme, tak tím může projít chráněnej a v hranicích, který jsou k dispozici. A to je myslím na tom to cenný, a když on to odmítne, tak není, ta možnost se mu prostě zavře. Ten člověk pokud byl zneužívanej, tak pak není schopen a do těch vztahů utíká a sám není schopen to ovládnout, co se v tom vztahu děje a odmítnout si ho a myslím, že by v tom moc nevytěžil, to pochopení a tak, zas by to byla nějaká utrpení, ztráta. Tímhle způsobem má možnost, projít to jiným způsobem, ne tak úplně naplno, i když to bolí a může si zvědomit to, co se v něm děje všechno.“

„...pokud dojde k navázání sexuálního vztahu, tak oni tady moc neřešej nějakou ochranu nebo tak a to že tady půlka lidí má hepatitidu typu C a v tom momentě oni to přestanou řešit, tak i když tam k tomu sexu teda došlo, tak furt je tam prostor to nějak řešit. Nepřijde mi úplně normální, aby si z léčby odvezli hepatitidu nebo něco podobného.“

„Ono kolikrát pro ty dva to není tak jako destruktivní, ale ona je ve hře i ta skupina a pro tu je to kolikrát nesmírně nepohodlný a ty to může ovlivňovat, pak se taky uvažuje často v komunitě o nějakým zájmu jednotlivce a zájmu skupiny. Ono kolikrát by i šlo nechat tam ten pár, ale za jakou cenu i s hlediska tý skupiny.“

Bezpečné prostředí znamená prostředí, kde je možno mluvit otevřeně, kde je možno dozrát a učit se novému, kde nedochází k traumatizaci, zneužívání a kde funguje určitá kontrola procesu. Je chráněn nejen zájem jednotlivce, ale i zájem skupiny.

- Drop out

Drop out je negativním důsledkem uplatňování daného pravidla. Jedná se o předčasné vypadnutí z léčby z vlastního rozhodnutí či na základě disciplinárního řízení a vyloučení komunitou. Dle kvalifikovaných odhadů terapeutů takto komunita přichází ročně až o 1/3 klientů. Jedná se však pouze o kontext jedné komunity. Ve všech zúčastněných komunitách probíhá předčasný odchod klienta formou zajišťující udržení v léčebném systému.

„Takže se s nimi pak domluvíme, že mu zařídíme jinou léčbu, komunitu. Dostane týden, 14 dní, na to aby si to obvolal, je to individuální podle toho jak kde mají místo. Prostě se s ním domluvíme, za jakých podmínek bude odcházet. Není to vyhození klienta ze dne na den pro porušení pravidla, průšvih. I pokud udělá průšvih, tak je to řízený odchod.“

„Ten individuální plán je o tom, o nějakým čase, kdy potřebuješ udělat tohle, tohle a domluvit se s tímahle a s tímahle, aby tě v tom systému vzali dál. Kdy má nějaký výhody, který ostatní nemaj, že třeba může častěji telefonovat, ale samozřejmě musí dodržovat všechny ostatní pravidla a režim.“

„...pokud tady řve, zatáhnul do průseru někoho jinýho, podělal toho víc, nezáleží mu na komunitě, tak jsem schopnej ho poslat do hodiny ven, ale vždycky mu ukážu, kde je dolečovák, kam dál může, poučení o toleranci, klasickej zodpovědnej odchod. Jinak jednáme o tom, kolik času kdo potřebuje, většinou tak tři dny. Není dobrý je tu nechávat moc dlouho a říct mu tak čtyři dni hledej. Oni stejně hledají maximálně poslední 3 hodiny. Nejlepší je zeptat se, kolik potřebuješ času.“

Mezi komunitami a doléčovacími centry existují nepsané dohody o předávání klientů a jejich přednostním přebírání. Cílem není klienta vyloučit a pobídnout jej k relapsu, ale naopak jej udržet v léčebném systému a prospět jemu a jeho léčbě. Pokud se na danou situaci podíváme komplexně, tak může být drop out právě pozitivním nebo alespoň ambivalentním faktorem efektivity pravidla.

- Ztráty způsobené aplikací pravidla regulujícího sex a vztah v komunitě

Každé pravidlo má jisté výhody a nevýhody, které ovlivňují jeho efektivitu a jsou zvažovány při jeho přesném vyjádření a následné aplikaci. V citacích jsou zmíněny nejvýraznější

nevýhody pravidla dle terapeutů. Jedná se o názory terapeutů z komunit, kde jsou pravidla formulována směrem k eliminaci vztahu a sexu mezi klienty komunity.

„...tim, že my jsme zaměřený na to disciplinárni zacházení s tím pravidlem, takže skoro nikdy se ten vztah nepropracuje vlastně jako přenosově. Že někdy prostě by to mohlo bejt tak, že ten člověk by tam z toho vytěžil to, že si teda by prošel tím, že naváže vztah s někým, kde opakuje něco z minulosti právě. ...že z toho není ten aha zážitek, že si uvědomí, to jsem teda pěkněj hlupák, že bych zase šel s takovýmhle typem holky do vztahu. O to si myslím, že jsou ochuzený ...“

„Otevřeněji by víc mluvili o tom, co k tomu druhému cítí. Měli by větší svobodu, mají jí i teď, ale tím pravidlem jsou svázáni a bojí se vyházou.“

„Přichází o zrealnění toho pohledu na reálný partnerství a víc si pak staví ty vzdušný zámky a nedojde k tý konfrontaci s tou vztahovou realitou, jestli on by se opravdu staral a tak...“

„...je to celej balík, pracovat se vztahem, co ti to přináší jaký to je, jak ti v tom je, jak se k tomu vztahujou ostatní k tomu vztahu, tohle vlastně jinak ta komunita neřeší no...“

„...jsou příkladem toho, jak to v životě ve vztazích chodí, protože to se málokdy stane, že by lidi o vztahu před sebou mluvili takhle otevřeně...“

Aplikací daného pravidla klienti přicházejí o možnost korektivní zkušenosti z intimních vztahů. Obavy z vyloučení vedou k menší míře otevřenosti v pocitech ve vztahu k druhým. Nemají možnost se učit z reálného partnerského vztahu – co je partnerský vztah, jak se v něm kdo cítí, jaká může být reakce okolí.

Shrnutí

Byla stanovena pouze 3 kritéria efektivity daného pravidla. Za nejsilnější hodnotící prvek je považováno bezpečné prostředí komunity, jeden ze základních atributů, na kterých je léčba v komunitě postavena. Na první pohled by se zdálo, že negativním důsledkem pravidla jsou tzv. drop outy. Opak může být pravdou, aktuální podoba drop outů vede naopak k udržení klienta v léčebném systému. Za nejzásadnější nevýhodu pravidla je považována ztráta učící zkušenosti spojené se sexem a intimním vztahem ve smyslu např. korektivní zkušenosti, zrealnění pohledu na partnerský vztah apod.

8.7 Schéma paradigmatického modelu

Schéma paradigmatického modelu jednoduše shrnuje a doplňuje výše popsané kategorie a zobrazuje vztahy mezi nimi. Na jeho základě je možné usuzovat o analytickém příběhu.

Jako centrální kategorie pohlcující všechny ostatní je stanovena Kontraindikace sexu a vztahu v terapeutické komunitě. Tato kategorie představuje kontext celého příběhu. Ve schématu je jí věnována šedá plocha. Kontraindikace a jejich vnímání experty ovlivňuje a do značné míry i omezuje pohled na všechny další kategorie. Terapeuti na základě empirie a teoretických znalostí sdělili 8 rizikových faktorů sexu a vztahu mezi klienty komunity. Propojením těchto faktorů může být narušeno bezpečné prostředí komunity.

Dva faktory vyplývají ze závislosti klientů, jedná se o nedostatečnou **zralost** vedoucí k omezené zdrženlivosti. Závislý člověk nedokáže své uspokojení odložit v čase. Je bezhraniční, jelikož není dostatečně vyzrálý a neprošel vývojem tak, aby si funkční hranice vytvořil. Vztahy mu mohou sloužit jako manipulativní nástroj. Pro klienty je jednodušší vstupovat do vztahů s lidmi s drogovou minulostí, kde jsou pro ně způsoby vztahování známé a lépe čitelné. Drogový vztah podstatně zvyšuje riziko relapsu u obou klientů oproti vztahu s osobou v drogovém světě nezkušenou.

Další dvě kontraindikace jsou dány formou léčby. Zrání osobnosti je v komunitě nahuštěno do relativně krátkého času. Psychoterapeutický proces je o to více intenzivní a náročný pro jeho účastníka. Na některá témata nezbyvá čas, na jiná je kladen větší důraz.

Poslední dva činitele v této kategorii vedou k ohrožení skupinové psychoterapie. Únik ze skupiny prostřednictvím sexu s jiným klientem vyvolává uvolnění napětí. Náhlé rychlé uspokojení přinášející úlevu potlačuje možnost, že vyplavou na povrch věci, jež byly doposud skryty. Obavy z prozrazení porušení pravidla a počáteční zamilovanost omezují otevřenost klientů na skupině.

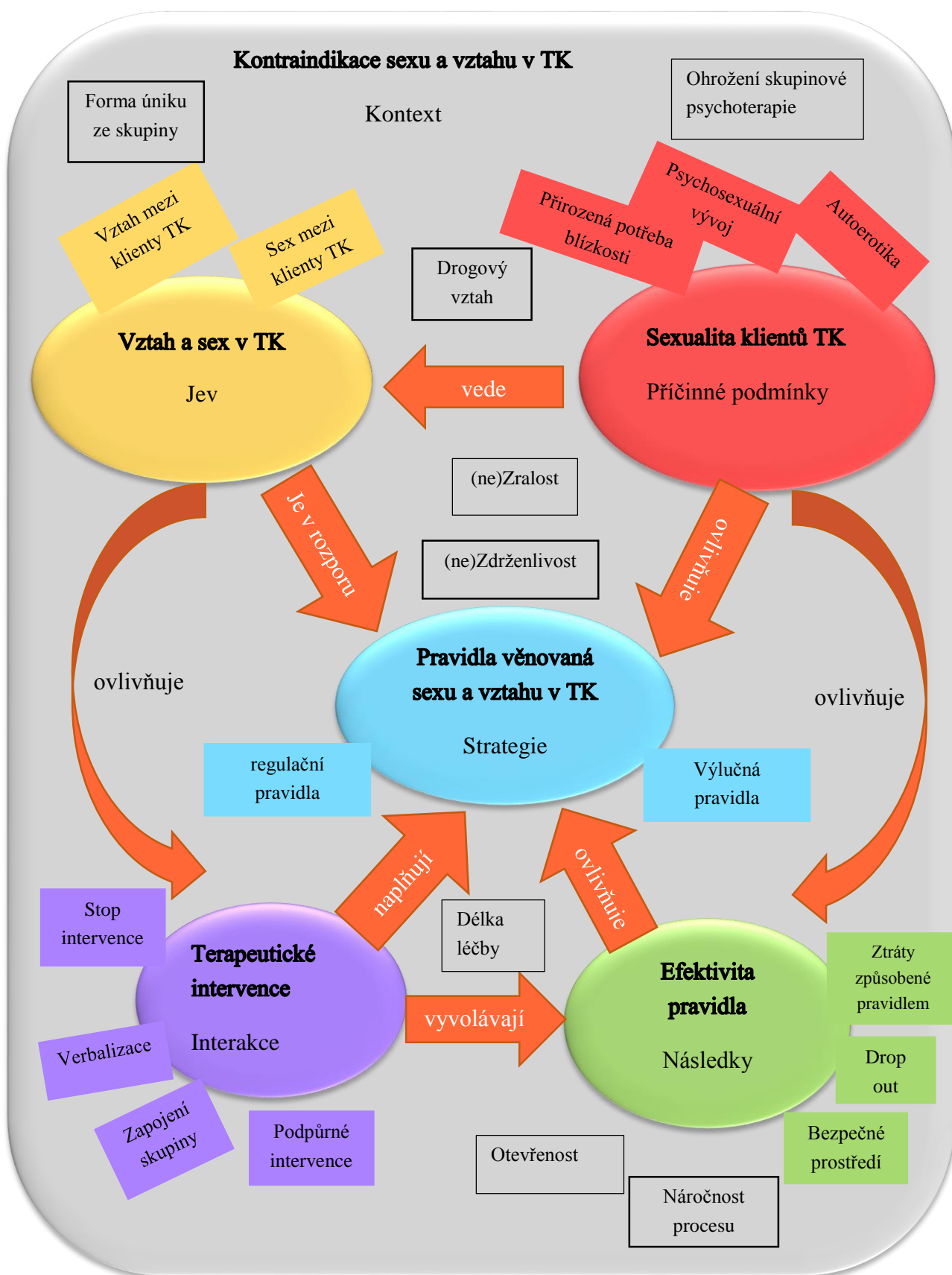
Sexualita klientů TK (červené obrazce ve schématu) představuje příčinné podmínky jevu. Ve vztahu ke kontextu je tato kategorie v rozporu. Psychosexuální vývoj, který byl po dobu užívání drog pozastaven a během abstinence znovu ožívá, vyvolává zvýšenou potřebu blízkosti a intimity spolu se sexuální potřebou ve smyslu vybití vlastního vzrušení a napětí. Tyto přirozené pochody vedou ke vzniku sexu i vztahu mezi klienty komunity (žlutá část schématu). Jevu, kterému je věnována předkládaná práce.

V důsledku kontraindikací, je nezbytné jev, i přes jeho psychosexuálně pochopitelnou stránku, omezovat určitými strategiemi (modrá část schématu). Jedná se o taktiky regulační – stanovující konkrétní podmínky a nabízející více možností řešení, nebo o taktiky výlučné – vedoucí k vyloučení klienta. Zpravidla jsou nejprve využívány strategie regulační, k jejich naplnění vedou terapeutické intervence (fialová část schématu) a nedojdou-li cíleného efektu, využívají se strategie výluční – drop out klienta.

Tři z terapeutických intervencí – verbalizace, zapojení skupiny a stop intervence jsou orientovány směrem k eliminaci vztahu mezi klienty TK. Důvodem jsou opět kontraindikace a potenciál vzniku nebezpečného prostředí. Výjimku tvoří podpůrné intervence vymezující jasně, za jakých podmínek je vztah či sex v komunitě možný. Tyto intervence jsou uplatňovány v komunitě poskytující dlouhodobou léčbu závislosti, sex či vztah je povolen se souhlasem komunity od 2. fáze léčby. O vztahu pak klienti v pravidelných intervalech na skupině hovoří.

Následky terapeutických intervencí představují poslední kategorii nazvanou Efektivita pravidla (zelená část diagramu). Na základě evidence based přístupu tato kategorie ovlivňuje strategie i intervence. Vyvolána je konkrétními užívanými intervencemi. Za stěžejní můžeme považovat bezpečné prostředí v komunitě. Jako méně efektivní působí drop outy, ač i ty mohou klientovi a komunitě být ku prospěchu, je-li klient v systému léčby udržen. Poslední podkategorii představují ztráty, ke kterým dochází implikací pravidel. Jedná se o omezenou možnost živého učení ze vztahu dvou lidí či z poznávání sexuální intimity, významným faktorem je též korektivní zkušenost.

Kontraindikace sexu a vztahu v TK



9 Diskuze

Cílem studie byla evaluace kardinálního pravidla vztahujícího se k sexu a partnerskému vztahu v terapeutických komunitách pro uživatele drog. Sběr dat probíhal v 5 českých komunitách, kde byl sledován aktuální výklad pravidla, způsob jeho využití a postoje terapeutů k tomuto pravidlu. Na cíl práce navazovaly i jednotlivé výzkumné otázky, na které je možné nalézt podrobné odpovědi ve výsledkové části práce (Kapitola 8 Vyhodnocení). Následující stránky shrnují zjištěné poznatky vztahující se k výzkumným otázkám a diskutují je s odbornými zdroji uvedenými v teoretické části práce.

Co je vlastně myšleno pojmy sex a vztah očima terapeutů? Pojmem sex je nejčastěji míněn pohlavní styk. V rámci pravidla, sex zahrnuje jakékoliv sexuální aktivity prováděné v interakci s jiným klientem, jež vedou ke vzrušení. Taxativní definice v tomto kontextu není možná s ohledem na subjektivní prožívání jedince.

Nálepka vztah má mnohem složitější vymezení. Těsné vztahy v komunitě jsou žádoucí a je třeba, aby se jim klienti mezi sebou učili, avšak bez sexuálního rozměru. Obecně lze říci, že škodlivě působí jakákoliv podskupina (Hučín, 2001). Shrneme-li citace terapeutů, jako explicitní vymezení vztahu, jež vyžaduje regulaci pravidlem, by se jevílo následující: exkluzivní vztah = koalice narušující nebo znemožňující práci v komunitě, projevující se následujícími znaky:

- 1) uzavírání se před skupinou;
- 2) prohlašování vzájemného vztahu za soukromou záležitost, do které skupina nemá co mluvit;
- 3) zájem pouze jeden o druhého, ztráta zájmu o skupinové dění;
- 4) vzájemná ochrana před individuální odpovědností;
- 5) žárlení;
- 6) trávení volného času společně o samotě, na úkor ostatních;
- 7) zatěžování druhého svými problémy, které ostatní obvykle probírají na skupinách či individuálně s terapeutem;
- 8) vnější erotické projevy.“

Základní rámeček toho, čeho se pravidlo týká, je již vcelku jasný. Dále můžeme za výchozí bod považovat postoj terapeutů k danému pravidlu, protože jsou to právě oni, jež pravidla formují, vysvětlují klientům a následně pravidla i uplatňují. V ohniskových skupinách se nejvíce objevovaly informace o kontraindikacích sexu a vztahu mezi klienty komunity. Při analýze v programu ATLAS.ti byla tato kategorie vyhodnocena za nejvíce teoreticky nasycenou. Tedy kódy vztahující se k ní byly v prepisech ze skupin nejčastěji a měly též nejvíce vazeb na jiné kódy. Můžeme ji považovat za centrální kategorii vytvářející šedý oblak nad fenoménem sexu a vztahu v terapeutické komunitě.

Terapeuti předkládali široké spektrum důvodů, proč sex či vztah v komunitě není vhodný, ba je přímo nebezpečný. Většina se shodovala s těmi, jež uvádí Dvořáček (2011):

nezodpovědnost klientů, **nepřirozený výběr partnera v komunitě, neperspektivnost vztahu** mezi klienty, **škodlivost pro perspektivu léčby pacienta a škodlivý účinek na skupinovou psychoterapii**. Léčba sama o sobě je natolik **náročná**, že dle některých terapeutů nelze absolvovat ještě vztah či sex s členem komunity. Klient si musí vybrat, zda se chce léčit, nebo mít vztah potažmo sex. Varianta léčby prostřednictvím, nebo spíše s pomocí vztahu, jak popisuje De Leon (2000), v participujících komunitách až na jedinou výjimku možná není.

Dalším zmíněným důvodem byla **délka léčby** limitující obsah a výběr témat, jimž jsou věnovány skupiny. Vztah či sex ve skupině by sebral příliš mnoho času ze skupinové psychoterapie a nedostalo by se na podstatnější témata. Délka léčby nejen s ohledem na ostatní klienty a prostor pro ně, ale i ve smyslu zrání jednotlivce v komunitě a jeho témat, které by vztah potlačil. Pouze v jedné komunitě, která nabízí dlouhodobý léčebný program, byl sex a vztah povolen pro klienty od 2. fáze léčby za určitých pravidel a se souhlasem komunity. Podobný model popisuje i Kooyman (1992), stejně tak i jeho efekt byl v participující komunitě totožný. Žádostí o sex a vztah bylo za dobu fungování této podoby pravidla maximálně 5 souhrnně. Potíž však stále setrvává u klientů v nižších fázích, kde můžeme dle sdělení terapeutů za nejzásadnější považovat aspekt nedostatečné zralosti.

Nezralost klientů komunity v prvních fázích léčby je nepopiratelným důsledkem i příčinou jejich nemoci – závislosti. Komunita nabízí v relativně krátkém čase klientovi možnost dozrát na základě vytvoření vztahu k sobě i k ostatním (Fonagy, Target, 2005). Proces dozrávání popisuje Tabulka č. 1 uvedená v kapitole 3.5.3 Psychosexuální vývoj jedince v TK, kde v rámci sekundárního emočního vývoje a vývojové teorie dle Eriksona nalezneme období pubescence až ve 2. fázi léčby (Kalina, 2013; Erikson, 2002). Pro toto období je typické navazování intimních vztahů a poznávání opačného pohlaví. Jedná se o stěžejní čas pro živé učení, v němž může být pro klienta zásadní právě zkušenost s takovýmto vztahem. Nezralým klient nezůstává po celý čas léčby v komunitě. Jeho zralost se postupně vyvíjí a je třeba to brát v potaz i s ohledem na jeho sexualitu.

V kontraindikacích byl zmíněn též **únik ze skupiny**, obdobně jak uvádějí DeLeon (2000) a Rappoport (In Kalina, 2013) ve smyslu acting outu (agování). Agování můžeme spatřovat i v tendencích prožít sexuální zážitek v počátcích léčby. Takovéto chování bylo uvedeno v souvislosti s **nezdrženlivostí**. Můžeme též hledat spojitost v teorii závislosti jako libostní poruchy, jak píše Dvořáček (2011). Oba zmíněné teoretické koncepty by ovšem spíše vysvětlovaly sexuální interakci, nikoliv vztah. U vztahu se může jednat o naučený způsob zvládání náročných situací, následek zneužívání, který, přemýšlíme-li v intencích cirkulární kauzality, je třeba přerušit a prožít korektivní zkušenost. Jednou z direktivních intervencí nabízejících korektivní zkušenost je i odchod klienta, respektive jeho přestup do jiné komunity či do doléčovacího centra, kde může dojít ke kýžené korekci.

Ohrožení skupinové psychoterapie a omezená otevřenost jsou další uváděné argumenty vysvětlující škodlivost vztahu v léčbě. Kooyman (1992) a jedna z participujících komunit

nic takového nepotvrzují, i přesto že mají zkušenost se vztahem a sexem mezi klienty, avšak za určitých pravidel.

Působí-li všechny uvedené kontraindikace společně, nebo střetnou-li se ve stejnou chvíli ve stejném bodě, vystavuje se komunita riziku vzniku nebezpečného prostředí.

Výše zvýrazněnými argumenty terapeuti vykládají pravidlo klientům a tím z něj mohou vytvářet dojem zakázaného ovoce. Předkládané důvody zdaleka nevyvažovaly argumenty obhajující či spíše normalizující sex a vztah v komunitě, ale nelze říci, že by si jich terapeuti nebyly vědomi. Sex či vztah v komunitě byl prezentován více v negativních konotacích, a tak lze usuzovat o ambivalentním či spíše negativním postoji terapeutů k tomuto jevu v komunitách. Co se týká postoje k pravidlu, byl jednoznačně pozitivní a jeho kategorizování v kardinálních pravidlech bylo kvitováno. Nicméně při podrobnějším zkoumání byly nalezeny drobné rozpory.

Co znamená, že je pravidlo kardinální? Dle Kaliny (2008), se jedná o pravidla, jež zajišťují bezpečí v komunitě, jejich porušení vede k drop outu. Jsou to pravidla, jež nic nepřikazují, ale naopak zakazují. Tato charakteristika by se spíše hodila na výlučná pravidla, která jsou ve výsledkové části práce spojena s takovým chováním v komunitě, které je za každých okolností nepřijatelné a následuje po něm disciplinární řízení a vyloučení klienta z komunity. Mezi kardinální pravidla jsou ovšem řazena i regulační pravidla. Ta oproti výlučným nabízejí více alternativ řešení. Jejich formulace není v podobě zákazu, ale spíše doporučení. Mezi tato pravidla je ve všech komunitách řazeno i pravidlo zaměřené na sex a vztah v komunitě. Kooyman (2004) upozorňuje, že regulace sexu v TK implikací do pravidel je nezbytná, avšak sexuální a partnerská prohibice po celou dobu léčby je kontraproduktivní! V této oblasti je spatřována největší rozporuplnost pravidla, jeho interpretace a následné aplikace. Objevuje se snaha se sexem a vztahem v léčbě terapeuticky pracovat, ovšem většina intervencí je orientována na prohibici. Dle terapeutů došlo sice v historickém vývoji pravidla k určitému liberálnějšímu posunu vyznačujícím se rozšířením možností, avšak zakotvenost zažitého kontextu a možných kontraindikací zůstává neměnná. Na jedné straně je zájem o práci se vztahem a sexem v komunitě a terapeuti se chtějí o porušení pravidla bavit a jsou si vědomi toho, co vše lze z takové události ve skupině vytěžit, ale na druhou stranu říkají, že je třeba takového chování zastavit.

Intervence uplatňované při práci se vztahem byly vesměs ve všech zúčastněných komunitách totožné. Jako první byla terapeutky popisována verbalizace porušení pravidla. Zveřejnění překročení pravidla před komunitou. Následovalo zapojení skupiny. Skupina hodnotí dané chování dvojice a navrhuje jistá opatření, nebo je stanovena jako kontrolní orgán opatření, jež navrhnou terapeuti. Téměř ve všech případech byly navrhovány tzv. stop intervence, tedy takové postupy, které se snaží vztah dvojice klientů zastavit. Pokud se eliminace vztahu nepodaří, následuje vyloučení jednoho z klientů. Mezi stop intervence patří závazek dvojice, že např. spolu nebude o samotě mluvit, sedět vedle sebe na skupinách, udržovat delší oční kontakt apod., jak píše i Radimecký (2013). Za porušení závazku, který je pravidelně

zhodnocován na skupinách, následuje sankce v podobě úkolu navíc, sesazení do nižší fáze atd.. Při opakovaném porušení je přistoupeno k vyloučení klienta.

Pouze v jedné komunitě byly popsány podpůrné intervence, jež respektovaly vztah dvou klientů, ohraničovaly jej pravidly omezujícími tvorbu podskupiny (pravidelné hovoření o vztahu před skupinou) a nabízejícími jistá privilegia (společný pokoj na skupinovém výjezdu apod.). Mimo tuto komunitu byla ve třech komunitách zmíněna zkušenost se vztahem mezi klienty v poslední fázi léčby, který léčbu nijak nenarušoval. Byla sice snaha o uplatnění stop intervencí, které nebyvaly příliš dodržovány a i přesto dvojice léčbu dokončila úspěšně a nebylo třeba disciplinárního řízení a vyloučení jednoho člena. Tento postup však byl velmi individuální, v rámci komunit ojedinělý a v kardinálních pravidlech nepopsaný.

Může se zdát, že snaha o eliminaci sexu a vztahu mezi klienty v komunitě je v rozporu s lidskou přirozeností, jež člověka k touhám po sexuálních aktivitách a intimních vztazích vede. Sexuální aktivita i intimní vztahy jsou dle Maslowa (In Kučera, 2013) součástí lidských potřeb. Lidské potřeby nelze zakázat, ale lze je určitým způsobem regulovat. Není možné je nikdy zcela vymazat, ale je možné s nimi pracovat. Jak mohou být tyto potřeby v komunitě naplněny? Možnosti a způsoby jejich naplnění bez narušování fungování komunity jsou klíčem k prevenci porušování pravidel.

Terapeuti jsou si velmi dobře vědomi psychosexuálních potřeb svých klientů a snaží se je respektovat. Tím vzniká největší rozpor v postoji ke vztahu a sexu mezi členy komunity. Psychosexuální vývoj klientů skýtá mnohdy rezervy, které se klienti snaží v průběhu léčby zaplnit. Objevují se témata nejasné sexuální orientace, hledání vlastní sexuální identity, autoerotika a další jak bylo zjištěno v předkládaném výzkumu ve shodě se zjištěními Žákové a Sadílkové (2011). Prostor pro tato témata bývá na standartních skupinách, ale zejména na genderových skupinách, jež probíhají ve všech participujících komunitách.

Rozdělení pohlaví na genderových skupinách má za cíl vytvoření bezpečnějšího prostředí pro otvírání intimních a sexuálně laděných témat (Nathan, Foster, Ferry, 2011, Justynová, 2010). Tyto skupiny bývají vedeny shodným pohlavím terapeuta, jako je zastoupené pohlaví oddělené skupiny. Pro terapeuta to je velmi náročné téma a je třeba, aby měl vlastní sexualitu dobře zpracovanou, a proto též lépe porozumí shodnému pohlaví. Genderové skupiny jsou jedním z preventivních opatření porušování pravidla, jejich prostřednictvím je saturována oblast psychosexuálního zrání na kognitivní úrovni.

Behaviorální úroveň může být naplňována pouze dvěma způsoby. K uspokojení sexuální potřeby, řazené dle Maslowa mezi nižší potřeby, je doporučována autoerotika či sex s jinými lidmi než s klienty komunity samozřejmě vně komunity. Pro naplnění potřeby sexuální intimity jsou určeny pouze vztahy vně komunity, které s ohledem na intenzitu a program léčby není jednoduché navázat. Sexuální intimitu mohou vzájemně prožívat lidé, kteří mezi sebou mají těsný vztah, vzájemně si důvěřují, sdílejí vlastní emoce, vzájemně se vnímají a přijímají (Moiser, 2006). Takovéto vztahy až na sexuální potenciál, jež je v komunitě

nežádoucí, jsou mezi klienty ve skupině běžné. Skleníkový efekt komunity pak snadno vede k porušení pravidla. Vždyť těsné vztahy a nabízející se příležitost prožitku sexuální intimity by bylo něco zcela nového, pro klienta nejspíš doposud nepoznaného, nebo alespoň velmi dlouho nezažitého (Bruno, Scimeca, Marino et al., 2012). Navíc si lidé v intimním vztahu dosycují vývojové deficity, což může vést ke zklamání a následnému rozchodu, ale i k učení se zralé vztahovosti, což by mohlo působit léčebně (Poněšický, 2004).

Jaké jsou následky aplikace nejasného a rozporuplného pravidla? Zcela nepochybně je naplněn cíl pravidla a tedy zajištění bezpečného prostředí komunity. Pod ochranou jsou zájmy nejen jednotlivce, ale i celé skupiny. Ochrané prostředí je největším přínosem ať už se jedná o aplikaci regulační, podpůrnou či výlučnou.

Nevýhodou je ochuzení komunity o téma, které je zajímavé a aktuální pro všechny členy skupiny. Aplikací pravidla klienti přicházejí o potenciální možnost korektivní zkušenosti z intimních vztahů. Může docházet k omezené otevřenosti klientů v oblasti svých pocitů a vztahů k dalším klientům z obav z vyloučení. Klienti nemají možnost se učit z reálného partnerského vztahu – co je partnerský vztah, jak se v něm kdo cítí, jaká může být reakce okolí. Sociální učení je dle M. Jonese jeden z základních principů terapeutických komunit (Kalina, 2008, Nevšímal, 2004) a aplikace prohibičních pravidel zaměřených na sex a vztah je v této oblasti kontraproduktivní.

Nevýhodou mohou být i drop outy. Dle kvalifikovaného odhadu terapeuta aplikací tohoto pravidla může komunita přicházet až o 1/3 klientů. Není-li výlučné pravidlo využíváno tak, aby byl klient, chce-li, v systému léčby udržen, jedná se o neefektivní využití pravidla, zajišťující potencionální bezpečí skupině, nikoli jednotlivci.

10 Závěr

Hlavním cílem práce bylo posouzení a hodnocení podstaty pravidla „Zákaz sexu a partnerského vztahu v terapeutické komunitě“ z pohledu terapeutů českých komunit pro uživatele drog. K bližšímu zkoumání posloužilo mapování postojů terapeutů komunit k danému pravidlu a shrnutí současného stavu výkladu pravidla a jeho využití v praxi.

V teoretické části byly uvedeny relevantní informace vztahující se k danému tématu. Nejprve vymezení základních užívaných pojmů jako je sex a partnerský vztah v kontextu lidské sexuality, následně vznik a vývoj terapeutických komunit pro uživatele návykových látek a základní principy léčby závislosti v terapeutické komunitě. Závěr teoretické části byl věnován propojení obou témat, tedy sexu a vztahu v normách terapeutických komunit.

Předmětem praktické části byl kvalitativní výzkum aplikovaný na terapeuty terapeutických komunit, jakožto experty na danou oblast. V rámci ohniskových skupin s terapeuty z 5 českých komunit zaměřených na léčbu závislosti uživatelů drog byla evaluována interpretace a způsob využití pravidla „Zákaz sexu a partnerského vztahu“.

V analýze získaných dat bylo pro lepší orientaci využito paradigmatického modelu. Jako centrální kategorie byla označena kontraindikace sexu a vztahu v terapeutické komunitě v paradigmatickém modelu představující kontext. Těchto kontraindikací je nejčastěji využíváno k výkladu pravidla klientům. V a priori negativně nastavené kontextuálním prostředí se i přesto objevuje jev – sex a vztah. Příčinnou podmínkou je sexualita klientů, jež je terapeuty respektována, ale též omezována. Částečně protikladně vůči ní působí strategie komunit vytvářející pravidlo věnované sexu a vztahu s ohledem na zmíněný kontext, aby bylo zabráněno rozvoji kontraindikací. Kardinální pravidla jsou naplňována terapeutickými intervencemi, jež se až na jedinou komunitu věnují prohibici sexu a vztahu v komunitě. Následkem pak je efektivita pravidla vyznačující se zachováním bezpečného prostředí za cenu ztráty nosných témat a drop outů.

Ve výkladu pravidla i v jeho v aplikaci byly zaznamenány zásadní rozpory. Terapeuti se brání výkladu pravidla v podobě zákazu a všemožně jeho formulace varíují. Jsou si vědomi, že zakázat něco, co je člověku přirozené je téměř nemožné vymáhat. Na první pohled se tedy nejedná o zákaz, ale spíše o regulaci. V rámci regulace by měla být jasně stanovená pravidla, která bohužel ve čtyřech komunitách opět vedou k prohibici, a o jejich srozumitelnosti by se mohlo polemizovat. Jako příklad dobré praxe se jeví přístup jedné terapeutické komunity, jež povoluje sex a vztah od druhé fáze, se souhlasem komunity a pouze za určitých pravidel.

V rámci dalšího zkoumání se nabízí porovnání efektivity komunity, jež využívá regulaci sexu a vztahu v pravém slova smyslu, jak bylo uvedeno u příkladu dobré praxe, s komunitami s prohibičním přístupem. Zajímavé by též bylo sledovat, jak pravidlu rozumí terapeuti a jak klienti. V rámci výzkumu se totiž jeho výklad jevil jako velmi komplikovaný až nesrozumitelný. Nesrozumitelnost a nepochopení terapeuta je ve skupinové i individuální

psychoterapii nejvýznamnějším negativním faktorem, jež brání psychoterapeutickému procesu.

11 Použité zdroje

- 1) Berlim, M. T., Fleck, M. P. A., Shorter, E. (2003) Notes on antipsychiatry. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, vol. Vol. 253 (2), 61 – 67. doi: 10.1007/s00406-003-0407-8.
- 2) Borneman, E. (1990) *Encyklopedie sexuality*. Praha: Victoria Publishing, a. s.
- 3) Broža, J. (2007) Klíčová pravidla a režim. In P. Nevšimal (Ed.) *Terapeutická komunita pro drogově závislé II: Česká praxe* (1.vyd.). Praha: Krajský úřad Středočeského kraje.
- 4) Broža, J. (2007) Složení terapeutického týmu. In P. Nevšimal (Ed.) *Terapeutická komunita pro drogově závislé II: Česká praxe* (1.vyd.). Praha: Krajský úřad Středočeského kraje.
- 5) Bruno, A. et al. (2012) Drugs and Sexual Behavior. *Journal of Psychoactive Drugs*, 44 (5), 359–364. doi: 10.1080/02791072.2012.736801
- 6) Cooper (1967) *Psychiatry and Antipsychiatry*. New York: Paladin Books.
- 7) De Leon, G. (2000) Terapeutické komunity pro drogové závislosti: Vývoj v Severní Americe. In P. Nevšimal (Ed.) *Terapeutická komunita pro drogově závislé I: Vznik a vývoj* (1.vyd.). Praha: Krajský úřad Středočeského kraje
- 8) De Leon, G. (2000) *The Therapeutic Community: Theory, Model, and Method* (1. vyd.). New York: Springer Publishing Company.
- 9) Dvořáček, J. (2011) Sex a libostní porucha u uživatelů drog In I. Preslová, O. Hanková (Ed.) *Sexualita & drogy: Sborník odborné konference*, Praha 31.3. – 1.4. 2011 (63-69). Praha: Sananim.
- 10) Dvořáček, J. (2011b) Využití principů terapeutické komunity v ústavní léčbě. In M. Sadílková (Ed.) *20 let terapeutické komunity pro závislé v ČR. Sborník odborné konference 23.-24.5. 2011 (27-31)*. Praha: Sananim.
- 11) Erikson, E. (2002) *Dětství a společnost*. Praha: Argo.
- 12) Fídlarová (2013) *Seznam certifikovaných služeb* [online seznam v pdf]. Dostupné z http://www.cekas.cz/sites/default/files/u6/seznam_certifikovanych_sluzeb_prosinec_2012.pdf.
- 13) Fonagy, P., Target, M. (2005) *Psychoanalytické teorie: Perspektivy z pohledu vývojové psychopatologie* (1. Vyd.). Praha: Portál.
- 14) Gálik, S. (2012) *Psychologie přesvědčování* (1.vyd.) Praha: Grada publishing a.s..

- 15) Gjuričová, Š., Kubička, J. (2010) *Rodinná terapie: systemické a narativní přístupy*. Praha: Grada Publishing a.s..
- 16) Hartl, P. (1997) *Komunita občanská a komunita terapeutická* (1.vyd.). Praha: Sociologické nakladatelství.
- 17) Hartl, P., & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník* (4. vyd.). Praha: Portál.
- 18) Hučín, J. (2001) *Hovory o Psychoterapii*. Praha: Portál.
- 19) Hulík, M., Sadílková, M., Žáková, J. (2011) Sex v terapeutické komunitě. In I. Preslová, O. Hanková (Ed.) *Sexualita & drogy: Sborník odborné konference*, Praha 31.3. – 1.4. 2011 (71-80). Praha: Sananim.
- 20) Jandourek, J. (2008) *Průvodce sociologií* (1. vyd.). Praha: Grada Publishing a.s..
- 21) Justinová (2010) *Sexualita u uživatelů návykových látek* (Disertační práce, Karlova univerzita, Praha) Retrieved from: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/69730>.
- 22) Kalina, K. (2007) Psychoterapeutický proces v terapeutické komunitě. In P. Nevšímal (Ed.) *Terapeutická komunita pro drogově závislé II: Česká praxe* (1.vyd.). Praha: Krajský úřad Středočeského kraje.
- 23) Kalina, K. (2008) *Terapeutická komunita: Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti* (1.vyd.). Praha: Grada Publishing a.s..
- 24) Kalina, K. (2011) *Terapeutická komunita a filosofické změny* In M. Sadílková (Ed.) *20 let terapeutické komunity pro závislé v ČR. Sborník odborné konference 23.-24.5. 2011* (9-13). Praha: Sananim.
- 25) Kalina, K. (2013) *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii* (1.vyd.). Praha: Grada publishing a.s..
- 26) Kalina, Těminová, Adameček (2008) *Terapeutická komunita a její aplikace*. In K. Kalina *Základy klinické adiktologie* (1.vyd.). Praha: Grada Publishing a.s..
- 27) Kelley, H. (2010). *Personal relationships: their structures and processes*. New York, London: Psychology Press.
- 28) Kooyman (1992) *Terapeutická komunita pro závislé*. In P. Nevšímal (Ed.) *Terapeutická komunita pro drogově závislé I: Vznik a vývoj* (1.vyd.). Praha: Krajský úřad Středočeského kraje.
- 29) Kratochvíl, S. (2012) *Sex jako obohacení života: Sexuální trénink v 7 lekcích* (2. vyd.). Praha: Grada Publishing a.s..

- 30) Kratochvíl, S. (1979) *Terapeutická komunita* (1.vyd.). Praha, Česká republika: Academia.
- 31) Kratochvíl, S. (2009) *Skupinová psychoterapie v praxi* (3. vydání). Praha: Galén.
- 32) Kučera, D. (2013) *Moderní psychologie: Hlavní obory a témata současné psychologické vědy*. Praha: Grada Publishing a.s.
- 33) Kuzníková, E. a kol. (2011) *Sociální práce ve zdravotnictví* (1.vyd.) Praha: Grada Publishing a.s..
- 34) Matýs, J. (2012) *Psychoterapeutický výcvik*. Skálův institut. Praha (ústní sdělení)
- 35) Mikota, V. (1998). *Obraz narcismu v soudobé psychoanalýze*. In *Psychoterapie V. Sborník přednášek PPF* (93-112). Praha: Triton.
- 36) Miovský, M. (2006) *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. (1.vyd.) Praha: Grada Publishing a.s..
- 37) Mosier, W. (2006). *Intimacy: The key to a healthy relationship*. *Annals of the American Psychotherapy Association*, 9, 1, 34-35.
- 38) Nevšimal, P. (2004) *Původ a vývoj terapeutické komunity pro drogově závislé*. In P. Nevšimal (Ed.) *Terapeutická komunita pro drogově závislé I: Vznik a vývoj* (1.vyd.). Praha: Krajský úřad Středočeského kraje.
- 39) Novotná, E. (2008) *Základy sociologie*. Praha: Grada Publishing a.s..
- 40) Pavelková, K. (2010) *Studie vlivu dlouhodobého psychoterapeutického výcviku SUR na své absolventy* (Rigorózní práce, Karlova Univerzita, Praha, Česká republika). Dostupné z:
file:///C:/Users/Pavl%C3%ADna/Downloads/RPTX_2010_1_11210_0_282825_0_77384.pdf
- 41) Plháková, A. (2006) *Dějiny psychologie*. Praha: Grada Publishing a.s..
- 42) Poněšický (2004) *Fenomén ženství a mužství*. 2. vyd. Praha: Triton.
- 43) Pöthe, P. (2013) *Emoční poruchy v dětství a dospívání* (2. doplněné aktualizované vyd.). Praha: Grada Publishing a.s..
- 44) Prochaska, J. O., Norcross, J. C. (2013) *Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis* (8. vyd.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

- 45) RADIMECKÝ, J. (2013) *Jak pracujeme se vztahem*. In: Konference pracovníků terapeutických komunit [online]. 2013 Retrieved From: http://konference.terapeutickakomunita.cz/wp-content/uploads/jak_pracujeme_se_vztahem.pdf
- 46) Růžička (2011) *Komunitní a skupinová psychoterapie* (1.vyd.). Praha: Triton.
- 47) Libra a kol. (2012) Standardy odborné způsobilosti (online dokument pdf). Dostupné z: <http://snncls.cz/2012/06/13/standardy-odborne-zpusobilosti/>.
- 48) Sadílková, M., Žáková, J. (2011) Sexuologická témata v terapeutické komunitě: Témata, se kterými se setkáváme během dlouhodobé rezidenční léčby závislých. *Zaostřeno na drogy*, 9 (4), 1-12.
- 49) Skála, J. (1998) *Lékařův maraton*. Praha: Argo.
- 50) Slaměník, I. (2011) *Emoce a interpersonální vztahy* (1.vyd.). Praha: Grada Publishing a.s..
- 51) Slaměník, I., Hurychová, Z. (2010). K pojetí těsných interpersonálních vztahů. *Psychologie pro praxi*, 45(3-4), 9 – 19.
- 52) Sobotka (2007) Zázemí TK. In P. Nevšímal (Ed.) *Terapeutická komunita pro drogově závislé II: Česká praxe* (1.vyd.). Praha: Krajský úřad Středočeského kraje.
- 53) Švaříček, R., Šedřová, K. a kol. (2007) *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. (1. vyd.) Praha: Portál.
- 54) TK Podcestný mlýn. (2014) *Dopis zájemci o léčbu* (online dokumet pdf). Dostupné z: <http://www.podaneruce.cz/programy-a-pece/terapeutick-komunita-podcestn-mln/>
- 55) Urban, L. (2011) *Sociologie trochu jinak* (2.vyd.). Praha: Grada Publishing a.s..
- 56) Venglářová (2008) *Průvodce partnerským vztahem*. Praha: Grada Publishing.
- 57) Vyhláška MPSV č. 505/2006 Sb., v platném znění
- 58) Vymětal, J. (2010) *Úvod do psychoterapie*. Praha: Grada Publishing.
- 59) Wall, O. (2013) The Birth and Death of Villa 21. *History of psychiatry*, vol. 24 (3), 326 – 340. Retrieved from <http://hpy.sagepub.com/content/24/3/326.abstract?rss=1>
- 60) Weiss, P. (2005) *Sexuální zneužívání dětí*. Praha: Grada Publishing.
- 61) Weiss, P. a kol. (2010) *Sexuologie*. Praha: Grada.

- 62) Whiteley, S. (2004) The evolution of the therapeutic community. *Psychiatric Quarterly*, Vol. 75 (3), 233 – 247. Retrieved from: <http://link.springer.com/article/10.1023/B%3APSAQ.0000031794.82674.e8>
- 63) World Health Organization. *Sexual and reproductive health. Gender and human rights*. [15.3.2014]
<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/sexual_health/en/>
- 64) Zákon č. 108/2006 Sb. O soc. službách, v platném znění.
- 65) Zákon č. 372/2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.

12 Přílohy

Příloha č. 1 Standardy odborné způsobilosti – speciální část

Příloha č. 2 Standardy kvality sociálních služeb vyhlášky MPSV 505/2006 Příloha č.2

Příloha č. 3 Dopis zájemci o léčbu v TK Podcestný mlýn

