

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

**Husitská teologická fakulta**

Diplomová práce

Praha 2010

Vypracovala: Eva Holakovská

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA**

**KATEDRA PSYCHOSOCIÁLNÍCH VĚD A ETIKY**

Terapeutická komunita v systému léčby drogově závislých a její specifické terapeutické programy

*Therapeutic community in the treatment system of drug addicts and its specific therapeutic programs*

***Vedoucí práce:*** PhDr. Miloslav Čedík

***Vypracovala:*** Eva Holakovská

### ***Poděkování***

Za odborné vedení a poskytnuté rady bych ráda poděkovala svému vedoucímu diplomové práce panu PhDr. Miloslavu Čedíkovi. Dále děkuji celému terapeutickému týmu komunity Karlov za inspirující připomínky a cenné informace a také za poskytnuté zázemí při mé zářijové stáži, při které jsem měla možnost se seznámit s chodem a pravidly tohoto ambulantně léčebného zařízení.

### ***Prohlášení***

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala zcela samostatně na základě použité literatury uvedené v příloženém seznamu. Rovněž souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně UK HTF.

V Praze 30. 5. 2010

Eva Holakovská

### **Anotace:**

Tato práce pojednává o terapeutických komunitách v systému léčby drogově závislých klientů a o jejich metodách, programech a posláních sloužících ke kvalitnějšímu uzdravení klientů závislých na návykových látkách. Záměrem této práce je co nejširší postihnout proces léčby klientů v terapeutických komunitách a přiblížit prostředí a léčebný systém vytvářející bezpečné místo pro jednotlivé členy komunity. Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část popisuje současnou českou praxi v terapeutických komunitách, přičemž je kladen důraz na přiblížení terapeutických metod a programů používaných efektivně při práci s drogově závislými. Praktickou část tvoří vlastní kvalitativní výzkum, podložený stáží v terapeutické komunitě Karlov.

### **Annotation:**

*This thesis is focused on therapeutic communities in the treatment system of drug addicted clients and on their methods, programs and mission of employed therapists to achieve better restoration of the drug addicted clients. The aim of this work is to widely describe the treatment process in therapeutic communities and zoom in an environment and whole treatment system which creates safety place for each member of the community. The thesis is divided into a theoretical and practical part. Theoretical part describes today's czech experience in therapeutic communities, whereas the importance is laid on introducing therapeutic methods and programs effectively used in social work with drug addicts. Practical part forms own qualitative research, preceded with intership in the therapeutic community Karlov.*

### **Klíčová slova:**

Terapeutická komunita, návykové látky, léčba, pravidla, program, terapie

### **Keywords:**

Therapeutic community, drugs, treatment, rules, programm, therapy

### **Obsah:**

<b><u>Úvod</u></b> .....	7
<b><u>1. Terapeutická komunita a její vliv na pomoc drogově závislým</u></b> .....	9
1.1 Terapeutická komunita v systému služeb pro uživatele návykových látek.....	9
1.2 Charakteristika klientů TK.....	11
1.3 Cíle a podmínky léčby.....	14
1.4 Etické zásady práce s klienty v TK.....	16
1.5 Spolupráce terapeutických komunit v rámci ČR.....	17
1.6 Legislativní rámec fungování terapeutických komunit a jejich provoz a financování.....	18
<b><u>2. Účinný profil terapeutické komunity pro drogově závislé klienty</u></b> .....	21
2.1 Bezdrogové prostředí v TK.....	22
2.2 Zásady soužití v komunitě.....	24
2.3 Denní rytmus a program komunity jakožto hlavní pilíř efektivní léčby.....	27
2.4 Fázové rozdělení pobytu v terapeutických komunitách.....	33
2.5 Specifické zvyky a rituály v TK.....	40
<b><u>3. Terapeutické programy a jejich formy používané v TK</u></b> .....	43
3.1 Základní typy terapeutických skupin praktikovaných v TK.....	45
3.2 Specifické skupinové techniky.....	48
3.3 Význam arteterapie a ergoterapie pro klienty v TK.....	51
3.4 Relaxační cvičení a holotropní dýchání.....	53
3.5 Individuální terapie a práce s jednotlivcem.....	54
3.6 Programy TK pro rodinné příslušníky.....	56
3.7 Význam volnočasových aktivit pro klienty TK.....	57
<b><u>4. Složení terapeutického týmu TK</u></b> .....	60
4.1 Vzdělávání a rozvoj pracovníků v TK.....	61
<b><u>5. Budoucnost terapeutických komunit</u></b> .....	65
5.1 Význam terapeutických komunit v systému léčby očima klientů z TK Karlov (závěry vyvozené z vlastního výzkumu podloženého pobyt v TK).....	66
<b><u>6. Závěr</u></b> .....	72
<b><u>7. Resumé</u></b> .....	74
<b><u>8. Seznam použité literatury</u></b> .....	75

## Úvod:

O terapeutických komunitách dosud nebylo v české literatuře mnoho napsáno. Jednou z prvních obsáhlejších publikací na toto téma byla teprve kniha *Terapeutická komunita pro drogově závislé I.* z roku 2004. Jejím autorem byl *MUDr. Petr Nevšimal a kolektiv*, publikace vznikla ve spolupráci se Středočeským krajem, Krajskou protidrogovou komisí a Magistrátem hlavního města Prahy. V této práci bylo přiblíženo historické pozadí terapeutických komunit v Čechách, základní principy modelu péče terapeutických komunit o drogově závislé a klady i záporny, jež komunitní péče uživatelům drog poskytuje. Mým cílem je na tuto publikaci navázat a přiblížit současnou českou praxi terapeutických komunitních škol, jejich cíle, chod, vnější i vnitřní podmínky fungování, jejich pravidla i budoucnost.

Domnívám se, že další práce na téma terapeutických komunit v Čechách je smysluplná, jelikož komunitní terapeutická péče má i přes výše zmiňovanou chudost literatury v České republice překvapivě dlouhou tradici. Velmi efektivní terapeutické komunity u nás vznikaly a fungovaly ostatně již od 50. let dvacátého století a byly vedeny špičkovými odborníky nejen z oblasti psychologie, ale i adiktologie. V roce 1979 na téma terapeutické péče v Čechách vznikla i první obsáhlejší monografie Stanislava Kratochvíla. Od sepsání této publikace se objevily i další zajímavé svazky jako např. *Úvod do práce s komunitami* od Pavla Hartla, popř. rozsáhlá práce od téhož autora s názvem *Komunita občanská a komunita terapeutická*. Většina zkušeností týkajících se chodu a fungování terapeutických komunit se předávala ústní tradicí, zakladatelé nových komunitních center zpravidla vycházeli ze zkušeností nejstarší české terapeutické komunity Němčice. Díky tomu se česká komunitní praxe v jednotlivých komunitách stále více vzájemně přibližovala, až se standardizovala k současnému dnešnímu modelu. Roli v tomto procesu sehrála zejména vzájemná výměna zkušeností a poznatků, jež se v průběhu let ukázaly jako přínosné a efektivní, takže z původních konceptů byly nakonec vybrány takové postupy, které na poli terapeutické péče přinášely jen ty nejlepší výsledky. Komunity v Česku jsou si tedy ve svých základech velmi podobné a nyní se jimi inspirují i komunity vzniknuvší z jiných ideových tradic a základů.

Podle obecných výsledků patří česká komunitní praxe mezi nejefektivnější systémy péče o drogově závislé na světě. Příčinou takovéto úspěšnosti je především v porovnání s americkou praxí její velmi profesionální úroveň. Terapie v komunitách jsou vedeny vysokoškolsky vzdělanými odborníky s terapeutickým výcvikem, málokdy pocházejí tito

pracovníci z řad laiků, kteří by jako na Západě vycházeli jen ze svých zkušeností bývalých uživatelů drog. Čeští terapeutičtí pracovníci také v komunitách trvale nežijí, ale pouze do nich pravidelně z domova dojíždějí, čímž se udržuje trvale profesionální přístup všech zainteresovaných osob. Současný český model terapeutických komunit funguje jako program rezidenční léčby, která účelně využívá skupinu vrstevníků k facilitaci sociální a psychosociální změny v chování jednotlivce. Všechny programy jsou koncipovány tak, aby přispívaly k dosažení výchovných změn v chování a chápání jedince a následně k udržení těchto změn. Hlavním cílem léčby je vytvořit podmínky pro osobní růst klientů a přispět k poznání sebe sama a svých limitů. K tomuto účelu slouží dlouhodobá práce s hodnotovým systémem klienta, podpora zdravého životního stylu i posilování důvěry v sebe sama. Délka terapeutických komunitních programů, jež se pohybuje v rozmezí od šesti do patnácti měsíců, se tuto změnu snaží co nejlépe zajistit. Struktura a nároky na klienty jsou záměrně nastaveny na velmi vysokou úroveň, díky čemuž je klient usilující o změnu svého životního stylu donucen na sobě skutečně od základu pracovat. Je zřejmé, že i v komunitní léčbě existují určité prediktory úspěchu, které do jisté míry ovlivní, zda bude klient patřit spíše mezi úspěšně vyléčené či opět relapsující. Mezi tyto faktory patří zejména délka drogové kariéry, biologický věk při vzniku závislosti či výskyt výrazných emočních a osobnostních komplikací. Přesto je dlouhodobý výsledek léčby drogově závislého především v rukách samotného klienta. Úspěch totiž nepředstavuje jen aktuální abstinenci od drog, ale především nastolení změn ve způsobu života a chování v běžném životním stylu.



# 1. Terapeutická komunita a její vliv na pomoc drogově závislým

## 1.1 TK v systému služeb pro uživatele návykových látek

První zmínky o počátku budování systému služeb pro uživatele návykových látek lze umístit do roku 1934. V tomto roce byla totiž poprvé definována drogová závislost jako nemoc a její diagnóza byla zařazena mezi duševní poruchy. Příčinou pro tento krok se pravděpodobně stala nevlídná nálada ve většinové společnosti vůči uživatelům drog, takže se Americká psychiatrická asociace rozhodla přijít s postupy, které by zaručovaly, že s drogově závislými bude lépe zacházeno a bude jim nabídnuta patřičná pomoc.<sup>1</sup> Logickým následkem tohoto opatření bylo, že se koncept závislosti jako nemoci stal předmětem vědeckého bádání a objevování způsobů, jak uživatelům alkoholových i nealkoholových drog pomoci se ze své závislosti vymanit.

Je zjevné, že alkoholový a drogový problém existoval i před rokem 1934, ale jednalo se zpravidla jen o příslušníky movitějších vrstev. Teprve až rozšíření návykových látek mezi potenciálně nebezpečnou vrstvu obyvatelstva (umělce, podsvětí a chudinu) změnilo náhled společnosti na užívání omamných látek. Drogy přestaly být vnímány jako soukromý problém, ale jako ohrožení veřejné morálky a národních zájmů.<sup>2</sup> Tato situace pomalu přecházela ve velmi negativní nálady a odsudky dobových moralistů, jež nakonec vyústily v desetiletou alkoholovou prohibici na území USA.

Po čase se postupné zavádění prohibice začalo vztahovat i na další typy do té doby volně dostupných drog. Problematika drogové závislosti začala být poprvé řešena na odborné úrovni a uživatelé návykových látek mohli podniknout první kroky pro své uzdravení. I v České republice se na poli návykových látek začaly pomalu dít změny. Lékaři z oboru psychiatrie se přestali dívat na drogový problém jakožto na okrajový a postupně se formovaly první léčebné přístupy vůči drogovým uživatelům. Začaly být používány dva hlavní léčebné přístupy: preskripce zprvu původně používané látky a léčba k abstinenci. Léčba k abstinenci zpravidla sestávala z detoxifikace a následně z odvykací léčby zkombinované s medikací. Podpůrnými metodami při tomto druhu léčby byly pak behaviorální a psychoterapeutické

---

<sup>1</sup> HEATHER, Nick. *Problem drinking*, 1.vyd. Oxford: Oxford University Press 2000, s. 18.

<sup>2</sup> NEVŠÍMAL, Petr. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II*, 1.vyd. Nakladatelství Lidové noviny 2007, s. 13.

postupy. Na počátku 80. let minulého století navíc přibývá strategie *harm-reduction*, jež primárně neusiluje o odrazení uživatelů drog od dalšího užívání, ale snaží se o minimalizaci rizik, jež jsou s aplikací drog spjaté. Tento třetí přístup k uživatelům návykových látek má tu výhodu, že chrání nejen samotné uživatele před infekcí pohlavně a krví přenosných onemocnění, ale chrání i celou společnost.

Dalším modelem léčby závislosti vznikajícím v druhé polovině minulého století je prostředí rezidenčních programů léčby – tedy terapeutických komunit. První impulz ke zřizování terapeutických komunit (dále jen TK) vychází z průkopnické práce *Maxwella Jonese* a jeho kolegů z Belmontské nemocnice. Ten si při svých pozorováních povšiml, jakou nechuť u pacientů vzbuzuje dominantní přístup ošetřujících lékařů a nahradil jej demokratickým systémem, ve kterém zavedl spolupráci a spolurozhodování pacienta na průběhu léčby. Jones dále definoval pět základních principů terapeutické komunity, jež jsou obecně akceptovány i v současných terapeutických komunitách.<sup>3</sup>

Jones osobně nazývá první komunity, které vytvořil, jako staré (nebo též hierarchické), oproti tomu novými komunitami nazývá takové instituce, které vycházely z konceptu svépomocné léčebny Synanonu. Americké svépomocné komunity se od komunit hierarchických odlišovaly tím, že zpravidla nevyužívaly služeb profesionálně vyškolených pracovníků, ale vrstevníků, již měli se zneužíváním návykových látek osobní zkušenosti. Jejich přístup vycházel z poznatků a zkušeností, které načerpala společnost *Anonymních alkoholiků*, podle kterých je závislost především nemocí, od níž se lze odprostit jen s pomocí spirituálních hodnot.

Koncem 70. let 20. století se první rezidenční programy TK objevily i v Evropě. Na území Starého kontinentu ale přístup ošetřujícího personálu ke klientům doznal jisté změny. Závislost už nebyla pojímána jen jako nemoc, byla chápána mnohem celostněji. Součástí tohoto holistického přístupu se ukázalo jako nezbytnost zaměstnávat vzdělané profesionály a neustále rozšiřovat výzkum týkající se návykových látek. Současně vznikala i celá řada nových terapeutických metod jako např. psychodrama nebo rituály. Do léčebného procesu bývá také čím dál víc vtahována rodina a partneři abstinujících.

Současný evropský model terapeutických komunit je velmi podobný původnímu Jonesovu programu. Stále platí zásada, že všechny terapeutické programy by měly být v komunitě uzpůsobeny tak, aby přispívaly k osobnímu růstu klienta a výchovným změnám v

---

<sup>3</sup> JONES, Maxwell. *The therapeutic community: a new Treatment Method in Psychiatry*, 1. vyd. New York: Basic Books 1953, s. 28.

jednání jedince, přičemž všichni zúčastnění jsou mediátory těchto změn.

V České republice fungují terapeutické komunity v hojnějším počtu od roku 1990. Oficiálního uznání se jim ale dostalo až roku 2005, kdy byl schválen zákon č. 397/05 o opatření k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami. Neznamená to ovšem, že by do té doby žádné komunity na území Čech neexistovaly. První TK fungovaly již od 50. let 20. století. Bylo jich však velice málo a zabývaly se převážně léčbou alkoholové závislosti.

## ***1.2 Charakteristika klientů TK***

Etiologie drogové závislosti stále není ještě zcela detailně prozkoumaná. V odborné literatuře však panují dvě hlavní názorové shody: Drogová závislost je velmi složitý jev kombinované bio-psycho-socio-spirituální povahy, přičemž spirituálním se chápe kontinuum existenciálně-religiózní.<sup>4</sup> V české literatuře určuje *Eduard Urban* za rozhodující pět zásadních faktorů ovlivňujících vznik a rozvoj závislosti:

- ➔ 1. farmakologický faktor (návyková látka),
- ➔ 2. somatický faktor (tělesná dispozice),
- ➔ 3. psychický faktor (osobnostní dispozice),
- ➔ 4. enviromentální (vliv prostředí),
- ➔ 5. precipitující faktor (podnět, vyvolající vznik závislosti).

V každém případě drogové závislosti jsou všechny tyto faktory spolupřítomny. Liší se jen majoritní podíl toho kterého vlivu. Tento model vlivů bývá také nazýván interakční čtyřstěn, popř. pětistěn závislosti. Současný model vzniku závislosti považuje za rozhodující následující oblasti:

- A) okruh genetický a biologický,
- B) okruh osobnostní, psychopatologický a okruh temperamentu,
- C) okruh psychologický,

---

<sup>4</sup> NEVŠÍMAL, Petr. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II*, 1. vyd. Praha: Nakladatelství Lidové noviny 2007, s. 19.

#### D) okruh sociokulturní.

Je překvapivé, že rozvoj závislosti je podmíněn i genetickými a biologickými modely, nicméně při rozvoji závislosti byl jasně prokázán právě vliv dědičnosti. Toto zjištění bylo poprvé zdokumentováno v roce 1988 *W. H. Muellerem*, který objevil signifikantně vyšší prevalenci drogové závislosti mezi biologicky příbuznými hospitalizovaných narkomanů<sup>5</sup>. Dalším objevem na poli genetiky při rozvoji závislosti byl vyšší abúzus nealkoholových drog u monozygotních dvojčat v porovnání s dizygotními.

Samotný neurobiologický model rozvoje závislosti vychází z ústřední role mozkového systému odměny (brain reward mechanismus). Systém odměny je evolučně starým a nezbytným mechanismem umožňujícím úspěšné přežití a udržující stálost vnitřního prostředí organismu. Přirozeně potřebnými zdroji odměny je například potrava nebo sexuální akt, nepřirozenými potom návykové látky, působící na centra odměny totožným účinkem blaha. Všechny druhy savců jsou náchylné k návyk formujícím účinkům opioidů a psychostimulancií. Rekreační užívání těchto látek ale představuje značné riziko ohrožující samou podstatu individua. Systém odměny je ale charakteristický jedním velice nepříjemným rysem. Velmi úzce je propojen se systémem stresovým (hypothalamo-pituitarno-adrenálním a s kortiko-thalamo-striatální smyčkou), což má za následek, že při větší psychické zátěži má člověk potřebu sám sebe uklidnit právě prostřednictvím odměny. Tím při počínající závislosti vzniká bludný kruh prohlubování návyku na droze.

Vznik a rozvoj drogové závislosti nedílně souvisí i s nepsychotickými poruchami, kterými může jedinec trpět. V 60. letech dvacátého století se výzkumné práce odborníků soustředily na detailní zkoumání agresivity a sadistického chování v souvislosti s pozdějším zneužíváním návykových látek. V popředí zájmu stálo především zkoumání konzumace alkoholu u delikventů. Výzkumy potvrdily, že jedinci s agresivními rysy skutečně více ke konzumaci alkoholových drog tíhnou a že sadistické chování predikuje vývoj alkoholismu v dospělosti. *R. E. Tarter* také našel vyšší procento konzumace alkoholu u jedinců hyperaktivních s poruchami chování.

Dalším rizikovým faktorem pro abúzus návykových látek je i temperament jedince. Rozdíly v aktivitě, v adaptaci na změny v okolí či ve vzrušivosti mohou predikovat pozdější behaviorální problémy jedince v dospívání a následně i zneužívání psychotropních látek.

Oblastí temperamentu u návykových látek se zabývala především *Jeanne Block*, která

---

<sup>5</sup> MUELLER, Wilhelm. *Specific familial transmission in substance abuse*, 1.vyd. International Journal of the Addictions 1988, s. 1029-1039.

se detailně soustředila na otázku přizpůsobivosti ega a kontroly ega podílejících se na konzumaci lehkých drog.<sup>6</sup> Ve svých výzkumech sledovala skupinu dívek, které měly tyto ego funkce sníženy, přičemž se všechny dívky posléze přihlásily ke kontinuálnímu užívání THC. U chlapců se sníženými ego-funkcemi dopadly výsledky s užíváním psychotropních látek obdobně. Okruh temperamentu výrazně ovlivňuje i vznik závislosti na alkoholových drogách. Osobnostní charakteristiky jedince ovlivňují i vznik dvou typů alkoholické závislosti. První typ alkoholismu je charakteristický třemi vrozenými osobnostními předpoklady, které zahrnují nízké vyhledávání nových zážitků, osob i událostí. Dále vysoké vyhýbání se ohrožení a vysoké bažení po odměně. Typ dva je spojován se opačným naplněním těchto charakteristik. U typu dva dochází k rozvoji závislosti dříve, u typu jedna sice později, ale o to jsou pak patologické návyky intenzivnější. R. E. Tarter a jeho spolupracovníci zase přišli s jiným modelovým schématem alkoholismu, který v sobě obsahuje šest dimenzí temperamentu:

- a) úroveň aktivity,
- b) stálost období pozornosti,
- c) schopnost zklidnění se,
- d) emocionalita,
- e) reakce na potravu,
- f) sociabilita.

Vznik závislosti podmiňují také psychologické modely. Drogová závislost může být ovlivněna i závažnými intrapsychickými problémy jednotlivce. Obvykle se jedná o konflikt mezi superegem a osobností samotného jedince a drogy pak představují útěk od pocitů zlosti, marnosti a obav dotyčného.

Nedílnou stránkou při vzniku závislosti bývají ale i sociokulturní modely (vliv vrstevníků, socioekonomické vlivy, vliv rodičů). Je zvláštní, že značnou úlohu v pozdějším zneužívání návykových látek hrají roli i majetkové poměry dotyčného. U nemajetných je chudoba velkým rizikovým faktorem pro pozdější alkoholismus nebo abúzus drog. Příčinou zde bývá zpravidla touha zapomenout na osobní neutěšenou situaci. Abúzus návykových látek téměř vždy představuje dlouhodobou únikovou strategii. A dle mých poznatků i strategii sebedestruktivní s prvky nenávisti vůči sobě samému.

---

<sup>6</sup> DE LEON, George. *The therapeutic community: theory, model and method*, 7. vyd. New York: Springer 2000, s. 452.

### ***1.3 Cíle a podmínky léčby***

Podle definice Kamila Kaliny je terapeutická komunita strukturované prostředí, ve kterém klient žije a absolvuje program léčení / rehabilitace. Terapeutická komunita nabízí bezpečné prostředí pro růst a zrání, které se děje především prostřednictvím sociálního učení v kontextu vymezeném jasnými a srozumitelnými pravidly. Terapeutický potenciál TK se spatřuje ve stálém napětí mezi realitou a terapií, mezi každodenním soužitím na straně jedné a podporovaným a monitorovaným sociálním učením a nácvikem na straně druhé. Lze říci, že všechny terapeutické komunity, znají a využívají pro udržení řádu TK variabilní nástroje – behaviorální, kognitivně-behaviorální i psychodynamické: jednak přímé sankce spočívající v odejmutí výhod navíc až po podmíněné či nepodmíněné vyloučení.<sup>7</sup>

Cílem TK je tedy pomocí struktury a hierarchie, vymezující normy chování, klienta naučit vnitřní kázni, etice a novým sociálním dovednostem. Dalšími cíli komunity je bezesporu přispět k nalezení a přijetí smyslu života. Přispět k opodstatnění vlastní existence, dovést klienta k sebeakceptaci a k poznání, že i jeho život je nezanedbatelný pro koloběh světa a pro prospěch společnosti.

Účelem komunity je také přispět k nalezení své vlastní důstojnosti, svobody a odpovědnosti. Prostředkem k tomuto cíli jsou nové dovednosti, které pracovníci TK klienta naučí, ale také i vnitřní sebekázeň a dlouhodobá abstinence.

Velmi důležitým výsledkem léčby, ke kterému by klient měl dospět, je přijetí sebe samého a svých chyb a možností, jelikož toto poznání mu značně umožní život v realitě a přijetí sebe sama bez zbytečných výčitek a sebemrškačství.

Klient by měl také v komunitě nalézt pozitivní a kreativní přístup k novému radostnému životu. Měl by tím totiž získat dovednost aktivně trávit svůj volný čas a uvědomění si mnohovrstevnatosti života i jeho pozitivních stránek.

Úspěšný v komunitní léčbě je pak tedy vlastně ten, kdo udělal a nadále dělá maximum pro svůj rozvoj a sebepoznání. Ten, kdo se stále rozvíjí a jde vpřed a kdo usiluje o kvalitní život ve společnosti, jenž by přinášel radost jemu samotnému, ale i druhým.

Je zřejmé, že jako každá léčba má i léčba v TK určité podmínky. Vycházím-li ze svých poznatků nabytých v TK Karlov, jsou základními podmínkami pro existenci tamtéž

---

<sup>7</sup> KALINA, Kamil. *Terapeutická komunita*. 1.vyd. Praha: Grada 2007, s. 98.

následující pravidla:

1. *V komunitě není tolerován žádný prostor pro vyvíjení agrese a psychického nátlaku na ostatní klienty. Všichni zúčastnění se musí cítit v bezpečí a svobodně.*
2. *Všichni klienti se musí aktivně účastnit všech činností, které TK během týdne pořádá. Je nutné, aby klient přijal celou terapii komunity Karlov, i když se mu třeba některé části programu nelíbí.*
3. *Každý klient je podřízen rozhodnutí terapeutického týmu a rozhodnutí komunity.*
4. *Je přísně zakázáno navazování sexuálních kontaktů a vytváření partnerských vztahů v celém komunitním společenství.*
5. *Všichni musí dodržovat pravidlo abstinence. Toto nařízení se týká konzumace alkoholových a nealkoholových drog. Jedinou výjimku představují cigarety, kouření je v terapeutických komunitách povoleno, ovšem jen v určitých částech dne (o přestávkách, v osobním volnu atp.).*
6. *Mimo komunitu jsou všichni členové povinni dodržovat pravidlo mlčenlivosti o ostatních členech. Pravidlo diskretnosti se vztahuje i na stížnosti.*
7. *Všichni členové přispívají na stravu a na ubytování. Tento poplatek je ve výši 103 Kč za jeden den. V případě doložené sociální nouze se poplatky nepromíjejí, ale mohou být uhrazeny později, až si klient najde zaměstnání či se mu podaří získat sociální dávky.*
8. *Členové komunity mají společnou kasičku, do které každý člen odevzdává jednu třetinu příjmů z brigád. Tyto finance pak slouží k pokrytí nadstandardních výdajů a programů komunity.*
9. *Všichni členové mají zdravotní konto, na které si odvádějí 10 procent příjmů z brigád. Z těchto financí jsou posléze hrazeny cesty k lékaři, doplňkové platby ve zdravotnických zařízeních atd.*
10. *Všichni v komunitě stolují společně. Kdo se dostaví pozdě, a tím poruší pravidlo účasti na všech společných programech, nejl. Tato sankce trvá vždy po dobu jednoho promeškaného jídla. Další stolování dne už probíhá normálně a klientův prohřešek je smazán.*

Tento soubor pravidel je považován v TK Karlov jako nejdůležitější. V ostatních komunitách se pravidla pobytu maličko liší, ve svých základech jsou však stále stejná.

Nejen na Karlově, ale i v ostatních komunitách platí za opakované porušování všech těchto nařízení vyloučení.

## ***1.4 Etické zásady práce s klienty v TK***

Podle psychologického slovníku od manželů Hartlových je profesní etika souborem pravidel pro chování příslušníka určité profese, zahrnující jeho práva a povinnosti: pravidla pro vztah ke klientovi a jeho rodině a pro vztah ke kolegům pracovníka.<sup>8</sup>

Profesní etika je tedy prostředek regulace chování a jednání jednotlivých osob činných v pracovním kolektivu tak, že dotyční jsou při svém výkonu povolání vázání dodržováním různých etických pravidel. V případě pracovníků terapeutických komunit se jedná o profesní zásady přijaté roku 2003, kdy se Etický kodex terapeutických komunit stal závazným dokumentem pro všechny pracovníky sdružené v této oblasti.

Tento významný spis vychází z materiálu Evropské federace TK a je rozdělen na tři části. V první části je přiblížen etický kodex personálu. Část druhá je věnována právům klientů a část třetí standardům a cílům terapeutických komunit. Povinnostem personálu se tedy věnuje část první a třetí, část druhá je určena klientům, kteří by se s ní měli obeznámit, aby věděli, na co mají právo a na co už nikoliv.

S otázkou profesní etiky velmi úzce souvisí i několik dalších specifických oblastí. Jednu z nich potom představují profesní ctnosti. Těmi jsou např.: spolehlivost, obětavost, velkorysost, diskrétnost, takt či nezištnost. Je zřejmé, že další vědecko-technický rozvoj společnosti přináší jisté situace, kdy dochází buď k etickým dilematům, nebo přímo k profesním chybám. Nejčastějšími profesními pochybeními pak bývá:

- a) *nabízení či přijímání úplatků,*
- b) *nedostatečné sebevzdělávání,*
- c) *zneužití citového vztahu s nemocným,*
- d) *znevažování práce jiných profesionálů před klientem.*

---

<sup>8</sup> HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*, 1.vyd. Praha: Portál 2000, s. 144.



## ***1.5 Spolupráce terapeutických komunit v rámci ČR***

Jak již bylo naznačeno v úvodu, na území České republiky spolu kooperovali terapeutické komunity již od začátku své existence. Tato vzájemná spolupráce probíhala jednak na základě výměny osobních zkušeností jednotlivých pracovišť, jednak vytvářením společného efektivního konceptu pro kodex komunit v českých podmínkách. Tento vytvářený vzor se přirozeně neustále vyvíjel a aktualizoval, přičemž v tomto procesu opět sehrála roli vzájemná výměna jednotlivých poznatků i zkušeností a také toho, co se projevilo jako efektivní či nikoliv.

První terapeutická komunita pro závislé vznikla roku 1991. Jednalo se o TK Němčice. V této době se jednalo o zcela nový typ služby v pomoci drogově závislým klientům. Toto první zařízení čerpalo své zkušenosti především ze zahraničních pramenů (vzorem byla např. komunita Monar v Polsku). Dalšími zdroji inspirace pak bylo pobytové oddělení pro závislé založené *F. Knoblochem*, *J. Skálou* a *S. Kratochvílem* v šedesátých letech a poznatky Stanislava Kratochvíla z jeho monografie na téma terapeutické komunity.

Postupem času začaly vznikat v Čechách i jiné TK než Němčice. V této době probíhala spolupráce především formou stáží, kdy kolegové z nově vzniklých pracovišť přicházeli pro inspiraci právě do Němčic.<sup>9</sup> Posléze začala fungovat spolupráce i mezi jednotlivými pracovišti. V roce 2000 oficiálně vznikla i Sekce terapeutických komunit, jež je zastřešena Asociací nestátních organizací a sekcí intenzivní ambulantní a následné péče. Později k těmto jmenovaným přibyla ještě Sekce primární prevence.

Kritéria pro členství v sekci terapeutických komunit nebyla od počátku úplně jasná. Za závazné však bylo přijato dodržování Etického kodexu Evropské federace TK a Standardů odborné způsobilosti. V současné době jsou členy Sekce dodržující tento závazek dále uvedené komunity: TK Němčice, TK Nová Ves, TK Karlov, TK Magdaléna, TK White Light I., TK Bílá Voda, TK Sejřek, TK Renarkon, TK Medvědí Kámen, TK Krok a TK Podcestný mlýn. Dalším zařízením v Sekci byla i TK Helliana, ta ovšem v roce 2005 zanikla.

V posledních letech se všechna setkání terapeutických komunit v Sekci vždy konají v jedné z členských zařízení, což umožňuje ostatním pracovníkům načerpat další zkušenosti z jiného zařízení. Četnost setkání se každý rok různí, zpravidla se ale jedná o dvě až tři různé exkurze ročně. Vhodnou příležitostí k setkání bývají např. výročí založení jednotlivých

---

<sup>9</sup> NEVŠÍMAL, Petr. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II*, 1. vyd. Praha: Nakladatelství Lidové noviny 2007, s. 40.

komunit. V tomto roce proběhlo takové setkání právě v TK Karlov, když se slavilo 15 let existence Karlova.

Na této schůzi se shledali nejen pracovníci z různých komunit, ale i klienti se svými rodinami a blízkými. Celou atmosféru shledání podmalovávala hudba a všichni přítomní mohli pocítit bezpečí, sounáležitost a soudržnost, které v komunitě panují. Součástí programu byla i ceremonie slavnostního rituálu, během kterého se někteří vyléčení klienti s prostředím komunity naposledy loučili. Na jejich počest byl zapálen slavnostní svícen, jehož jednotlivé plameny symbolizovaly životní hodnoty (lásku, zdraví, odpovědnost, moudrost...) a celý rituál byl nádherným symbolickým potvrzením klientovy úspěšnosti v léčbě.

### ***1.6 Legislativní rámec fungování terapeutických komunit a jejich provoz a financování***

Terapeutické komunity v Čechách patří většinou do skupiny nestátních neziskových organizací, což jsou takové instituce, jejichž prioritou není dosažení zisku, ale veškeré finanční prostředky jsou určeny k dalšímu rozvoji zařízení. Je důležité podotknout, že významným a určujícím znakem těchto zařízení je i právní a majetkové postavení zakladatele organizace, kterým může být buď občan, nebo stát či místní samospráva. V případě státu jako zřizovatele organizace potom tedy vzniká rozlišení na státní a nestátní neziskovou organizaci, které je důležité hned ze dvou důvodů. První představuje aspekt finanční, druhý se týká povahy činnosti takové instituce.

Státní organizaci představuje například nesoukromá nemocnice, škola nebo sociální zařízení. Stát pak jakožto zřizovatel je schopen jakoukoliv svou organizaci financovat, bohužel už ale schopen není v důsledku kompetenčních zákonů a mezirezortních bariér zajistit péči víceoborovou. Vzhledem k tomu, že efektivní péče o drogově závislé je právě multidisciplinární povahy, vzniká zásadní problém. Financování více typů péče současně se pak musí řešit určitými alternativními řešeními. Mezirezortní protidrogová komise se proto ujala vlastní dotační politiky těchto zařízení, bohužel však finanční prostředky často i tak nestačí, takže terapeutické komunity se snaží žádat ještě o peněžní prostředky ze strukturálních fondů EU, popřípadě o podpůrné státní dotace.

Většina terapeutických komunit fungujících jako nestátní organizace spadá pod charakteristiku Občanského sdružení. To představuje jednu z nejrozšířenějších forem nestátního neziskového sektoru. Účely, pro které byla tato sdružení založena, se opírají o myšlenku prospěšnosti. V našem právním řádu se zatím nerozlišuje, zda se jedná o sdružení obecně prospěšná nebo vzájemně prospěšná. Obecně prospěšná zařízení se ale zabývají službami veřejnosti, vzájemně prospěšná zájmovou činností.

Forma obecně prospěšného zařízení byla do právního řádu ukotvena samostatným zákonem v roce 1995. Cílem těchto zařízení a předmětem jejich činnosti je poskytování obecně prospěšných složek, poskytovaných všem uchazečům za předem stanovených a totožných podmínek<sup>10</sup>. Obecně prospěšné sdružení může samozřejmě vykonávat i jiné činnosti a hospodařit se svými zisky, ale vždy tak, aby tím bylo docíleno účelnějšího rozdělení majetku a současně nebyla ohrožena kvalita poskytovaných služeb. Žádná protidrogová instituce nemůže být zcela nezávislá na veřejných zdrojích, ať už pocházejí z fondů zdravotních pojišťoven nebo státních rozpočtů. Tento objem financí vynaložených na léčbu je navíc obohacován o sponzorské dary a také o finanční příspěvky samotných klientů. Přesto ale finanční prostředky na léčbu ne vždy stačí a dochází k zániku finančně slabších a zranitelnějších komunit, které si nemohou dovolit udržovat nákladné manažerské a projektové týmy, jež by jim zařizovaly reklamu a tím zajišťovaly i zviditelnění v očích veřejnosti, jež by jim mohlo přinést pravé sponzorské dary.

To je také ostatně i problémem, který momentálně trápí například TK Sejřek, která je na Vysočině jedinou terapeutickou komunitou. Tímto terapeutickým zařízením prošlo za deset let více než 240 klientů a 80 procent z nich dodnes abstínuje. Terapeutická úspěšnost této komunity patří mezi ty velmi vysoké, přesto je další provoz zařízení ohrožen. Roční fungování činí zhruba 7 milionů, značná část financí však komunitě palčivě schází.

Je zřejmé, že financování komunit prostřednictvím darů z řad laické veřejnosti nemůže komunitě pokrýt zásadní část nákladů. A i když se mnoho finančních prostředků takto ročně komunitám poskytne, přesto mezi veřejností přetrvává i nadále několik následujících mýtů, jež jejich štedrost zásadně ovlivňují:

1. mýtus o nevléčitelnosti závislosti,
2. pochyby o smysluplnosti programů určených pro uživatele drog,
3. alibistický postoj: uživatelé si za to mohou sami, je jen jejich vinou, jak na tom jsou.

---

<sup>10</sup> RVKPP (2006): Žádost o poskytnutí finančních prostředků státního rozpočtu na programy protidrogové politiky v roce 2007.

Ze všech uvedených skutečností je patrné, že financování chodu terapeutických komunit je skutečně nelehká záležitost a komunity se musí potýkat s celou řadou komplikací. Účinnou strategií, kterou si zatím proti všem těžkostem vyvinuly, je tzv. síťování. To je metoda posilování vzájemného partnerství a funkční či regionální spolupráce.

## 2. Účinný profil terapeutické komunity pro drogově závislé klienty

Model terapeutické komunity jako metody a léčebného systému se vyvíjel více jak šedesát let, z čehož posledních 40 let bylo ve znamení rozvoje autonomních TK pro drogově závislé uživatele. Za takto dlouhou etapu vývoje se model terapie v komunitách nestal zcela rigidním a přesně daným, ale dá se říci, že jeho struktura se poměrně ustálila. Příčinou tohoto jevu je přirozená snaha o co nejvyšší efektivitu komunit, tudíž jsou určité modely TK co do struktury a obsahu využívány ve vysoce standardizované podobě.

Účinný profil TK je do jisté míry kompaktní.<sup>11</sup> Většinu účinných složek komunity nelze pozorovat odděleně, je třeba je chápat pouze jako harmonický celek vedoucí k léčebnému výsledku. Tato skutečnost koresponduje s Rapoportovou tezí z roku 1960, ve které je řečeno, že *“komunita je doktor“*. Nebo jinak vyjádřeno: celek je někdy více než podíl všech součástí.

Úspěšná léčba v terapeutických komunitách by měla být schopna zajistit určitý léčebný výsledek podle mezinárodně ustanovených podmínek, je proto nezbytně důležité realizovat čas od času určité průzkumy, které by tuto efektivitu prověřily. K tomuto účelu byl např. v roce 2007 podniknut výzkum, jehož iniciátorem se stal *MUDr. Petr Nevšímal*.

Pro hodnocení profilu českých komunitních zařízení byl proto sepsán dotazník, obsahující 208 položek. První třetinu představovaly položky týkající se charakteristiky demokratických komunit, zbylé dvě třetiny se vázaly ke kritériím, určujícím komunity hierarchické. Dotazníky byly posléze zaslány všem českým terapeutickým komunitám a postupně vyhodnocovány. Závěr studie zjistil, že ve velké většině je účinný profil TK v Čechách naplněn a komunity jsou schopné přinést uspokojivé léčebné výsledky. Mezi nejdůležitější léčebné změny, ke kterým komunity klientům dopomáhají, pak patří změny v těchto následujících oblastech:

- 1) zlepšení osobního a sociálního fungování,
- 2) vymizení abúzu alkoholových a nealkoholových drog,
- 3) zlepšení kvality života a snížení rizik v oblasti veřejné bezpečnosti a zdraví.

Protože jsou ale některé položky v této výzkumné studii zcela subjektivního rázu (např. určení kvality života), musely být vyváženy položkami měřitelnými, objektivními, které by

---

<sup>11</sup> Kennard, David. *An Introduction to Therapeutic Communities*, 1.vyd. London: Jessica Kingsley 1998, s. 66.

mohli iniciátoři studie vyhodnotit i zvenčí. Takovou otázkou je např. otázka zaměstnání v podložce týkající se sociálního fungování. Klient práci buď má, nebo nemá... Jedná se tedy o položku zcela dokazatelnou/měřitelnou. Další části studie se zabývaly následujícími okruhy otázek:

**Jaké jsou charakteristiky klientů, kteří nastupují do léčby v terapeutické komunitě?**

- **S jakými problémy a s jakou závažností problémů přicházejí klienti do léčby v terapeutické komunitě?**
- **Jaké jsou charakteristiky klientů, kteří odcházejí z léčby předčasně?**
- **Jaké jsou výsledky léčby ve sledovaných oblastech – tj. v oblastech týkajících se užívání návykových látek i v oblastech dalších problémů v souvislosti s užíváním drog?**
- **K jakým změnám dochází u úspěšných absolventů léčby v terapeutické komunitě vzhledem k cílům léčebného programu?**

**Nakolik jsou tyto změny udržitelné v čase?**

- **Lze nalézt některé spojitosti mezi charakteristikou problémů klienta při nástupu do léčby a dosažených výsledků léčby?**

Kromě vyhodnocení profilu českých komunit pro drogově závislé měla tato studie samozřejmě i další cíle. Jedním z nich bylo vylepšit informovanost české laické veřejnosti o terapeutických komunitách a vytvořit další podkladové prameny pro vzdělávání dalších odborníků a vědeckých pracovníků.

## ***2.1 Bezdrogové prostředí v TK***

Hlavním posláním terapeutické komunity je zajistit bývalým drogovým uživatelům takové prostředí, které je pro ně absolutně bezpečné a které jim pomůže udržet pozitivní změny, kterých všichni zúčastnění dosáhli během předchozí léčby. Jedním z prostředků, jak je tento cíl realizován, je absolutní čistota prostředí, ve kterém se klienti nacházejí ve smyslu nulové dostupnosti drog. Dodržování bezdrogového prostředí patří mezi základní pravidla společného života v komunitě a za jeho přestoupení hrozí okamžitý trest, kterým je předčasné vyloučení dotyčného z léčby. Bezdrogové prostředí je v žargonu terapeutických komunit také

označováno jako čistota domu a je považováno za nejdůležitější podmínku fungování v terapeutické komunitě. Klienti TK se tedy před jakýmkoliv kontaktem s návykovými látkami snaží bránit velmi intenzivně. Vždy při příchodu nového klienta do komunity je proveden tzv. *filcung*, neboli důkladná prohlídka všech osobních věcí, včetně obuvi či oblečení, které má dotyčný právě na sobě. Této prohlídce je vždy přítomen jeden z terapeutů a současně šéf domu, neboli klient v řídicí funkci, který rozděluje práci ostatním klientům a zodpovídá za její kvalitu. Pravidlo absolutní bezdrogové čistoty komunity se vztahuje dokonce i na stážisty, jimž jsou věci prohlédnuty stejně důkladně jako ostatním klientům (v komunitě Karlov mi byly zkontrolovány i dámské hygienické pomůcky). V následujících dnech jsem pak osobně zažila, jak je čistota bezdrogového prostředí v komunitách přísně střežena. Jsou prováděny namátkové kontroly klientů a opět i samotných stážistů. Sama jsem detekci přítomnosti návykových látek v moči byla podrobena a musím přiznat, že se jedná o mimořádně nepříjemný pocit. Klienti a jejich samospráva jsou totiž vybaveni mimořádnou citlivostí na přítomnost návykových látek, takže čas od času je z abúzu drog nařčen i někdo, kdo je sice doopravdy neuzivá, ale komunita má dojem, že by mohl a raději sama sebe dopředu chrání.

Při popisu bezdrogového prostředí v komunitě je nutno podotknout, že cigarety a v některých nejmenovaných komunitách i alkohol nejsou považovány za zakázané drogy. Zvláštní skupinu tolerovaných látek také tvoří legálně předepisované léky sloužící ke stabilizaci zdravotního a psychického stavu klienta. Zakázanou skupinu medikace ale představují léky, které obsahují látky, na kterých vzniká závislost zejména na benzodiazepiny (anxiolityka a antiepileptika), opiáty a amfetaminy<sup>12</sup>.

Je zřejmé, že bezdrogové prostředí samozřejmě vytváří stres a tlak na uživatele, proto je nedílnou součástí chodu komunity nejen absolutně čisté bezdrogové prostředí, ale i terapeutická léčba, jež pomáhá všem uživatelům tyto stavy překonat. V TK Karlov sloužila k tomuto účelu interakční terapie, jejíž posláním bylo právě odventilování všech stresových a pocitů.

Cílem terapeutických komunit je dopomoci klientům k obnově fyzického a psychického zdraví, je tedy v zájmu každého člena komunity podřídit se bezdrogové čistotě prostředí i strukturovanému programu s jasnými pravidly.

---

<sup>12</sup> NEVŠÍMAL, Petr. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II*, 1. vyd. Praha: Nakladatelství Lidové noviny 2007, s. 62.

## ***2.2 Zásady soužití v komunitě***

Podmínkou pro přijetí do jakékoliv terapeutické komunity je dobrovolný vstup a souhlas s podmínkami spolupráce. V komunitách je očekáváno, že každý, kdo do nich vstupuje, je ochoten na sobě pracovat a hledat nové možnosti pro realizaci a udržení života bez drog. Každý člen komunity musí být také ochoten přebrat odpovědnost za své činy a za jejich účinky a dopad, který mohou mít na druhé. Všechna pravidla v TK jsou z toho důvodu nastavena tak, aby podporovala klienta k reflexi. Tyto předpisy můžeme obecně charakterizovat jako soubor dohodnutých způsobů jednání a chování, které se prolínají veškerým děním v komunitě. Podle druhu pravidel v TK můžeme rozlišovat čtyři základní typy:

- ◆ **klíčová pravidla** (př. neužívat drogy, nemít pohlavní styk v areálu TK)
- ◆ **další psaná pravidla,**
- ◆ **nepsaná pravidla** (ústně předávána pravidla),
- ◆ **nevědomá pravidla** (normy převzaté výchovou a vzděláním).

### **Klíčová pravidla**

Základním znakem klíčových pravidel je jejich naprostá jednoznačnost a nezpochybnitelnost. Jsou vytvořena na základě poslání a cílů terapeutických komunit a slouží k ochraně klientů. Za jejich porušení následuje okamžité vyloučení z programu, popř. převedení do jiné komunity. Mezi nejzásadnější klíčová pravidla patří absolutní zákaz konzumace drog či manipulace s nimi.

Jak již bylo výše uvedeno, je bezdrogový prostor nejzásadnějším požadavkem pro pobyt v komunitě. Tento předpis chrání nejen samotného klienta, ale i jeho okolí. Znemožňuje také všem zúčastněným řešit svou nespokojenost se sebou samým prostřednictvím drogy. Zákaz manipulace s drogou a její užití se ale nevztahuje jen na pobyt klientů v komunitě, ale i na situace, kdy se klient nachází na některé ze svých aktivit vně terapeutické komunity. Příslušníci komunitního léčení spadající do druhé a třetí léčebné fáze už se mohou setkávat se svou rodinou na tzv. výjezdech, klienti ze třetí fáze docházejí pro změnu v mnoha případech na brigády. I v tomto prostředí by ale mělo platit pravidlo naprosté abstinence. S přijetím zákazu aplikace drog zpravidla nemají obyvatelé komunity závažnější problémy, pravidlo je



nastaveno zcela jasně, pochyby o jeho smyslu jsou bezpředmětné. Mnohem hůře je však snášen např. zákaz intimního styku s dalšími členy komunity. Toto nařízení bývá pro všechny zúčastněné velice nepříjemné, jelikož zakazuje něco, co je biologickou potřebou a u některých klientů vede dle jejich slov k dlouhodobé sexuální frustraci a tím i vleklé nespokojenosti se životem v komunitě.

Smysl toto kontroverzní opatření ale bezesporu má. Je třeba si uvědomit, že komunita je homogenní skupinou, jejíž úspěch je založen na skupinové práci, přičemž navázání důvěrnějších vztahů mezi dvěma příslušníky společenství by vedlo k jejich vydělování a postupné izolaci z celého komunitního dění. Je logické, že dva zamilovaní lidé touží trávit svůj volný čas výhradně spolu, což by ale v případě léčebného efektu skupiny, jakou je TK, bylo zcela neefektivní a navíc i nebezpečné.

Tímto nebezpečím je míněno především zadržování tajemství, nebezpečí přesunutí přenosu či v případě rozpadu vztahu návrat k původním sebedestruktivním drogovým sklonům a depresím.

Sexuální kontakty v komunitě by navíc mohly otrást s hlavním terapeutickým nástrojem, tedy bezpečným prostorem v komunitě. Ve většině zařízení platí přísný zákaz agresivních projevů zahrnujících násilné chování a vyhrožování, neznamená to však, že by byla potlačována možnost svobodného projevu, který umožňuje ostatním aktérům přiznat si a odkryt některé nežádoucí projevy svého chování. Každý člen má právo na kritiku ostatních, takovéto situace se však nesmí zvrhnout do uvedené neřízené agresivity. V praxi je dodržování tohoto opatření poměrně náročné, setkala jsem se s případy, ve kterých, když je nějaký člen v komunitě nepříliš oblíben, se může stát, že ho ostatní klienti kritizují až nápadně často a tato kritika může probíhat mnohdy velmi zraňujícím způsobem. Terapeuti se naštěstí snaží tyto projevy co nejvíce eliminovat a vytvářet bezpečný prostor skutečně pro každého.

### **Další psaná pravidla**

Všechny terapeutické komunity na světě fungují mimo oficiálních klíčových pravidel i na základě celé řady pravidel nepsaných, která jsou zpravována jednak v operačním manuálu, jednak ve srozumitelné formě pro klienty. Hlavním znakem těchto nařízení je, že nejsou neměnná, ale naopak reflektují všechny změny odehrávající se v komunitě a jsou postupně rozšiřována nebo zkracována vždy tak, aby posloužila efektivní léčbě klientů.

### **Nepsaná pravidla**

Velice silnou a respektovanou skupinu pravidel představují i nařízení předávaná formou ústní tradice. Tyto nepsané kodexy se vytvářejí zcela spontánně a mnohdy přetrvávají celé roky. Někdy mohou být ku prospěchu, jindy zcela destruktivního rázu.<sup>13</sup> V případě, že nejsou ve shodě s oficiálními pravidly, může dojít ke konfliktu uvnitř komunity.

Úkolem terapeutického týmu je nepsaná pravidla rozkrývat a v bezpečném prostoru s klienty zpracovávat a ve společné diskuzi v nich nacházet jejich smysl nebo naopak nebezpečí.

### **Nevědomá pravidla**

Nevědomá pravidla vznikají často z pravidel nepsaných a dále částečně vlivem působení osobních norem každého člena komunity. Mohli bychom je také nazvat nevědomým působením superega každého klienta v komunitě na posuzování a ovlivňování vnějšího okolí.<sup>14</sup>

### **Systém**

Stejně jako v každé jiné společnosti i v terapeutické komunitě existuje určitý režim. Ten pomáhá klientům k uvědomění si běžné reality a k pravidelným návykům, které jsou nezbytně nutné pro pozdější bezproblémové zařazení do společnosti. Jde zde tedy primárně o získávání sociálních dovedností a přijetí a pochopení jejich důležitosti pro běžný všední život. Režim svou jasností, stereotypem a rytmem vytváří jasně předvídatelný rámec vedoucí k přijetí zvyků, řádu a disciplíny užitečných pro fungování po ukončení léčby. Za organizaci a podobu režimu v komunitě nesou největší zodpovědnost terapeuti, značný podíl na dodržování a příležitostně i obohacování programu mají ale i samotní klienti, především tedy klienti ze třetí fáze.

V případě, že se nastolený program neodehrává dle představ terapeutického týmu, dochází ke kolektivnímu sezení, během něhož se analyzuje, co nevyhovujícího či destruktivního se v komunitě odehrává. Roli při selhávání programového systému mohou sehrávat faktory, jako je velká obměna klientů, nedostatek nositelů tzv. komunitní tradice,

---

<sup>13</sup> NITSUN, Morris. *Destructive Forces in The Group and their Therapeutic potential*, 1.vyd. London: Routledge 1996, s. 48.

<sup>14</sup> NEVŠÍMAL, Petr. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II*, 1.vyd. Praha: Nakladatelství Lidové noviny 2007, s. 89.

nebo nedořešené problémy mezi klienty. Častou příčinou je také selhávání terapeutického týmu, který vytvořil špatně strukturovaný nebo jinak nevhodný program.

### ***2.3 Denní rytmus a program komunity jakožto hlavní pilíř efektivní léčby***

Jedním ze základních terapeutických činitelů v komunitě je vytvořit všem zúčastněným klientům jasnou a přehlednou systémovou strukturu. Režim v komunitě musí vytvářet na každého přítomného jasný tlak, který je nezbytný k učení a k přijetí nových nepatologických návyků. V TK Karlov vypadá denní program např. takto:

#### **PONDĚLÍ**

<b>ČAS</b>	<b>ČINNOST</b>	<b>MLÁDEŽ</b>	<b>MAMINKY</b>
06:30	budíček kuchyně		
06:45	budíček domu		ano
07:00	rozcvička		ne
07:15	úklid pokojů		ano
07:30 - 07:45	snídaně	po snídani první cigareta	ano, do 7:45 se nekouří
08:00 - 08:30	technická ranní komunita		společná
08:45	I. pracovní blok		do 9:00 - přestávka, společná cigareta
11:00	přestávka		9:00 - 12:00 pracovní blok bez přestávky
11:15	II. pracovní blok		12:00 – 12:30 přestávka, cigareta
12:30	přestávka		12:30 – 13:00 oběd
13:00	oběd		13:00 – 13:30 matky jsou s dětmi, 13:30 – 14:00 přestávka, cigareta
14:00	III. pracovní blok		14:00 procházka
15:30	přestávka		
16:00 – 17:15	dynamická skupina		dynamická skupina, případně životopisná
18:30	večeře		Do 18:45 se nekouří
19:00	otevřená skupina		společná
20:15	osobní volno		
22:00	noční klid		
22:45	poslední cigareta, případně odchod od TV	šéf domu zamyká dům	šéfka domu zamyká dům
23:00	večerka		

## ÚTERÝ

ČAS	ČINNOST	MLÁDEŽ	MAMINKY
06:30	budíček kuchyně		
06:45	budíček domu		ano
07:00	rozsvička		ne
07:15	úklid pokojů		ano
07:30 - 07:45	snídaně	po snídani první cigareta	ano, do 7:45 se nekouří
08:00 - 09:15	ranní komunita		společná komunita, přestávka od 9:45
09:30	I. pracovní blok		ano, 10:00 – 12:00 bez přestávky
11:00	přestávka		
11:15	II. pracovní blok		12:00 – 12:30 přestávka, cigareta
12:30	přestávka		12:30 – 13:00 oběd
13:00	oběd		13:00 – 13:30 matky jsou s dětmi, 13:30 – 14:30 procházka s dětmi
14:00 – 14:45	sezónní práce, popř. sport		14:30 – 15:00 přestávka, cigareta
15:00 – 16:15	výjezdová komunita (shrnutí fází, hodnocení funkcí)		společná
16:45 – 18:00	interakční		společná
18:30	večeře		individuální
19:00	osobní volno		
22:00	noční klid		
22:45	poslední cigareta, případně odchod od TV	šéf domu zamyká dům	šéfka domu zamyká dům
23:00	večerka		

## STŘEDA

ČAS	ČINNOST	MLÁDEŽ	MAMINKY
06:30	budíček kuchyně		
06:45	budíček domu		ano
07:00	rozsvička		ne
07:15	úklid pokojů		ano
07:30 - 07:45	snídaně	po snídani první cigareta	ano, do 7:45 se nekouří
08:00 - 09:15	ranní komunita		společná přestávka od 9:45
09:30	I. pracovní blok		ano, 10:00 - 12:00 bez přestávky
11:00	přestávka		
11:15	II. pracovní blok		12:00 - 12:30 přestávka, cigareta
12:30	přestávka		12:30 - 13:00 oběd
13:00	oběd		13:00 - 13:30 matky jsou s dětmi
13:45	sport		13:30 - 14:30 procházka s dětmi
14:45	přestávka		14:30 - 15:00 přestávka, cigareta
15:00 - 16:15	prevence relapsu		společná
16:15 - 16:45	přestávka		
16:45 - 18:00	dynamická skupina	dvě skupiny běží souběžně	dvě skupiny běží souběžně
18:30	večeře		do 18:45 se nekouří
19:00	osobní volno	skupina III. fáze	
22:00	noční klid		
22:45	poslední cigareta, případně odchod od TV	šéf domu zamyká dům	šéfka domu zamyká dům
23:00	večerka		

## ČTVRTEK

ČAS	ČINNOST	MLÁDEŽ	MAMINKY
06:30	budíček kuchyně		
06:45	budíček domu		ano
07:00	rozvička		ne
07:15	úklid pokojů		ano
07:30 - 07:45	snídaně	po snídani první cigareta	ano, do 7:45 se nekouří
08:00 - 09:15	ranní komunita		společná přestávka od 9:45
09:30	I. pracovní blok		ano, 10:00 - 12:00 bez přestávky
11:00	přestávka		
11:15	II. pracovní blok		
12:30	přestávka		12:00-12:30 přestávka, cigareta
13:00	oběd		Oběd 12:30-13:00, 13:00 - 13:30 matky jsou s dětmi, 13:30-14:00 přestávka, cigareta
14:00	III. pracovní blok		14:00-15:00 procházka s dětmi
15:15	přestávka		15:00 – 15:30 přestávka, cigareta
15:45	sport		15:30- 16:30 skupina matek s dětmi
16:45	přestávka		16:30-17:00 přestávka, cigareta
17:00 – 18:00	oddělená skupina		společná
18:30	večeře		do 18:45 se nekouří
19:00	interakční skupina		maminky jsou s dětmi, maminky bez dítěte na interakční skupině
20:00	osobní volno		
22:00	noční klid		
22:45	poslední cigareta, případně odchod od TV	šéf domu zamyká dům	šéfka domu zamyká dům
23:00	večerka		

## PÁTEK

ČAS	ČINNOST	MLÁDEŽ	MAMINKY
06:30	budíček kuchyně		
06:45	budíček domu		ano
07:00	rozsvička		ne
07:15	úklid pokojů		ano
07:30 - 07:45	snídaně	po snídani první cigareta	ano, do 7:45 se nekouří
08:00 - 08:45	samořídící komunita		společná přestávka od 9:45
08:45 - 09:15	technická komunita		
09:30	I. pracovní blok		ano, 10:00 - 12:00 bez přestávky
11:00	přestávka		
11:15	II. pracovní blok		
12:30	přestávka		12:00-12:30 přestávka, cigareta
13:00	oběd		oběd 12:30-13:00, 13:00-14:00, matky jsou s dětmi přestávka, cigareta
14:00 – 15:00	otevřená skupina		matky zvlášť
	osobní volno, odjezdy na výjezd		15:30–16:00 procházka s dětmi
18:30	večeře		do 18:45 se nekouří
	osobní volno		
22:00	noční klid		
23:45	poslední cigareta, případně odchod od TV	šéf domu zamyká dům	šéfka domu zamyká dům
00:00	večerka		

## SOBOTA

ČAS	ČINNOST	MLÁDEŽ	MAMINKY
06:30	budíček kuchyně		
07:30	budíček domu		ano
	osobní hygiena a úklid pokojů		ano
08:00	snídaně	po snídani první cigareta	ano, do 8.15 se nekouří
08:30 – 10:00	ranní komunita		společná
11:00	společná akce domu	mohou nastat obě varianty, může být společná v případě zátěžového programu oddělená	mohou nastat obě varianty, může být společná v případě zátěžového programu oddělená
13:00	oběd		12:30 - 13:00 oběd
13:30 - 17:00	společná akce domu		13:00-13:30 přestávka cigareta, dále se matky věnují dětem
18:30	večeře		do 18:45 se nekouří
	osobní volno		
22:00	noční klid		
23:45	poslední cigareta, případně odchod od TV	šéf domu zamyká dům	šéfka domu zamyká dům
00:00	večerka		



## NEDĚLE

ČAS	ČINNOST	MLÁDEŽ	MAMINKY
06:30	budíček kuchyně		
08:00 - 10:00	snídaně	po snídani první cigareta	
	osobní volno		oběd 12:30 - 13:00
13:00	oběd		přestávka, cigareta od 13:00
	osobní volno		procházka s dětmi
17:00 – 18:30	hodnotící komunita	návrat z dvoudenního výjezdu, společná komunita	návrat z dvoudenního výjezdu, společná komunita
19:00	večeře		do 19:15 se nekouří
19:30	osobní volno		
22:00	noční klid		
22:45	poslední cigareta, případně odchod od TV	šéf domu zamyká dům	šéfka domu zamyká dům
23:00	večerka		

Sobota i neděle jsou společnými dny aktivního odpočinku. Časový režim dne i jeho náplň jsou tudíž velmi pohyblivé.

### ***2.4 Fázové rozdělení pobytu v terapeutických komunitách***

Období po nástupu do terapeutických komunit bývá vždy rozděleno do jednotlivých fází, mezi nimiž existují značné individuální rozdílnosti dle toho, co je pro klienty po návratu ze zdravotnického zařízení či detoxifikace nejprínosnější. Nejobvyklejším rozdělením jednotlivých období pak bývá rozčlenění na nultou, první, druhou a třetí léčebnou fázi.

Každý nově příchozí člen terapeutické komunity se po svém příchodu automaticky ocitá v roli klienta nulté fáze. Většina terapeutických zařízení požaduje ale po příchozích ještě před započítáním této orientační fáze zaslání osobního životopisu a žádosti o pobyt v komunitě ve dvou písemných podobách. V některých komunitách je navíc požadována osobní návštěva potenciálního klienta a vyplnění předvstupního dotazníku, na jehož podobě se shodli všichni zástupci TK sdružených v sekci A.N.O. S uchazečem jsou během tohoto sezení projednány podrobnější podmínky pobytu, jako je např. finanční spoluúčast klienta, jeho práva,

povinnosti apod.<sup>15</sup>

V některých případech existují i závažné důvody, jež představují překážku pro přijetí nového klienta do komunity. Jednu z těchto komplikací představují např. akutní psychózy, infekční onemocnění, významné tělesné omezení pohyblivosti nebo nesouhlas stávajících členů komunity, kteří bývají do výběru nových členů zapojeni rovněž.

Účelem spolurozhodování o přijetí pak není jen posílení osobní důvěry a odpovědnosti jednotlivých členů komunity, ale především snaha o vytvoření harmonického homogenního celku, ze kterého nemůže nikdo výrazně vyčnívat. Je zřejmé, že podíl na rozhodování o přijetí nového klienta do komunity není na straně stávajících členů absolutní, slovo stávajících je však i přesto bráno v potaz.

Je-li budoucí člen komunity z hlediska všech uvedených aspektů seznán jako vyhovující a léčby schopný, vstupuje do zmíněné nulté fáze.

#### **NULTÁ FÁZE** (*orientační, diagnostická, úvodní, poznávací apod.*)

Typickými znaky tohoto období jsou následující podmínky. Nový člen je absolutně izolován od vnějšího světa, není mu dovolen styk ani s nejbližšími příbuznými, ani telefonický či písemný kontakt. Klient rovněž častěji podstupuje různé podpůrné individuální konzultace a vybírá si v komunitě pobytově staršího člena, jenž jej provází režimem a pravidly komunity. Tento starší klient bývá zpravidla nazýván bratr nebo sestra. Během nulté fáze je také nově příchozímu přidělen tzv. garant (člen terapeutického týmu), jenž dotyčného provází v průběhu léčby. Tento garant je klientovi nápomocen v praktických otázkách týkajících se pobytu v komunitě a současně mu pomáhá vytvořit efektivní plán léčby. Specifikem nulté fáze léčby je také účast klienta na životopisných terapeutických skupinách, na kterých se probírá rodinné zázemí a rodinné zvyky, hodnoty a jednání daného jedince. Doba trvání nulté fáze se pohybuje přibližně kolem dvou týdnů, po tuto dobu klient nikdy nesmí opustit areál komunity a není mu dovolen ani nákup osobních věcí. V odůvodněných případech může ale terapeutický tým rozhodnout o případných výjimkách.

#### **PRVNÍ FÁZE**

V první fázi jsou již klienti detailně obeznámeni s režimem a chodem komunity a začínají hlouběji přijímat život v komunitním systému. Je od nich požadováno, aby se hodně

---

<sup>15</sup> NEVŠÍMAL, Petr. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II*, 1. vyd. Praha: Nakladatelství Lidové noviny 2007, s. 92.

zabývali svým chováním a jednáním a aby začali přijímat odpovědnost za své činy. Současně je od nich také očekáváno, že budou naslouchat a pomáhat ostatním členům TK.

Pro první fázi komunitního léčení je typické, že klient nadále nemůže sám odejít mimo areál terapeutického zařízení, podstatnou změnou proti nulté fázi je však okolnost, že po žádosti předložené komunitnímu vedení může komunitní prostor opustit s doprovodem někoho ze druhé či třetí fáze, nebo ze samotného terapeutického týmu. Klienti první fáze rovněž začínají zastávat první pracovní funkce přispívající k chodu a fungování komunity. Mezi tyto méně náročné funkce z komunitní samosprávy patří péče o hospodářská zvířata, kuchyni či drobné domácí mazlíčky (např. akvariijní rybičky). Cílovým posláním první fáze je především naučit klienta odpovědnosti za sebe i za ostatní a dovést ho k chápání podstaty své závislosti a k přerušení styků s drogovým okolím dotyčného. V závěru první fáze by měl klient dosáhnout toho, že komunitu přijímá jak ve smyslu pravidel, programu a cílů, tak ve smyslu vztahů.<sup>16</sup>

#### **V první fázi komunitní léčby dále platí tato pravidla:**

I. V průběhu první fáze musí klient alespoň jednou absolvovat tzv. dynamickou skupinu, na které pohovoří o svých aktuálních problémech a o svých pocitech z komunitního života. Na přesném tématu dynamické skupiny se jedinec domlouvá vždy se svým osobním garantem a se zbytkem skupiny.

II. V prvním období léčby je již dovoleno psát si a telefonovat s rodinou a blízkými, kontakt se omezuje ale jen na ty jedince, kteří nezneužívají žádné návykové látky. Obsah dopisů a telefonátů by měl jedinec vždy probírat na skupinových sezeních a seznámit s ním ostatní přítomné v komunitě.

III. V první fázi není dovoleno přijímat v areálu komunity žádné návštěvy. V průběhu léčby v tomto období by si měl také klient pečlivě vytvořit svůj finanční plán, aby přesně věděl, jak bude hospodařit se svými finančními prostředky nacházejícími se u vedení v úschově.

Velkým problémem v první fázi je stejně jako u fáze nulté určité rozčarování klienta a riziko předčasného odchodu z léčby z důvodů velké náročnosti programu terapeutické komunity a velkých nároků na změnu v jednání a chování klienta.<sup>17</sup>

---

<sup>16</sup> KALINA, Kamil. *Terapeutická komunita*, 1.vyd. Praha: Grada 2007, s. 196.

<sup>17</sup> KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*, 1.vyd. Praha: Grada 2008, s. 83.

Doba trvání první fáze se pohybuje přibližně mezi jedním až dvěma měsíci.

## **DRUHÁ FÁZE**

Druhá fáze je charakteristická tím, že klienti naplno žijí pro komunitu.<sup>18</sup> V tomto období by klient měl být již schopen sám mluvit o svých pocitech a umět prezentovat své problémy a pochybnosti. Současně se člen komunity ve druhé fázi také již stává bratrem či sestrou pro příslušníky nižších fází, což je spojeno s velkými nároky na zodpovědnost a konstruktivní rozhodování nejen za sebe, ale i za chod celé TK. Ve druhé fázi by se měl člen komunity také hlouběji orientovat ve svých představách o budoucí abstinenci mimo komunitní zázemí a naučit se rozpoznávat své skryté pocity bažení po návykové látce a pracovat s nimi. Všechny terapeutické a vzdělávací intervence se tedy týkají zvyšování vědomí jednotlivce, o vlivu jeho chování a postojů na něj a jeho okolí.<sup>19</sup> Samozřejmostí je i nadále dodržování pravidel a programu vytyčeného terapeutickým vedením.

### **Pro druhou fázi platí následující práva a povinnosti:**

I. Všechny finanční prostředky jsou i nadále uloženy v trezoru u vedení TK. Jejich výběr se děje vždy jen v určitých předem domluvených časových úsecích, zpravidla se ale jedná o dobu po skončení ranní komunity (TK Karlov, TK Němčice).

II. Osobní volno je možno již trávit mimo areál komunity, o každém odchodu by měl být terapeutický tým alespoň den předem informován.

III. Během víkendů mohou frekventanta druhé fáze navštívit i rodiče či blízké osoby, návštěva může trvat v rozsahu jednoho dne až do maximálně jednoho týdne. O návštěvě rodiny nikdy komunita nehlasuje, schvaluje se či zamítá pouze příjezd partnera nebo blízkých osob.

Ve druhé fázi je také žádoucí, aby člen komunity začal absolvovat i tzv. výjezdy, tedy cesty mimo komunitu za svými blízkými. Důvodem pro výjezdy mimo komunitu není jen posílení sociálních vazeb, jedná se především o zkoušku, jak dotyčný zvládá život bez drog, pokud vedle sebe nemá žádný dozor. O výjezdech rovněž rozhoduje zbytek skupiny, v případě, že se komunita domnívá, že by dotyčný nástrahám na výjezdu neodolal, snaží se pak dotyčného ochránit a žádost o výjezd se dočasně zamítá. V průběhu druhé fáze je povinností

---

<sup>18</sup> NEVŠÍMAL, Petr. *Terapeutická komunita II*, 1. vyd. Praha: Nakladatelství Lidové Noviny 2007, s. 94.

<sup>19</sup> DE LEON, George. *Terapeutická komunita pro drogové závislosti I.*, 1. vyd. Praha: Lidové Noviny 2004, s. 140.

účastníka připravit si nejméně jednou téma pro dynamickou skupinu. Téma se stejně jako v případě první fáze domlouvá s garantem a ostatními členy komunity. Ve druhé fázi je nezbytné absolvovat rovněž funkce, jež jsou pro splnění tohoto období ničím jiným nenahraditelné. V TK Karlov jsou takovými funkcemi např.:

**a) Šéf domu**

Jeho úkolem je organizovat a kontrolovat práci ve spolupráci s terapeutu. Vede skupiny a komunity a také z nich pořizuje písemné záznamy určené k archivaci pro potřeby vedení. Dále má na starost přípravu týdenního plánu a dodržování časového režimu.

**b) Pečivář**

Tato funkce je přidělována na dva týdny, její náplní je zajištění pečiva a drobných nákupů pro členy komunity.

**c) Šéf kuchyně**

Vaří a uklízí v kuchyni. Jeho úkolem je naplánovat jídelníček na týden dopředu a dohlížet na ostatní pomocné kuchaře ze druhé fáze.

**d) Zvířetřák**

Krmí hospodářská zvířata a uklízí v maštali. Tato funkce rovněž trvá po dobu dvou týdnů.

**e) Zdravotník**

Má na starosti vstupní prohlídky všech nově příchozích členů a zprostředkovává kontakt s ošetřujícím lékařem. Jeho nejdůležitějším úkolem je výdej a zajištění léčiv v předem domluvených večerních hodinách. V případě mimořádné události poskytuje první pomoc a stará se o nemocné.

Cílovými znaky druhé fáze bývá zpravidla přimknutí ke komunitě a k jejímu programu. Klienti pomalu začínají fungovat jako vzor pro klienty z nižších fází, kterým dávají osobní příklad a jsou nositeli řádu a pravidel. Klienti také podle možností ožívují své vztahy s rodinou a budují novou sociální síť přátel z bezdrogového prostředí. Zpravidla se jedná o přátele, s nimiž byli klienti ve styku před vznikem a rozvojem své drogové závislosti, výjimečně se jedná o přátele zcela nové, s nimiž se pacienti seznámí prostřednictvím sociálních sítí nebo inzerátů. Klienti také uvažují o své budoucnosti a měli by mít již pomalu vytvořenou představu o svém budoucím domově a případně doléčování.<sup>20</sup> Období druhé fáze

---

<sup>20</sup> DE LEON, George. *Terapeutická komunita I.*, 1.vyd. Praha: Lidové Noviny 2004, s. 137.

bývá často přezdíváno jako období zlaté, jelikož klienti v něm vykazují nejvyšší aktivitu a jsou ochotni na sobě velmi usilovně pracovat.

I před zbytkem skupiny vystupují mnohem otevřeněji a upřímněji, jejich sebeúcta vzhledem ke zvládnutým cílům markantně roste. Postup v komunitní hierarchii také posiluje pocit autority u klientů z nižších fází, již své starší společníky vnímají jako vzor a osobní příklad.

Klienti ze druhé fáze jsou také schopni lépe zvládat své negativní emoce a dokáží již zodpovědně přistupovat ke všem problémům, s nimiž se setkávají. Rizikem tohoto léčebného období je stejně ale jako u fáze první zvýšená šance na nedokončení léčby, jelikož klienti už sami sebe mohou považovat za silné a odolné jedince, což může vést k přehlédnutí a podcenění některých zbylých nedorušených osobních problémů. Klienti také často nabývají přesvědčení, že už jsou vlastně vyléčeni a že mohou začít žít jako normální zdraví lidé.

### **TŘETÍ FÁZE**

Ve třetí fázi jsou klienti již samostatní a zodpovědní. Stále žijí v areálu komunity, ale jejich pobyt v TK je o poznání svobodnější. Někteří docházejí do zaměstnání a v komunitě tráví jen odpolední a večerní část dne, někteří si zajišťují bydlení a kontaktují programy následné péče. Příslušníci třetí fáze už se také nemusí účastnit celého programu, obvykle se naopak sami osobně začínají na přípravě a průběhu volnočasových aktivit pro druhé aktivně podílet.

Úspěšní klienti ze třetí fáze dokáží dobře odhadnout riziko drog a nezapomínají na svou minulou drogovou kariéru a slabé stránky. Umějí tedy předcházet potenciálně nebezpečným situacím a vyhnout se jim.

Zvládají také relaxovat a vyhýbat se dlouhodobému stresu a plně si připouštějí všechny dobré i špatné emoce, které prožívají.

Klienti ze třetího období léčby by rovněž měli být schopni rozpoznat pro sebe přínos následné péče a nesnažit se tuto stránku léčení přeskočit, protože procento klientů zdárně fungujících (abstijních) bez tohoto podpůrného programu je skutečně mizivé.

Délka trvání třetí fáze je zpravidla měsíc až měsíc a půl. Hlavním účelem tohoto období je osamostatnit se a připravit se na odchod.

### **Během trvání této fáze se klient řídí těmito pravidly:**

- Všechny finance má každý frekventant u sebe.
- Své výjezdy mimo areál komunity nahlašuje skupině, ale skupina o nich již nehlasuje. Mimo dvoudenních výjezdů by měl každý klient tohoto období absolvovat alespoň pětidenní výjezd.
- Přístup k telefonu nebo internetu má každý ze třetí skupiny kdykoliv.
- Současně má i nárok na vlastní pokoj a také má právo na větší soukromí (možnost prodloužení večerky a pozdějších nočních příchodů do komunity apod.). Vždy ale musí být respektován klid a nerušený spánek ostatních.

Úspěšný absolvent třetí fáze zakončuje své léčení a zároveň celý pobyt v terapeutické komunitě slavnostním rituálem.<sup>21</sup> Ten je odměnou a slavnostní tečkou za etapou, kdy dotyčný hledal svou cestu ven ze závislosti.

### **DOLÉČOVACÍ PROGRAMY**

Po ukončení pobytu v terapeutické komunitě je velmi vhodné, aby klient navrátil se z terapeutické léčby nastoupil i do některého z programů následné péče v doléčovacích centrech.<sup>22</sup> Doléčování je stejně důležité jako samotná léčba, zejména v tom, že pomůže překlenout první období návratu z komunitního systému a zapojení se do samotného běžného života. Přejít z jedné fáze do druhé pak není natolik drastický a umožňuje tedy vyřešit zbylé problémy s vyřizováním zaměstnání, sociálních věcí i bydlení.

Programy následné péče mohou mít buď ambulantní charakter, nebo formu pobytové léčby v chráněném bydlení. V případě chráněného bydlení je pak nutno počítat s náklady na bydlení a na stravu, jejich výše se v současné době pohybuje přibližně kolem čtyřech tisíc korun.

---

<sup>21</sup> JONES, Maxwell. *The therapeutic community: a new Treatment Method in Psychiatry*, 1.vyd. New York: Basic Books 1953, s. 96.

<sup>22</sup> DE LEON, George. *The therapeutic community: theory, model and method*, 7.vyd. New York: Springer 2000, s. 454.

## ***2.5 Specifické zvyky a rituály v terapeutických komunitách***

Příčiny vzniku a rozvoje drogové závislosti jsou velmi různorodé a zahrnují zpravidla kombinaci faktorů a vlivů biologické, psychologické, sociální a spirituální povahy.<sup>23</sup> Proto každý klient, jenž usiluje o změnu životního stylu, by se měl naučit uspokojovat nejen své běžné myslitelné potřeby, ale i potřeby duchovního charakteru. Ty mohou vypadat u každého jedince různě, společným znakem je však vždy touha po transcendentnu. Jedním z mnoha způsobů, jak klienti v TK mohou setkání s transcendentnem zažít, je slavnost rituálu. Už od pradávna hrály různé druhy obřadů v lidských životech významnou úlohu. Měly většinou posvátný charakter, takže byly spojovány s mimořádnými a významnými událostmi a také přinášely pocity uvolnění a klidu. Rituální ceremonie zpravidla vždy probíhaly uvnitř určitého společenství lidí a přinášely pocity pospolitosti a sounáležitosti. Díky své opakovatelnosti sloužily i k upevnění společenstva jako takového a také k upevnění a ukotvení jeho vlastních norem.

V moderní společnosti se význam duchovní tradice bohužel oslabuje a dochází k nesporné redukci duchovních hodnot, jejímž přirozeným výsledkem je povrchnost, nestálost prostředí a vztahů, nedostatek úcty k jiným i k sobě samému apod. Drogová závislost je tedy také jedním z mnoha negativních jevů, jež nyní díky nedostatku spirituality společnost oslabuje.

Velké procento TK proto do své léčby rituály více či méně zahrnuje a vede klienty zpátky k návratu k jejich lidským duchovním potřebám a ke vzkříšení jejich osobního spirituálního vnímání.

### **Terapeutické komunity nejčastěji pracují s následujícími druhy rituů:**

- A) Rituály přechodu
- B) Rituály ceremoniální
- C) Rituály každodenní

#### **• Rituály přechodu**

Tento druh rituálů je spojen s přechody z jednoho období do druhého a v lidském životě

---

<sup>23</sup> NEVŠÍMAL, Petr. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II*, 1. vyd. Praha: Nakladatelství Lidové noviny 2007, s. 103.



hraje velmi zásadní úlohu. Jeho hlavním účelem je převedení člověka z jednoho období do druhého, je to vlastně pomyslný most ze staré etapy do nové. Tento druh ritu je rozčleněn na tři zásadní fáze, přičemž první představuje období odloučení, druhá období pomezí a třetí konečné stádium přijetí.

Během tohoto druhu oslav také dochází k podpoře náboženského vnímání skupiny a k zažívání pocitu obřadnosti, radosti až extáze. Stejně jako ostatní rituály ani přechodové rituály nikdy nepodléhají účelové racionalitě, je to způsob chování založený na tradičních pravidlech, jehož hlavním účelem je účel integrační. Rituální slavnost zde má především symbolickou hodnotu a bývá vykonáván buď na počest významných událostí nebo za účelem posílení vazeb společenství.

Přechodové rituály definují hranici mezi jednotlivcem a okolním světem.<sup>24</sup>

Příchod do terapeutické komunity i odchod z ní představuje moderní přechodový rituál. Když klient přichází do terapeutické komunity, odevzdává veškeré osobní předměty, které by ho mohly spojit s okolním světem (osobní doklady, mobilní telefon, peníze) a odchází na 24 hodin na klauzuru, kde je ponechán jen sám sobě a svým myšlenkám a může bilancovat svůj život. Na úrovni spirituální tedy shromažďuje a probírá se myšlenkami, které ho přivedly k léčbě do komunity. Po klauzuru je předveden před skupinu a dostává se do nové fáze, do období pomezího. Ještě není uzdraven, ale už učinil první kroky pro své vyléčení. Seznamuje se se skupinou, s prostředím, ve kterém bude pobývat, i s řádem a pravidly v komunitě. V tomto období se klient nachází v nulté fázi. Ještě není právoplatným členem skupiny, musí se nejdříve osvědčit. Pokud se tak stane, posouvá se do první fáze léčby a je přijat. Kruh se tedy uzavřel – klient je plně akceptován ostatními a nadešla poslední fáze přechodové rituálu, fáze přijetí.

### • **Rituály ceremoniální**

Tento druh rituálu slouží především k upevnění nastolených změn.<sup>25</sup> Patří sem veškeré oslavné rituály, např. závěrečný oslavný obřad z výstupu léčby, absolventské rituály apod. Ceremoniální obřady jsou velmi důležitým prvkem léčby v TK, protože představují formu ocenění, jakousi symbolickou pochvalu za úspěšně ušlý kus cesty a práci na sobě. Průběh ceremoniálních rituálů je vždy neměnný, objevují se jen odlišnosti v rámci různých komunit.

<sup>24</sup> IMBER-BLACK, Evan. ROBERTS Janine. *Rituals for our times: celebrating, healing and changing our lives and our relationships*, 1. vyd. New York: Harper Collins 2003, s. 74.

<sup>25</sup> NEVŠÍMAL, Petr. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II*, 1. vyd. Praha: Nakladatelství Lidové noviny 2007, s. 104.

Odlišně tedy vypadá ceremoniální rituál v TK Karlov než v TK Němčice.

Ceremoniální rituál se vždy uskutečňuje za přítomnosti ceremoniálních osob a také ceremoniálních předmětů. Hojně bývají využívány svíce, vůně, popř. symbolika živlů. Dále jsou vždy přítomny předměty, které jsou důležité pro komunitu (např. společně vytvořené nádoby, šperky, keramika). Důležité je i místo, které je pro obřad vybráno, a zpravidla je nějak symbolicky důležité pro skupinu, stejně jako i denní či noční doba, kdy se rituál uskutečňuje. Během rituálů se pak mezi jedinci vytváří intenzivní pocit sounáležitosti a kolektivního vědomí a také – a to je nejdůležitější – se posilují emotivní pouta mezi všemi členy společenství.

### 3. Terapeutické programy a jejich formy používané v TK

Jednu z nejhojněji využívaných terapeutických technik, která se v bezdrogovém prostředí českých terapeutických komunit praktikuje, představuje bezesporu skupinová terapie. Hlavním přínosem této terapeutické techniky je vytvoření cvičného prostředí uvnitř důvěrně známé skupiny, ve kterém si klient může opakovaně vyzkoušet, jak jeho přirozené jednání vnímají ostatní, a také se naučit vypořádávat s kritikou nasměrovanou ke své osobě, neboli zjednodušeně řečeno naučit se přijímat zpětnou vazbu od svého okolí. Celkově tedy skupinová terapie využívá k léčebným účelům skupinovou dynamiku, vztahy a interakce, a to jak mezi členy terapeutické skupiny navzájem, tak mezi skupinou a terapeutem. Hlavním účelem je pak dosažení náhledu a pochopení jednání svého i ostatních a změna maladaptivních vzorců chování, jejichž postupným odbouráváním je posilováno zrání osobnosti klienta, posílení osobní odpovědnosti i odstranění některých symptomů onemocnění. Dle standardů služeb pro uživatele drog by měl objem péče o závislé klienty zahrnovat nejméně dvacet hodin skupinové terapie, což v praxi obnáší přibližně tři až čtyři hodiny denně. Ačkoliv se zdá, že toto číslo je poměrně vysoké, většina klientů, s nimiž jsem se v TK Karlov seznámila, uváděla, že by počet hodin ještě navýšili, jelikož se jim terapie ve skupině zdají smysluplné a efektivní, a že jim přinášejí skutečně plnohodnotné sebezpoznání, jež jim usnadňuje komunikaci s okolím i na nových pracovních místech. To může být dáno teoretickými důvody (větší otevřenost členů díky pracující skupině a současně též skupinovým tlakem vedoucím ke změně).

Terapeutické skupiny v TK jsou ale ovlivněny celou řadou skutečností, jež jsou specifické jen pro tuto klientelu a jen pro toto zázemí.<sup>26</sup>

Například určitá celokomunitní pravidla mají v rámci skupinové terapie modifikovanou platnost. Zřetelně je tato změna patrná na pravidlu důvěrnosti a diskretnosti. Nevynášet žádná témata a neřešit je mimo skupinu zde neplatí a bylo by to i kontraproduktivní. Jedním z vedlejších cílů skupinových sezení je vzbuzovat diskuzi i mimo zdi určené pro terapii a tyto diskuze mohou být mnohdy také velmi kvalitním zdrojem sebezpoznání. Klíčovou podmínkou pro fungování psychoterapie je vždy bezpečí a intimita ve skupině. Tento bezpečný prostor umožňuje klientům sebeotevření a experimentování se sebou samým a posiluje vzájemné pouto a rovnocennost. Správně fungující terapeutická komunita se proto o celkový pocit intimity a harmonie cíleně snaží a z toho důvodu poskytuje všem zúčastněným emoční

---

<sup>26</sup> NEŠPOR, Karel. *Léčba a prevence závislosti*, 1.vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha 1999, s. 74.

podporu při překonání všech momentálních osobních obtíží. Není-li ovšem v komunitě dostatek bezpečí a otevřenosti, jsou terapeutické skupiny formální a neaktuální. Terapeutické skupiny pak tedy i zpětně zrcadlí všechny negativní změny a jevy, které se v takové nefunkční komunitě vyskytují.

Kohezi terapeutické skupiny lze ale posilovat nejen na skupinových terapiích. Jednou z důležitých aktivit, které rovněž soudržnost skupiny výrazně posilují, jsou sportovní akce a společně strávené volnočasové aktivity všeobecně. Tato soudržnost je pak výsledkem sil, které působí na členy tak, že chtějí ve skupině zůstat a skupinu udržet. Skupinová koheze je podmínkou skupinové terapie.<sup>27</sup>

Co je však v terapeutických programech velmi důležité, je otevřenost skupinového procesu, jenž je umocněn a akcelerován vzájemnou podrobnější znalostí z dějů mimo rámec skupinové terapie. Kritika se zde opírá o znalost reálného chování a jednání všech zúčastněných a je okamžitě k dispozici. Klientská skupina je také proto často vybízena k pojmenovávání jevů existujících v každodenním soužití komunity a postihuje celou komunitní existenci v celé její šíři a hloubce. Mezi klienty díky každodennímu styku vznikají menší konvenční sociální zábrany a utužuje se tím právě ona velmi žádoucí důvěrnost a intimita. Na druhou stranu je potřeba zmínit, že menší zábrany mohou způsobit i vyřizování účtů a rozmach mocenských pŕetek mezi klienty, můj osobní dojem z komunitního života mi potvrdil, že mnozí klienti si tak pod záminkou otevřenosti jen vyříkávají své osobní spory a antipatie. Z toho důvodu je potřeba, aby otevřenost skupinového procesu byla vedena a zmírňována zkušeným terapeutem, který obdobné nežádoucí tendence dokáže rozpoznat.

Velmi ožehavou oblast, kterou terapeut během skupinové terapie musí rovněž zvládnout, představují obranné intrapsychické mechanismy.<sup>28</sup> Tato soustava úkonů a jevů, jež chrání před úzkostí a konfliktem, je ve své maladaptivní formě (např. štěpení, popírání, vytěsňování a regrese) u klientů TK pro závislé velmi častá a strach z poranění je v důsledku minulých životních zkušeností skutečně velký. K problematickým tématům se tedy terapeut musí opakovaně vracet, čekat na vhodný čas na intervenci a citlivě reagovat na výpověď klienta a podporovat ho případně individuální terapií. Zařazování různých neverbálních technik, popřípadě teatroterapie může klientovi rovněž výrazně usnadnit získání korektivní emoční zkušenosti.

Co se týká témat, jež jsou na skupinových terapiích probírána, jedná se zpravidla o

---

<sup>27</sup> KRATOCHVÍL, Stanislav. *Skupinová psychoterapie v praxi*, 3. vyd. Praha: Galén 2005, s. 18.

<sup>28</sup> KOOYMAN, Martien. *The therapeutic community for addicts: intimacy parent involvement and treatment outcome*, 1. vyd. Rotterdam: Erasmus University 1992, s. 17.

rozhovory o rodině a dětství, vztazích s partnery, vztazích k autoritám, strachu ze selhání a odmítnutí v rodině a dále o témata z oblasti prevence relapsu, motivace, sexuality či budoucího povolání.

### **3.1 Základní typy terapeutických skupin využívaných v TK**

Hlavním záměrem intenzivního dlouhodobého pobytu v komunitě je jeho léčebná efektivita, proto jsou tedy terapeutické programy rozděleny do několika základních typů komunitních skupin, jež se snaží uchopit a opět zkorigovat do normálu všechny oblasti klientova předchozího života. Za nejdůležitější lze považovat následující z nich:

#### **A) AUTOBIOGRAFICKÁ KOMUNITA**

Ihned po nástupu klienta do komunity proběhne během prvních dnů podrobnější autobiografická skupina, během které se nově příchozí podrobně představí všem starším členům. Protagonista před tuto komunitu obvykle vstupuje s obavami stran přijetí. Z neznámého prostředí, s obavou z kritiky a s touhou zaujmout a zařadit se mezi ostatní.<sup>29</sup>

Cíl autobiografické skupiny je však velmi prostý a zahrnuje jen postihnutí základních informací o životě klienta tak, aby na něj ostatní účastníci mohli navázat a být schopní poskytnout dotyčnému zpětnou vazbu. Většina dotázaných z TK Karlov během našich rozhovorů uvedla, že bezprostředně po tom, co podstoupili autobiografické představení ostatním, pocítili obrovskou úlevu a začlenění do kolektivu potom prý bylo dle jejich slov v následujících dnech výrazně urychleno. V mnoha českých terapeutických komunitách (např. TK Němčice a TK Magdaléna) se na autobiografické skupině využívá různých technik arteterapie (např. modelování, kreslení, sochání). Snáze se tak udrží pozornost a napětí ve skupině.

#### **B) RANNÍ KOMUNITA**

Tento typ terapeutické skupiny patří mezi nejvýznamnější skupiny v TK. Ranní komunitní sezení se zaměřuje na zhodnocení nejdůležitějších momentů předchozího dne, na

---

<sup>29</sup> NEVŠÍMAL, Petr. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II*, 1. vyd. Praha: Nakladatelství Lidové noviny 2007, s. 112.

reflexi aktuálního dění ve skupině, na plánování činností pro začínající den a na řešení provozních a organizačních záležitostí. Ranní komunita nemusí být vedena jen terapeutem, může být vedena i samotnými klienty. Zpravidla tuto funkci vykonává šéf domu. Do programu TK je ranní komunita zařazena zpravidla každý den, její průběh má téměř vždy stejný charakter: přivítání, rozbor událostí uplynulého dne, citát pro dnešní den, povídání o případných snech z uplynulé noci, udílení sankcí a pochval a žádosti o výjimky. Ranní komunita nebývá dlouhá, zpravidla trvá kolem jedné hodiny, její poslání je ale nenahraditelné, protože zachovává kontinuitu dění v TK a zprostředkuje sdílení a zpětné vazby, které jsou základním předpokladem fungování celé terapeutické komunity.

### **C) INTERAKČNÍ SKUPINA**

Tato skupina je zaměřená na konfrontaci dvou nebo více členů komunity. K tomuto střetu zpravidla dochází po opakovaných konfliktech mezi klienty komunity a je velmi výhodné tyto postojové rozdíly průběžně na interakčních skupinách řešit, jelikož neřešené nebo nedořešené střety by mohly ohrozit celou rovnováhu komunity. Je zřejmé, že na interakčních skupinách se řeší spíše závažné spory, okrajové a méně závažné půtky (neutřené hrnky, zvýšená spotřeba toaletního papíru atp.) jsou probírány na ranní komunitě.

### **D) DYNAMICKÁ SKUPINA**

Jedná se o druh skupiny vymezené jediným tématem jednoho protagonisty s cílem předejít určitý problém v maximálních souvislostech a mezích. Některá témata pro dynamická sezení jsou předem určená (zpravidla se tak děje s ohledem na přestup z jedné léčebné fáze do druhé a z důvodů zkoumání zralosti klienta), jiná témata mohou být vybrána samotnými členy komunity, poté ovšem musejí být předem schválena garantem. Z mého pozorování na Karlově jsem pochopila, že dynamické skupiny jsou velmi oblíbené a zájemců o skupinu bývá většinou hned několik najednou. Vzhledem k tomu, že ale požadavky všech mohou být uspokojeny teprve postupně, bývá první protagonista vylosován, aby byla účast na skupině spravedlivá a nikdo se nemohl cítit ošizen.

### **E) VZDĚLÁVACÍ SKUPINA**

Tento typ skupiny se zabývá určitým předem domluveným tématem, na jehož zpracování se podílí celá komunita. Výběr obsahu skupiny je zpravidla na terapeutovi, v

mimořádných případech si téma domluví celá skupina a terapeut ho po úvaze schválí. Předmětem obsahu vzdělávací skupiny bývá nejčastěji motiv z aktuálního dění v komunitě, popř. látka didaktického charakteru.

#### **F) MIMOŘÁDNÁ SKUPINA**

Každý klient z komunity má právo svolat mimořádnou skupinu v případě, že se cítí ohrožen a v nebezpečí, popř. že mu emoční stav nedovoluje další účast na společném programu. Pokud je mimořádná skupina svolána, s okamžitou platností se dočasně zastavuje veškerý program komunity, jelikož účast všech přítomných je na skupině nezbytná.

#### **G) HODNOTÍCÍ SKUPINA**

Tento druh skupin se zaměřuje na hodnocení a poskytování zpětné vazby ke společnému životu v komunitě. Z hodnotících skupin obvykle vycházejí další úpravy programů a zásadnější skupinová doporučení, eventuálně dochází k přepracování individuálního léčebného plánu.

#### **H) GENDER SKUPINA**

V některých českých terapeutických komunitách (TK Karlov je např. jedna z nich) se do programu zařazují oddělené mužsko-ženské skupiny.<sup>30</sup> Konkrétně na Karlově takto mají maminky s dětmi některé své oddělené terapeutické skupiny, jejichž hlavním smyslem je hovořit o záležitostech, jež se týkají pouze bezprostředně ženských témat, jako je mateřství, sex po porodu, péče o tělo atd. Výběr témat je zpravidla velice intimního, někdy i traumatického charakteru, separace od druhého pohlaví je ale realizována z toho důvodu, aby diskuzi nebrzdil přílišný stud před muži, eventuálně aby se zabránilo přenosovým dějům či sexuálně podmíněnému chování mužské části skupiny.

Velkým přínosem této skupiny je posílení sounáležitosti mezi přítomnými ženami a vznik jakési ženské přátelské soudržnosti.

---

<sup>30</sup> NEVŠÍMAL, Petr. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II*, 1. vyd. Praha: Nakladatelství Lidové noviny 2007, s. 113.

## I) VELKÁ KOMUNITA

Velká komunita se koná zpravidla jednou za dva týdny a je místem společného setkání všech klientů ve skupině. Předmětem diskuze na ní bývají všechny důležité události, jež se ve skupině odehrály, výrazným rozdílem proti hodnotící komunitě je její rituální průběh. Klienti se v rámci rituálů např. pomyslně zbavují věcí a názorů spjatých s drogovou minulostí a vzájemně si blahopřejí k jednotlivým pokrokům v léčbě.

### **3.2 Specifické skupinové techniky**

Neverbální techniky komunikace představují překvapivě jednu z velmi významných léčebných skupinových technik. Pro klienty zpravidla bývá velmi vítanou a lákavou změnou přestat používat na chvíli svůj hlas jako nástroj k dorozumění a zcela se uvolnit a poddat komunikaci tváře a těl ostatních členů. Nejen slova, ale i gesta, mimika a dotek mají určité již smluvené výrazy a jednáme s nimi jako se slovem. Neverbální komunikace tedy stejně jako komunikace verbální zprostředkovává vnitřní svět druhého člověka, jeho city, sentimenty, zpracování informací, sympatie, antipatie apod. Nonverbální komunikace je z větší části nevědomá, a chce-li jí komunikátor lépe uchopit, je třeba cíleně pracovat na jejím zvědomování.

**Základní složky, které tvoří neverbální komunikaci, jsou především následující prostředky:**

#### **a) Mimika (z řeckého *mimeomai* – napodobovat)**

Je druh vědomého vyjadřování pomocí stahů obličejových svalových skupin. Mimické schopnosti u člověka jsou poměrně značně rozvinuty, především díky nulovému osrstění v partiích tváře a velmi vyvinutému systému obličejového svalstva.<sup>31</sup> Mimické výrazy jsou většinou nezávislé na kultuře a jazyku, takže mohou sloužit jako komunikační prostředek i mezi příslušníky dvou odlišných národností, kteří si jazykově nerozumějí. Důkladnému výzkumu lidské mimiky se věnoval *Charles Darwin* a *Jan Evangelista Purkyně*.

#### **b) Proxemika**

Tento druh nonverbální komunikace je založen na vnímání blízkosti a vzdálenosti mezi

---

<sup>31</sup> MORRIS, Desmond. *Lidský živočich: osobní pohled na lidský druh*. Praha: Knižní klub; Balios 1997, s. 22.



komunikátorem a komunikantem. Většinou se mluví o horizontální vzdálenosti mezi dvěma subjekty, přičemž z teorie proxemiky vyplývá rozdělení na čtyři následující vzdálenosti:

1. intimní zóna (vzdálenost komunikujících je do 60 cm),
2. osobní zóna (vzdálenost mezi komunikantem a komunikátorem se pohybuje od 60 cm do 1,2 m),
3. společenská zóna (vzdálenost mezi subjekty již činí 1,2–2 m),
4. veřejná zóna (tato zóna se nachází od 2 a více metrů).

Ani jedna ze vzdáleností není ale trvale platná, je třeba je brát pouze orientačně, jelikož všechny vzdálenosti jsou ovlivněny celou řadou faktorů, jako je národnost, etnikum, temperament. V romském společenství jsou např. vzdálenosti mnohem menší než v naší kultuře, což může vyvolávat u představitelů středoevropských vzdáleností tísnivý až agresivní dojem z průběhu komunikace.

Obdobně i lidé extrovertní zaujímají v komunikaci menší vzdálenost než introverti, jimž je bližší představa velkého nezaplněného prostoru.

### c) **Haptika**

Jedná se druh nonverbální komunikace založené na bezprostředním kontaktu a doteku (např. podání ruky, poplácání po zádech atd.).

### d) **Posturika (nebo též posturologie)**

Tento druh nonverbální komunikace zkoumá postoje a uspořádání těla v prostoru. Za posturologii můžeme považovat i sdělování tělesnými postoji a jednotlivými částmi těla.<sup>32</sup>

#### **Příklady posturologie:**

- **držení těla v prostoru** - vzpřímené, shrbené, sebejisté, nedbalé, stísněné, malátné,
- **držení hlavy** - skloněné, hrdé až arogantní, vzpřímené, ztuhlé,
- **typy postojů** - uvolněné, nedbalé, jisté, připravené zaútočit, pevné, neklidné, pohroužené do sebe apod.,
- **typy posezu** - noha přes nohu, vzpřímené sezení, shrbené sezení,
- **chůze** - rychlá, pomalá, klátivá,
- **držení trupu,**
- **držení rukou,**
- **držení nohou,**
- **poloha prstů** - propletené, volně položené na nohou.

---

<sup>32</sup> LEŠKO, Ladislav. *Náhled do sociální komunikace*, 1. vyd. Brno: Librix 2008, s. 30.

### **e) Kinezika (z řeckého kinemá - pohybovatí)**

Tato vědní disciplína zkoumá pohyby těla, přičemž její sledování se obrací především k počtu vykonaných pohybů během komunikace, k průzkumu bodových činností a dále pohybové prezentace. Dále také sleduje, kdy pohyb subjektu začal, kdy dosáhl svého vrcholu a kdy skončil. Pro kineziku je rovněž důležité, jakou měl pohyb akceleraci, kdy nastalo jeho zrychlení a kdy naopak došlo k pohybovému útlumu. Z výsledků těchto průzkumů lze pak stanovit závěry, mezi kterými jedinci vládne při pohybu harmonie, popř. nesoulad.

### **f) Gesta (z latiny gerere - jednat, konat)**

Gesta jsou tělesné pohyby společensky žijících živočichů, jež doprovázejí řeč a svým celkem tvoří gestikulaci. Pevně stanovená gesta často dotvářejí náboženské obřady a rituály. U všech živočichů a zejména pak primátů a druhu homo sapiens je hlavním účelem gest předat ostatním své osobní vnitřní rozpoložení. Všechna gesta jsou přitom druhově specifická a jsou předmětem studia etologie. Velmi zvláštním druhem gesta je u člověka pozdrav, u kterého se některé z ideologií 20. století snažily uměle vytvořit svá vlastní skupinově-stmelující provedení.

Podle J. Sokola a jeho publikace *Filosofická antropologie* můžeme rozlišit následující typologii gest<sup>33</sup>:

#### **Gesta vytvořená:**

- rty – špulení, stisknuté rty, pootevřená ústa
- jazykem – vypláznutí, olíznutí, zakmitání
- rukama – zkřížené a založené ruce, „otevřená náruč“, „sprásknout ruce“, „nepřiblížuj se“, „ruce vzhůru“
- dlaní – dlaně vzhůru a dolů, mávnutí rukou
- celým tělem – úklona, pokleknutí
- hlavou – kývnutí, potřásání, „kroucení“ hlavou
- čelem – zdvižené obočí, sraštěné čelo
- očima – mrknutí, koulení očima, „vyvalené oči“, „oči v sloup“
- nosem - „ohrnout nos“
- celým tělem – úklona, pokleknutí
- hlavou – kývnutí, potřásání, „kroucení“ hlavou

---

<sup>33</sup> SOKOL, Jan. *Filosofická antropologie: člověk jako osoba*, 1.vyd. Praha: Portál 2002, s. 222.

- čelem – zdvižené obočí, svraštěné čelo
- očima – mrknutí, koulení očima, „vyvalené oči“, „oči v sloup“
- nosem - „ohrnout nos“

### **g) Pohled**

V oblasti neverbální komunikace hraje významnou roli i pohled a především pak jeho délka. Dlouhý pohled působí vyzývavě, krátký a do strany neupřímně, těkavý nervózně apod.

## ***3.3 Význam neverbálních technik a ergoterapie pro klienty v TK***

Pojem neverbální techniky zahrnuje velkou škálu činností, jako je arteterapie, muzikoterapie či psychodrama. Výčet aktivit neverbálního charakteru je ale vskutku nepřehledný, a proto zařadily některé terapeutické komunity neverbální techniky jako samostatný program v rámci komunitní léčby. Takto je zaručen prostor pro klientovo sebepoznání skrze mimoslovní projev a klient má zaručen čas na svou osobní reflexi, vycházející z podnětů, které mu neverbální techniky přinášejí. Mnoho osobních poznatků získá klient prostřednictvím dramatické hry, improvizace nebo pantomimy, dramatické umění je totiž pro nonverbální komunikaci nejvýhodnější, jelikož se zde pracuje s celou lidskou bytostí a její schopností prožitku, fantazie, spontaneity apod. Program neverbálních technik vypadá v každé terapeutické komunitě trochu odlišně, lze však najít určité spojující prvky.

Je-li např. výchozí oblastí psychodrama, většinou se na těchto setkáních pracuje s příběhy, které se odehrály v minulosti.

Klient si tedy na komunitě vzpomíná na veškeré podrobnosti prožité události a znovu si může projít určitou situaci. Všechny role, které se v klientově zážitku vyskytují, pak hrají ostatní účastníci komunity. Někdy jsou tito aktéři zvoleni terapeutem, jindy si je vybírá sám klient. Výhodou psychodramatu je, že klient může opět prožít celou situaci, která je pro něj zlomová, ale už se na ni dívá z odstupů a také získává zpětnou vazbu od svých kolegů z komunity, jak se kdo při této události mohl cítit. Psychodrama tedy pomáhá znovu prožít nezpracované situace a napomáhá ke smíření.<sup>34</sup>

Trochu odlišný průběh má v psychoterapii obor výchovné dramatiky. Inspirace zde není jednoznačně zadána, může vycházet z mnoha pramenů a zdrojů. Zpravidla probíhá výchovná

<sup>34</sup> NEVŠÍMAL, Petr. *Terapeutická komunita II*, 1. vyd. Praha: Nakladatelství Lidové noviny 2007, s. 119.

dramatika tak, že terapeut vymyslí strukturu příběhu a klienti si následně vybírají role, které by chtěli ztvárnit. Jde tedy především o to, uchopit základní zadané téma a umožnit klientům vhled přes jejich osobní prožitky. Během výchovné dramatiky může klient zažít, jaké je to ocitnout se v dosud neprožitých situacích a reagovat na ně. Díky tomu se tak zvyšuje jeho osobnostní citlivost, dochází k rozvoji smyslů (např. u cvičení zaměřených na poznávání hmatem, analýzy sluchem a dále k rozvoji představivosti a hravosti).

Méně často je složkou neverbálních technik dialogické jednání. Jeho relativně řídký výskyt v programu terapeutických komunit je zapříčiněn tím, že pro jeho realizaci je nutné mít speciální výcvik. Podstatou dialogického jednání jsou takové aktivity, které přímo pracují s momentální chvílí a osobním jednáním v přítomné situaci. Je to tedy druh činností v časovém horizontu teď a tady, založený na vnitřních monolozích všech přítomných. Schéma scény je ve svém základu ale relativně jednoduché. Společný prostor, nejlépe všem známá místnost, se rozdělí na dvě poloviny. V jedné sedí aktéři a asistent na židličkách a do volného prostoru přicházejí účastníci jeden po druhém a rozvíjejí nahlas svůj vnitřní monolog. Ten by měl být maximálně upřímný a otevřený, bez ohledu na to, zda se klienti-diváci v druhé půlce místnosti mohou cítit zaskočení. Každý vstup trvá maximálně pět minut a po jeho skončení poskytuje asistent reflexi. Zakladatelem této metody je *Ivan Vyskočil*, který jí původně koncipoval pro potřeby a uplatnění u terapeutů, později však do této metody byli zahrnuti i klienti a dialogické jednání se stalo vítanou a vyhledávanou součástí léčby. Jejím jediným praktickým nedostatkem je snížená možnost realizace z důvodů výše uvedeného speciálního výcviku a dále velké náročnosti na rozpoznání skutečné autenticity u promlouvajících aktérů. Zajímavou součástí neverbálních technik je také nácvik rolí. Tyto nácviky jsou zpravidla koncipované jako prevence relapsu a v TK Karlov je jim ku příkladu věnován skutečně velký prostor. U těchto aktivit už je poměrně upozaděn prvek hry, mnohem větší důraz je zde kladen na uvědomování si vlastní neverbální komunikace, takže klient je pak zvenku řízen více terapeuty a vnějšími instrukcemi než vlastní intuicí a osobní snahou o nalezení východiska.

Význam neverbálních technik je v psychoterapii rozhodně nezastupitelný. Jejich hlavní přínos spatřuji osobně v tom, že pracují s klienty na mnoha rovinách, nejen tedy na úrovni slovní, díky čemuž dochází postupem času k rozkrývání nevědomých stránek osobnosti.

Další důležitou oblastí, jež k tomuto účelu přispívá, je kromě dramatu a dramatické výchovy neverbální technika arteterapie. Arteterapie se rovněž jako drama ve svém pojetí komunitu od komunity různí, základem však je, že využívá expresivní aktivity k osobnímu symbolickému vyjadřování, přičemž těmito aktivitami jsou nejen výtvarné postupy, ale i

tanec, hudba apod.<sup>35</sup> V TK se pak arteterapie buď provádí jako vyjádření osobních pocitů a myšlenek prostřednictvím výtvarné tvorby, anebo se kombinuje s výše zmíněnými uměleckými postupy. Expresivní tvorba totiž má značný ozdravný efekt na osobnost klienta i na celou komunitní skupinu. Arteterapeutická skupina umožňuje kolektivní zapojení do společné práce prostřednictvím skupinových témat a dále podobně jako výše zmiňované dramatické techniky umožňuje seberozvoj a sebepoznání. Během arteterapeutických skupin vzniká pocit porozumění, sounáležitosti a skupinové koheze, jež blahodárně působí na všechny zúčastněné. Obvyklou komplikací na počátku arteterapie bývá pocit méněcennosti, kdy se klienti často omlouvají, že neumějí kreslit a jsou determinováni pocitem ze „špatného“ výsledku. Postupem času ale dojdou k poznání, že během této techniky o estetické a umělecké hledisko zdaleka nejde, mnohem důležitější je léčebný vliv a radost ze samotné tvorby, který tato aktivita přináší. Arteterapeutická skupina totiž umožňuje odkrytí všech starých strachů a traumatických nánosů a celkově vede ke zklidnění a osvobození.

Klíčovou postavou při arteterapeutických hodinách je samotná postava arteterapeuta. Jeho role při terapiích pak bývá ovlivněna jeho osobním přístupem a dosaženým vzděláním v určitém druhu psychoterapeutické školy. Na arteterapeuta jsou kladeny požadavky ze znalostí a dovedností nejen na výtvarném poli, ale také v oblasti psychoterapie. Musí mít tedy znalosti z psychologie, psychopatologie, psychoterapie a dále navíc mnoho znalostí z oblasti umění. Arteterapie bývá u klientů zpravidla velmi oblíbená a z mého rozhovoru s klienty na Karlově jsem pochopila, že si jí nejvíce váží kvůli rozvoji a změnám, jež v oblasti jejich osobností přináší.

### ***3.4 Relaxační cvičení a holotropní dýchání***

Holotropní dýchání je technika zaměřená na stav změněného vnímání bez použití návykových látek, jejímž klíčovým elementem je intenzivní dechová činnost. Jejími autory jsou manželé a psychiatři *Christina* a *Stanislav Grofovi*, kteří od 60. let minulého století působí v USA. Zavedení techniky holotropního dýchání navazuje na Grofovův výzkum psychedelických látek, jímž se nejdříve zabýval v Československu a posléze ho rozvinul a propracoval právě ve Spojených Státech. Při těchto výzkumech si povšiml zajímavého spontánního jevu v koncové fázi experimentu, během které všechny jeho zkoumané subjekty vykazovaly po vysazení LSD silnou hyperventilaci. V této etapě také jeho dobrovolníci

---

<sup>35</sup> NEVŠÍMAL, Petr. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II*, 1. vyd. Praha: Nakladatelství Lidové noviny 2007, s. 120.

uváděli, že docházelo k zesílení všech pocitů a prožitků, které zažívali, což vedlo k prohloubení jejich zážitku, případně k aktivizaci symptomů neúplně vyjádřených. O deset let později, kdy přišly všeobecné zákonné restriktce vztahující se na práci s psychedeliky, musel Grof své výzkumy pozastavit. V tomto období také přišel s nápadem, který by umožňoval uvést experimentujícího do stavu změněného vnímání jen s pomocí zrychlené dechové činnosti.

Termín holotropní je odvozen z řečtiny a znamená *holos* – celý a *trepein* – pohybovat se, holotropní dýchání je tedy takové dýchání, jež je zaměřeno k celku. V knize *Dobrodružství sebeobjevování* Grof detailně popisuje výhody této nové techniky transpersonální psychologie. Intenzivní dýchání je hybnou silou holotropního procesu a vytváří při zaměřenosti mysli dovnitř zážitky změněného stavu vědomí – tedy tranzové zážitky.<sup>36</sup> Z hlediska psychologické oblasti jsou to různorodé emocionální stavy, vize, zážitky extatického charakteru apod. Všechny tyto prožitky nicméně nemohou být v režii facilitátora, ani zkoumaného subjektu. Dýchání aktivuje vnitřní a hluboce uložené zážitky a reorganizuje naši psychosomatickou rovnováhu. Zážitkový proces bývá často doprovázen předem vybranou evokativní hudbou. Stavy při takto navozené proceduře pak otevírají experimentujícímu přístup k dalším rovinám lidského vnímání a pomáhají odhalovat kořeny našeho neproduktivního chování. Nezřídka mají tyto zážitky i mystický charakter smrti a znovuzrození a zejména u závislých klientů mohou být klíčovým místem obratu v jejich sebedestruktivní kariéře. Dosavadní zkušenost s metodou holotropního dýchání má z českých komunit pouze TK Němčice a následné závěry ukazují, že klienti jsou schopni uvedené zážitky zasadit do procesu léčby a nadále je využívat.

### ***3.5 Individuální terapie a práce s jednotlivcem***

V raném začátku terapeutických komunit nebyl individuální přístup k drogově závislým až tak častý a spíše se preferovalo skupinové řešení, které se i následně stalo základním léčebným prvkem TK. Skupinové programy a setkání byly podle Kooymana jedinými fungujícími léčebnými programy. Časem se ale ukázala nutnost zavést do programu i určité individuální aktivity jako např. práce s deníkem, literární tvorba apod. I v Čechách se v současné době stále více objevuje terapie individuálního charakteru, která na příklad slouží k rozpoznání zralosti klienta pro přestup do vyšší fáze. Dále je možné se setkat s poradenskou a

---

<sup>36</sup> GROF, Stanislav. *Dobrodružství sebeobjevování*, 1. vyd. Praha: Perla 2000, s. 25.

podpůrnou formou individuální léčby, jež poskytuje klientovi větší pocit bezpečí v komunitě a také slouží k posílení jeho osobního pocitu individuální nezávislosti.

**Trend směrem k zavedení individuální terapie ovlivnilo několik významných faktorů:**

- a) Určitá intimní témata je lepší probírat s klientem samostatně než před skupinou.
- b) Tlak donorů finančních prostředků na efektivitu léčby a na její zkracování.
- c) Potřeba rovnoměrně monitorovat vývoj klientů v léčbě.
- d) V České republice je od roku 2001 dle Standardů služeb pro uživatele drog povinná tvorba individuálního léčebného plánu a kvantifikovaná minimální četností revize nejméně jednou za 14 dní.

Základním pilířem individuální terapie je vždy individuální naplánování všech nezbytných postupů pro proces léčby. Součástí tohoto procesu je rekapitulace předchozího stavu, která pomáhá klientovi v orientaci v sobě samém, ve svých schopnostech, možnostech, vztazích a současně mu umožňuje objektivně si srovnat, jaké pokroky v léčbě již učinil a kde naopak má ještě určité rezervy. Součástí individuálního plánu je proto velký okruh oblastí, ve kterých má klient možnost cíleně monitorovat jednotlivé okruhy svého života.

**Nejčastějšími oblastmi v individuálním plánu jsou:<sup>37</sup>**

1. oblast zdraví a kondice,
2. vztahy klienta, jejich vývoj a konflikty,
3. aktivita v terapii,
4. prevence relapsu a abstinence,
5. volnočasové aktivity,
6. finanční rozvaha a plánování,
7. sociálně-právní otázky,
8. vzdělávání a kulturní aktivity.

---

<sup>37</sup> NEVŠÍMAL, Petr. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II*, 1. vyd. Praha: Nakladatelství Lidové noviny 2007, s. 119.

### 3.6 Programy TK pro rodinné příslušníky

Obecným cílem terapeutických komunit je vždy snaha o změnu dosavadního sebedestruktivního chování klienta na zdravotně i sociálně akceptovatelný životní styl. Je zřejmé, že plná abstinence klientů od návykových látek představuje skutečně nelehký úkol, který klade vysoké nároky nejen na chování klienta, ale i na jednání a podporu ze strany jeho blízkých. I když jsou v první řadě právě klienti zodpovědní za svůj stav a situaci, je nutné, aby jim v cestě za uzdravením a za plnou sociální rehabilitací pomáhala i jejich rodina. Proto jsou v terapeutických komunitách vytvořeny i takové programy, kterých se blízcí klienta mohou pravidelně a osobně zúčastňovat. Jednou z hojně využívaných aktivit bývají např. rodičovské návštěvy v přirozeném prostředí komunity, dále rodinná sezení, rodičovské víkendy apod. Na rodičovských víkendech lze pak demonstrovat všechny komponenty práce s blízkými klientů, uskutečňované během roku. Probíhají jedenkrát za tři měsíce za účasti všech rodičů a dalších blízkých klientů a šesti až osmi členy terapeutického týmu.<sup>38</sup> V průběhu pobytu klienta v komunitě jsou dále jeho blízcí zvaní k účasti na jednorázových sezeních rezidentů programu i k několikadennímu pobytu v zařízení, přičemž před ukončením programu je formulována tzv. tripartitní smlouva, jež definuje další postupy spolupráce mezi zúčastněnými stranami.

*Okruhy častých témat pro oddělené skupiny signifikantních osob a klientů TK<sup>39</sup>*

Skupina blízkých osob	Skupina klientů
křivdy z minulosti	křivdy z minulosti
obavy z budoucnosti	obavy z budoucnosti
obavy z relapsu	obavy z relapsu a jak by ho přijali blízcí
důvody, proč klient začal brát drogy	důvody, proč klient začal brát drogy
očekávání od residentů	očekávání od blízkých osob
otázky vlastní viny	co vše blízkým v minulosti způsobili
informace o drogách	
informace o TK	

<sup>38</sup> RADIMECKÁ, Iva, RADIMECKÝ, Josef. *Komplexní model práce s rodinnými příslušníky drogově závislých v podmínkách terapeutické komunity*. Praha 2001, Konfrontace – časopis pro psychoterapii.

<sup>39</sup> RADIMECKÁ, Iva, RADIMECKÝ, Josef. *Komplexní model práce s rodinnými příslušníky drogově závislých v podmínkách terapeutické komunity*. Praha 2001, Konfrontace – časopis pro psychoterapii.



Zapojování rodinných příslušníků uživatelů drog do procesu léčby vychází z poznatků řady výzkumů, jež dokládají jeho pozitivní dopad zejména na osoby uživatelů drog. Průběžné hodnocení pak dále naznačuje, že má svůj nesporný význam i pro jejich blízké. Neboť pravděpodobně pomáhá zvyšovat jejich informovanost o závislostním chování a o procesu jeho změny a napomáhá k vytlačení pocitu viny jak klientů, tak i jejich rodin.

### **3.7 Význam volnočasových aktivit pro klienty TK**

Otázce vlivu volnočasových aktivit na resocializaci klienta jsem se důkladně věnovala již ve své bakalářské práci. Začátek této kapitoly si z ní tedy dovolím citovat:

Podnětné a vhodně koncipované volnočasové aktivity představují nejen důležitou složku v doléčovacím programu, ale i hodnotný vklad do budoucího normálního života bez drog. Dobře strukturovaný program vede klienty nejen k aktivnímu odpočinku, ale i ke zdravějším způsobům trávení volného času<sup>40</sup>. Hlavním záměrem volnočasových aktivit není tedy pouze snaha o zmenšení rizika relapsu, ale také pokus o dovedení klienta k poznání sebe sama a k produkci optimálních zdravých a neškodlivých návyků. Základním rozdělením z hlediska náplně volného času je jeho rozdělení na aktivní a pasivní složku. Hranice mezi oběma těmito způsoby jsou mnohdy značně nezřetelné, jistým ukazatelem ale může být míra zapojení do aktivit. Pokud je osobní podíl subjektu na vyvíjené činnosti nízký a klient je při trávení svého volného času spíše v pozici konzumenta, hovoříme o pasivně stráveném čase. Je-li naopak jeho prostřednictvím určitá volnočasová činnost přímo realizována, mluvíme o aktivně stráveném odpočinku. Zásadní rozdíl mezi oběma způsoby tedy tkví především v míře seberealizace klienta, což ale nevyklučuje, že by pasivně strávený volný čas nemohl být přínosný a pro klienta obohacující.<sup>41</sup> Hlavní funkcí volného času je totiž nejen relaxace, ale i naplňování ostatních potřeb jedince, jako je rozvoj osobnosti, potřeba seberealizace, udržování a upevňování sociálních vazeb s okolím nebo potřeba sounáležitosti. Volný čas a volnočasové aktivity představují značnou část lidského života. U zaměstnaného představují téměř polovinu dne, u nezaměstnaného dokonce většinu. Zdravé a podnětné naplnění je tedy

---

<sup>40</sup> HOLAKOVSKÁ, Eva. *Základní principy sociální práce s uživateli opiátových drog*. Praha 2010. 37 s. Bakalářská práce. Husitská teologická fakulta.

<sup>41</sup> NEVŠÍMAL, Petr. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II*, 1. vyd. Praha: Nakladatelství Lidové noviny 2007, s. 160.

velmi důležité. Hlavním důvodem, proč jsou vhodně zvolené volnočasové aktivity tak významné, je pak především důvod, že neuspokojivě strávený volný čas má nejen dopad na psychiku jedince, ale i na jeho sociální vazby s okolním světem. Tím nejméně závažným, čím se tato skutečnost může projevit, je pocit subjektivní bezdůvodné podrážděnosti, nudy, prázdnoty a nenaplnění. Naplnit přínosně volný čas klade tedy nejen vysoké nároky na vyspělost jedince, ale také na jeho schopnost osobní disciplíny a sebekázně. U velké části drogově závislých se lze setkat s aspektem neuspokojivě tráveného volného času. Při bližším průzkumu lze také hojně narazit na poznatek, že neuspokojivě strávené osobní volno pro ně představuje problém, který je provází již od dětství. Řešením je tedy klienty naučit, co si s obdobím volna mají počít. Špatně strukturovaný osobní volný čas a nečinnost vedou klienty k prohlubování vlastních pochybností a k uvědomování si vlastních negativních emocí, což může vést až k potřebě vyhledávat drogu, jež by tuto podrážděnost přehlušila. Je tedy nezbytně nutné od základu změnit nazírání abstinujícího na volný čas. Období odpočinku totiž vůbec nemusí představovat hrozbu, ale naopak možnost, jak zažít pozitivní emoce a rozvíjet svou osobnost. Aktivně a uspokojivě strávený volný čas je navíc nejlepší prevencí relapsu.

To, jakým způsobem je nakládáno s volným časem, odráží do velké míry osobnostní charakteristiky a individuální schopnosti daného jedince. Podle typu aktivity, respektive podle složek osobnosti, se rozvíjí rozličné oblasti. V celé škále možných činností se mohou rozvíjet a uplatnit téměř všechny složky osobnosti, a to v celé své struktuře i dynamice.<sup>42</sup> Jediná oblast, která je tímto procesem nedotčena, je temperament jedince. Ten zůstává stále stejný. Mezi schopnosti, které lze osobní aktivitou rozvíjet, patří:<sup>43</sup>

- **Kognitivní schopnosti**

- Tento druh schopností se rozvíjí při všech aktivitách, které vykazují zvýšené nároky na myšlení, koncentraci, popř. tvořivost.

- **Senzomotorické schopnosti**

- Senzomotorické schopnosti se rozvíjejí při všech činnostech, ve kterých je propojeno spojení smyslů a motoriky (*např. při sportu, malování atd.*).

---

<sup>42</sup> NEVŠÍMAL, Petr. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II*, 1. vyd. Praha: Nakladatelství Lidové noviny 2007, s. 161.

<sup>43</sup> HOLAKOVSKÁ, Eva. *Základní principy sociální práce s uživateli opiátových drog*. Praha 2010. 37 s. Bakalářská práce. Husitská teologická fakulta.

### • Charakterové vlastnosti

◦ Charakter bývá především ovlivňován prostředím, ve kterém se jedinec pohybuje a které v důsledku daného charakteru vyhledává. Takové prostředí může představovat oddíl, klub, spolek atd.

### • Volní vlastnosti

◦ Tento typ vlastností se rozvíjí při činnostech, které vyžadují vynaložení úsilí. Patří sem cílevědomost, houževnatost, sebeovládání či vytrvalost.

Vhodně vybrané volnočasové aktivity přispívají nejen k osobnostnímu rozvoji, ale i k uspokojení potřeb jedince.

**Při výběru přínosné volnočasové aktivity je ale důležité dodržovat následující pravidla:**

1. Vždy je důležitá osobní charakteristika klienta, také jeho zájmy a zdravotní omezení.
2. Volnočasová aktivita by měla být pro klienta dostupná jak místem, tak i finančně.
3. Zohlednit dobu trvání volnočasové činnosti. Vždy jsou lepší dlouhodobější a pravidelné aktivity než jednorázové akce a setkání.
4. Dbát na sociální a resocializační záměr vybírané aktivity. Přednost by měly mít činnosti se stabilním počtem členů ve stálé skupině.

## 4. Složení terapeutického týmu TK

V terapeutické komunitě představuje složení terapeutického týmu jednu z nejdůležitějších složek celého léčebného systému.<sup>44</sup> Bez dobře uskupeného a sestaveného pracovního kolektivu je i sebelépe zpracovaný systém pouze neosobním léčebným nástrojem, jenž nemůže nahradit kvalitu, vyváženost a zralost uskupení profesionálů, schopných vytvořit vztahový rámec fungující nejen na rovině pracovní, ale i osobní a lidské.

Optimální složení terapeutického týmu vychází především z bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti, přičemž se snaží o komplexní pomoc a léčbu všech poruch z těchto výše uvedených oblastí. Terapeutický tým z oboru závislostí je tedy multidisciplinární povahy.

Nejčastěji mezi sebou ale spolupracují následující odborníci: psychologové, psychoterapeuti, psychiatři, pedagogové, všeobecní lékaři, sociální pracovníci a bývalí uživatelé (tzv. exuseři).

Významný vliv na dobrou či špatnou spolupráci celého terapeutického vedení má ale především vedoucí. Ten je v největší míře zodpovědný za výsledky celé komunity, za celkovou náladu mezi spolupracovníky i za léčebné podmínky v komunitě, a proto by také jeho role neměla být pouze formální. Pozice vedoucího je v TK bezesporu náročná a dobrý vedoucí by měl kromě manažerských schopností disponovat i velkou schopností odolávat tlaku, umět přirozeně komunikovat, spolupracovat s celým týmem a být schopný se rozvíjet, ale také revidovat své postoje a názory. Vedoucí komunitní pracovník si totiž sám musí uvědomit, že je produktem subkultury, jejíž hodnotový systém se může lišit od toho, co platí v komunitě.<sup>45</sup> Stejně také jako vedoucí skupiny pečuje o kvalitu skupinového prostoru a snaží se o zajištění bezpečnosti, důvěry, harmonie ale i pevných hranic. Tato pozice je skutečně nelehká a zpravidla se jí moc velké podpory nedostává. Dobře a efektivně pracující terapeutický tým by měl představovat skupinu podobně smýšlejících a jednajících profesionálů, kteří jsou orientováni na společný cíl, a sice na efektivní pomoc všem svým klientům v komunitě. Dobří terapeutičtí pracovníci jsou také ti, kdo vytvářejí hodnotu celé komunity a kdo zodpovídají za její užitečnost pro klienty. Jelikož je tento úkol skutečně nelehký, mají všichni pracovníci možnost pravidelné supervize a také neustálého „sebedovzdělávání“.

---

<sup>44</sup> NEVŠÍMAL, Petr. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II*, 1. vyd. Praha: Nakladatelství Lidové noviny 2007, s. 193.

<sup>45</sup> HARTL, Pavel. *Komunita občanská a komunita terapeutická*, 1. vyd. Praha: Slon 1993, s. 118.

## **4.1 Sebevzdělávání a rozvoj pracovníků v TK**

Terapeutická komunita je natolik komplexní a složitý mechanismus, že každý pracovník, který do ní nastoupí, narazí časem na oblast, kterou ještě nezná a která je k jeho práci nezbytná. Proto je také tolik důležitá otázka celoživotního sebevzdělávání. Problematika osobnostního a profesionálního růstu by tedy z toho důvodu neměla být rozhodně podceňována a měl by na ni být kladen velký důraz, protože v opačném případě může dojít u pracovníka k mnoha závažným negativním pracovním jevům.<sup>46</sup> Jedním z nich je např. rutina, únava, rezignace, nercistně-naivní chování, přílišná benevolence, energické „velení“ apod.<sup>47</sup> Od začátku devadesátých let 20. století patří k nejvýznamnějším projektům zajišťujícím vzdělávání v oblasti závislostí International Europe Drug Abuse Treatment Training, jenž poskytuje účastníkům základní vzdělání z 9 adiktologických oblastí:

1. Historie a etiologie závislosti na drogách,
2. Mapování problematiky, plánování potřeb klienta
3. Léčení a resocializace + prevence relapsu,
4. Právní a etické aspekty,
5. Prevence,
6. Dokumentace a spolupráce,
7. Specifické cílové minority v populaci,
8. Terapeutické modality,
9. Dělení drog, psychofarmakologie.

Značné sebevzdělávání v oblasti závislostí poskytuje v České republice také Katedra adiktologie na Lékařské fakultě UK. Velkou část různých vzdělávacích kurzů, přednášek a workshopů nabízí také O. S Sananim a Centrum primární prevence Hlavního města Prahy. Na níže uvedených schématech je znázorněno, jak by měl vypadat ideální model sebevzdělání pracovníka z oblasti závislostí.

---

<sup>46</sup> HARTL, Pavel. *Komunita občanská a komunita terapeutická*, 1.vyd. Praha: Slon 1993, s. 110.

<sup>47</sup> KRATOCHVÍL, Stanislav. *Skupinová psychoterapie v praxi*, 3.vyd. Praha: Galem 2005, s. 228.

## Úrovně vzdělávání pracovníků TK:

### A) Komunitě vzdělávací minimum

**Drogy** a následky jejich užívání, modely **závislosti** a postoj k nim

**Léčebné modality s vhodným typem klientely, koordinace služeb**

**Studijní stáže a pobyty...**

<b>Terapeutická komunita</b>	Terapeutické faktory	Působení pedagogů	Terapeutické kontra reálné společnosti s ohledem na léčbu v komunitě	Intervenční programy v TK: individuální, skupinové a komunitní
	Program a řád TK a jeho prvky	Terapeutický tým a role všech zúčastněných pracovníků v celém léčebném systému	Práce s dokumentací	<b>Vzdělávání a osobnostní růst</b>

B) *Specifické vzdělávání navazující na bod A*

### **Psychoterapie**

Specifika psychoterapie	Možnost práce s jedincem na různých úrovních: 1.postoj k droze 2.postoj ke své osobní závislosti 3.Motivace k léčbě 4.postoj k nabízené pomoci	Prevence relapsu Teorie, techniky, nácvik	Techniky komunitní a skupinové psychoterapie
-------------------------	--	--	--

### **Týmová spolupráce**

Vhodné osobnostní charakteristiky pro práci v týmu	Efektivní fungování pracovníků v týmu z hlediska stability a rozvoje TK	Práce s konflikty mezi pracovníky	Typický vývoj terapeutického týmu dle věku a osobností zúčastněných
--	---	-----------------------------------	---

### **Komunikace**

Pozitivní a negativní komunikace mezi klienty v TK z hlediska jejich léčebného vývoje	Nonverbální komunikace v TK a její vliv a význam	Druhy komunikace mezi spolupracovníky	Základní komunikační dovednosti
---	--	---------------------------------------	---------------------------------

## Management a supervize v TK

Filosofie léčby v TK	Organizační a terapeutická struktura TK a z toho vyplývající skutečnosti pro chod komunity	Problematika vztahů klientů z TK s vnějšími subjekty a objekty a vhodné zasahování terapeutů
Problematika supervize v TK, její možnosti, vliv a meze ve srovnání s výcvikovou psychoterapií	Úrovně supervize v TK- individuální, skupinová, týmová a její nejvhodnější aplikace	Supervizní modely vhodné pro užití v TK

### a) vzdělávání ve specifických, aktuálních tématech

Metadonoví klienti	Problematika žen v TK a gender skupiny	Problematika zneužívání a domácího násilí
--------------------	--	---

### b) vzdělávací kurzy dle své původní profese

Lékaři: Léčba HIV, AIDS, hepatitidy B, C v TK	Zdravotní sestry: vedení klientů v TK k péči o své zdraví	Sociální pracovníci: možnosti finančního zabezpečení klientů během léčby v TK, právní problematika	Speciální pedagogové: problematika volnočasových aktivit, prevence drogového životního stylu
Psychologové: psychologická vyšetření při přijetí a odchodu klienta do TK		Exuseři: Specifika funkce laického terapeuta v TK	



## 5. Budoucnost terapeutické komunity

Budoucnost terapeutických komunit je v každé zemi, a tedy i v zemi naší, závislá na přístupu široké veřejnosti k drogovým závislostem. Existuje celá řada přístupů, jak může být drogová závislost vnímána. Nejčastějšími kritickými proudy jsou ale tyto tři následující postoje<sup>48</sup>:

1) **První kritický myšlenkový proud** vidí toxikomany jako morálně slabé a zkažené jedince, k jejichž nápravě je nutný model převýchovy, nikoli mlčenlivé tolerance. V případě nesouhlasu s nápravou by měl být daný jedinec perzekuován prostřednictvím justice a policie.

2) **Druhý model** je model psychologický opírající se o tvrzení, že vývojové problémy v dětství vedou k pozdějším specifickým adaptivním selháním, jež mohou být následně vykompenzovány prostřednictvím užívání návykových látek. Tento kompenzační mechanismus tedy využívá narkotik k utlumení či zmírnění dávno vytvořených problémů, a proto je neefektivní strategie harm reduction, nýbrž by se měly nejdříve odstranit příčiny závislosti z minulosti.

3) **Třetí myšlenkový proud** pojímá závislost jako nevyлéčitelnou nemoc určité skupiny lidí, kteří jsou k ní biologicky předurčeni. Jediným možným a akceptovatelným řešením je potom celoživotní abstinence.

Je zřejmé, že všechny tyto koncepty pojímají problematiku závislosti značně zjednodušeně, jelikož ji odvozují vždy jen od jediného základu. Závislost není ale jen výsledkem působení socio-kulturních nebo fyziologických mechanismů. Je třeba, aby byla brána jako mnohem závažnější problém, který je třeba na odborné úrovni řešit, přičemž by neměla být laiky v žádném případě zlehčována. Z toho důvodu se také dále domnívám, že je místo terapeutických komunit v systému léčby nezastupitelné. Celospolečenským zájmem jistě je, aby se jedinec opět mohl navrátit do společnosti a být jí prospěšný a právě k tomuto účelu komunity pomáhají. Co se týká samotného vývoje, domnívám se, že jejich počet ale přesto bude v ČR o něco zredukován. Příčinou je hlavně nákladné financování, a proto budou pravděpodobně fungovat jen ty komunity, které budou mít manažersky obratné vedoucí,

---

<sup>48</sup> HOLAKOVSKÁ, Eva. *Základní principy sociální práce s uživateli opiátových drog*. Praha 2010. 37 s. Bakalářská práce. Husitská teologická fakulta.

schopné zajistit patřičnou propagaci. Celkově si myslím, že zánik TK v budoucnu nehrozí, bude ale kladen vyšší důraz na všechny doléčovací programy a doba pobytu v komunitách bude z finančních důvodů zkracována.

### **5.1 Význam terapeutických komunit v systému léčby očima klientů z TK Karlov**

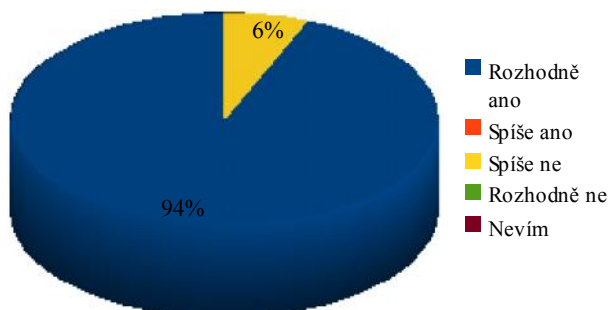
Hlavním záměrem mého výzkumu byla potřeba zjistit, do jaké míry vnímají klienti léčebný pobyt v terapeutických komunitách za přínosný. Toto téma jsem vybrala záměrně, jelikož přináší odpovědi hned na dvě otázky během jednoho jediného výzkumu. Tou první je hodnocení přínosu komunity jakožto léčebného zařízení z hlediska pomoci na cestě k uzdravení klienta, tou druhou je míra schopnosti sebereflexe, kterou jsem chtěla u klientů rovněž zjistit. Při vytváření dotazníku jsem kladla význam na položení výstižných otázek, jež by logicky navazovaly jedna na druhou a vytvářely kompaktní celek a dále na správnou analýzu získaných dat a vyvození závěrů z nich. Předem upozorňuji, že veškeré závěry z mé práce lze vztahovat pouze ke komunitě Karlov, kde jsem pobývala, výzkum nezahrnuje širší souvislosti z jiných komunit v ČR.

Všechny otázky z dotazníku byly kladeny klientům ze 2. a 3. fáze. Klienti z fáze nulté a první nepředstavují reprezentativní vzorek pro výzkum, jelikož jsou v komunitě teprve krátce.

#### **1. Považujete pobyt v terapeutické komunitě za přínosný?**

Odpověď:	Počet:
Rozhodně ano	15
Spíše ano	0
Spíše ne	1
Rozhodně ne	0
Nevím	0

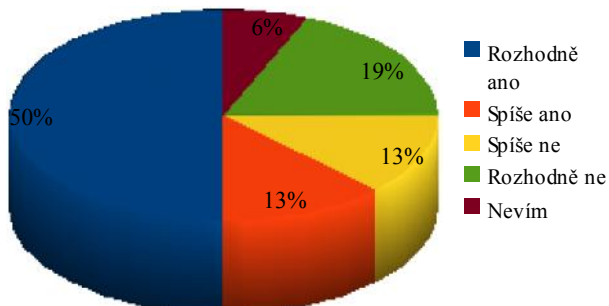
Považujete pobyt v terapeutické komunitě za přínosný?



**2. Myslíte si, že vám nynější léčba v terapeutické komunitě výrazně usnadní pobyt v doléčovacích centrech?**

Odpověď:	Počet:
Rozhodně ano	8
Spíše ano	2
Spíše ne	2
Rozhodně ne	3
Nevím	1

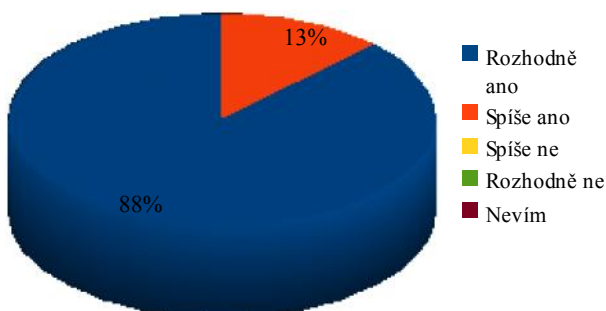
Myslíte si, že vám nynější léčba v terapeutické komunitě výrazně usnadní pobyt v doléčovacích centrech?



**3. Domníváte se, že pobyt v terapeutické komunitě přispěl ke zvýšení kvality vašeho života?**

Odpověď:	Počet:
Rozhodně ano	14
Spíše ano	2
Spíše ne	0
Rozhodně ne	0
Nevím	0

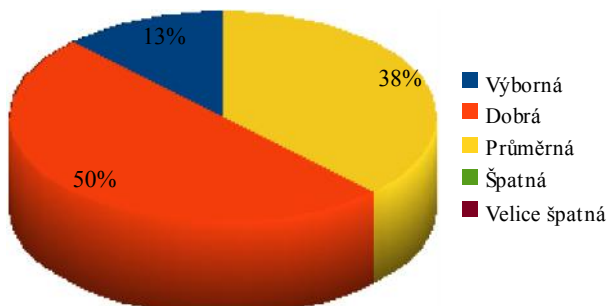
Domníváte se, že pobyt v terapeutické komunitě přispěl ke zvýšení kvality vašeho života?



**4. Jak byste zhodnotil svoji současnou kvalitu života?**

Odpověď:	Počet:
Výborná	2
Dobrá	8
Průměrná	6
Špatná	0
Velice špatná	0

Jak byste zhodnotili svoji současnou kvalitu života?

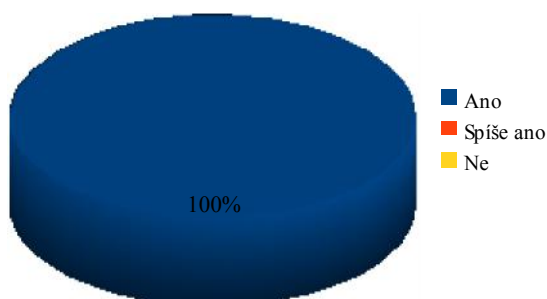


## 5. Přinesla vám léčba v komunitě následující změny?

### ◦ Máte dost energie pro každodenní existenci?

Odpověď:	Počet:
Ano	16
Spíše ano	0
Ne	0

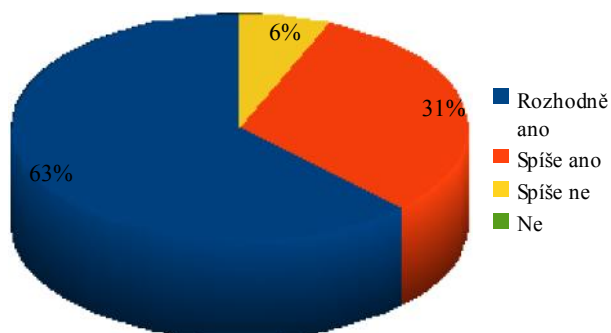
Přinesla vám léčba v komunitě následující změny?  
Máte dost energie pro každodenní existenci?



### ◦ Cítíte, že se zlepšil váš zdravotní stav?

Odpověď:	Počet:
Rozhodně ano	10
Spíše ano	5
Spíše ne	1
Ne	0

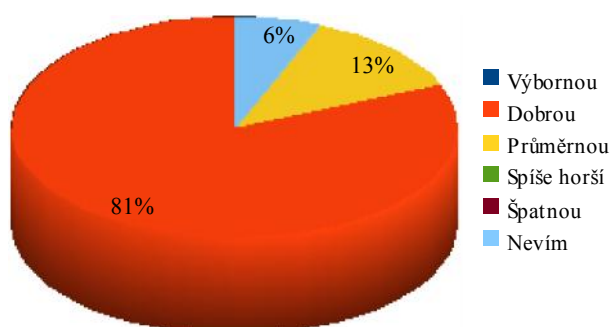
Cítíte, že se zlepšil váš zdravotní stav?



### ◦ Jakou máte nyní koncentraci?

Odpověď:	Počet:
Výbornou	0
Dobrou	13
Průměrnou	2
Spíše horší	0
Špatnou	0
Nevím	1

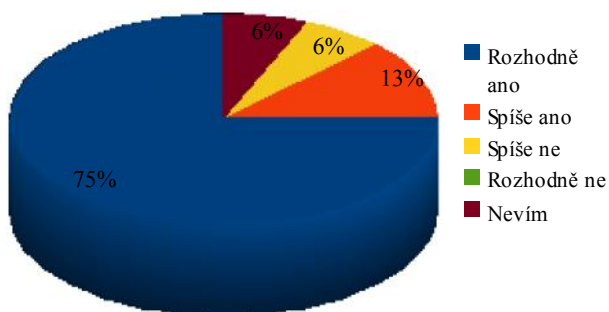
Jakou máte nyní koncentraci?



**6. Napomohl Vám pobyt v komunitě ke zlepšení v osobním a sociálním fungování?**

Odpověď:	Počet:
Rozhodně ano	12
Spíše ano	2
Spíše ne	1
Rozhodně ne	0
Nevím	1

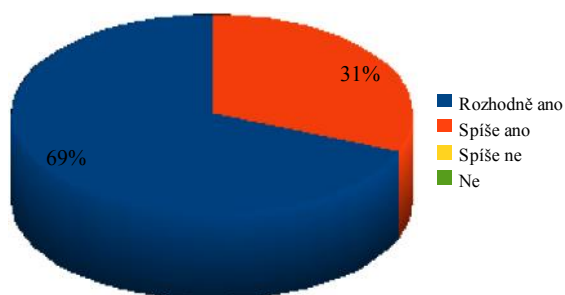
Napomohl vám pobyt v komunitě ke zlepšení v osobním a sociálním fungování?



**7. Pomohl vám pobyt v komunitě k získání pracovních návyků?**

Odpověď:	Počet:
Rozhodně ano	11
Spíše ano	5
Spíše ne	0
Ne	0

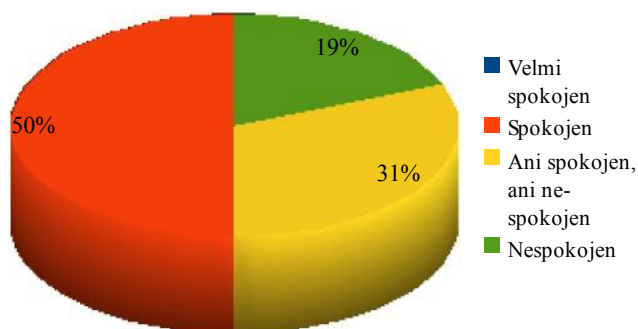
Pomohl vám pobyt v komunitě k získání pracovních návyků?



**7. Jak jste nyní se svými pracovními výkony spokojen?**

Odpověď:	Počet:
Velmi spokojen	0
Spokojen	8
Ani spokojen, ani nespokojen	5
Nespokojen	3

Jak jste nyní se svými pracovními výkony spokojen?



## 8. Jak byste zvládl své uzdravování bez pomoci TK

Odpověď:	Počet:
Zvládl	0
Zvládl s obtížemi	3
Nezvládl	12
Nevím	1



### *Závěry vyvozené z výzkumného dotazníku:*

Během vytváření dotazníku se mi jednalo o monitorování pozitivních změn v sociálním fungování klienta a dále o postižení názoru klienta na přínos a pozitivní dopad léčby v terapeutických komunitách. Z výše uvedených dat vyplývá, že více než většina klientů (přesněji 93,75 %) hodnotí léčbu v TK velmi kladně a subjektivně ji vnímá jako velmi efektivní. Tím se potvrzuje i má původní domněnka, kterou jsem si chtěla ověřit menším průzkumem, že je léčebný pobyt v terapeutických skupinách nenahraditelný a v celém procesu léčby nezastupitelný.

### **Obsah výzkumného dotazníku:**

Ve svém výzkumném dotazníku jsem se snažila zmapovat změny v subjektivním vnímání života (otázka 3, 4, 5, 6, 7 a 8) a dále otázky inspirované Zungovou sebehodnotící škálou (otázka 1 a 9).

### *Výběrové šetření – závěry popisné statistiky*

Ve svém šetření jsem kontaktovala výběrovou skupinu šestnácti respondentů. Jim jsem položila 11 otázek (otázky 1–9, přičemž pátá měla tři podotázky), na které respondenti vybírali zpravidla z pěti možných odpovědí. Dvě byly kladné, dvě záporné a jedna neutrální

(„nevím“, popřípadě „průměr“). Z daného šetření jsem sestavila protokol, u něhož jsem znázornila četnosti jednotlivých odpovědí a jejich celkový procentuální podíl na vybraném vzorku klientů TK Karlov.

První otázka se týkala faktu, zda klienti považují pobyt v TK za přínos. Na tuto otázku odpovědělo 15 z 16 respondentů jednoznačně kladně, pouze jediný klient odpověděl záporně.

Odpovědi na druhou otázku už tak jednoznačné nejsou. 62,5 % respondentů se domnívá, že jim pobyt v TK usnadní pobyt v doléčovacích centrech, přičemž 50 % z celkového výběru zvolilo silnější variantu. Nesouhlasné stanovisko vyjádřilo 20 % respondentů, přičemž polovina z nich důrazný.

Třetí dotaz zkoumal fakt, zda u klientů došlo ke zvýšení kvality života. S tímto tvrzením souhlasilo 100 % dotazovaných, z toho dva zvolili variantu „spíše ano“.

Následně jsem zjišťovala, jak klienti hodnotí současnou kvalitu svého života. Většina zvolila jednu z kladných odpovědí, šest z nich potom neutrální. Zápornou odpověď nezvolil nikdo. V případě nahrazení slovních odpovědí školním známkováním (1 = výborná, 2 = dobrá, 3 = průměrná, 4 = špatná, 5 = velmi špatná) a jejich zprůměrování vychází hodnota 2,25, tedy dle aritmetického průměru hodnotí klienti TK Karlov kvalitu svého života jako dobrou.

Pátá otázka měla tři podotázky. Týkala se změn, které respondentům přinesla léčba v komunitě. Celý vzorek (100 %) potvrdil, že má dostatek energie pro každodenní existenci. 15 z 16 dotazovaných klientů potvrdilo zlepšení zdravotního stavu. 81,25 % respondentů také pociťuje dobrou koncentraci, 12,5 % průměrnou.

87,5 % klientů TK u sebe pozoruje zlepšení v osobním a sociálním fungování, jeden klient se vyjádřil záporně.

Následující dvě otázky se týkaly práce – pracovních návyků a pracovního výkonu. Všichni respondenti tvrdí, že u nich došlo k získání pracovních návyků. Ohledně současného pracovního výkonu jsou odpovědi méně optimistické, přesto pouze tři respondenti jsou se svými pracovními výkony nespokojeni.

Poslední otázka zkoumala, zda se klienti domnívají, že by léčení zvládli i bez terapeutické komunity. S tímto tvrzením se ztotožňují tři respondenti, 12 s ním nesouhlasí (75 % vzorku).

Celkově lze tedy říct, že většina klientů TK Karlov považuje pobyt v komunitě za přínosný a tvrdí, že by léčbu bez komunity nezvládla.

## 6. Závěr

Cílem této diplomové práce bylo zpracovat ucelený pohled na terapeutické komunity v systému léčby drogově závislých. Samostudiem značného množství odborné literatury, jejím tříděním a zpracováním jsem došla k následujícím závěrům. V porovnání s tradičním psychiatrickým léčebným modelem, kde jsou pacienti zpravidla pasivní, umožňuje klientovi komunitní léčba, aby sám spolurozhodoval o svém léčebném procesu a byl tak v roli pacienta aktivního. Díky tvořivému a dynamickému přístupu klienta k léčbě je terapeutická komunita také prostředím, které ho postupem času nutí a učí k odpovědnosti. V běžném psychiatrickém modelu se toto zpravidla neděje a léčbu řídí pouze lékař s ošetřujícím personálem, takže pacienti mohou dále setrvávat ve své nečinnosti a neaktivitě, tudíž osobní podíl pacientovy zodpovědnosti na léčbě tak konverguje k nulovým hodnotám.

Participace klientů na léčení není obohacující jen pro ně samotné, ale i pro ostatní členy komunity. Každý pacient příslušící k vyšší než nulté fázi je totiž v komunitním systému veden, aby přebíral zodpovědnost nejen za své skutky a činy, ale i za jejich dopad na ostatní pacienty v komunitě. Všichni spoluzúčastnění se tedy navzájem snaží vytvořit si klidné a harmonické místo, ve kterém by se dále mohli bezpečně léčit, což je přínosné pro všechny přítomné. Důležitým léčebným prvkem v komunitě je v porovnání s tradičním psychiatrickým modelem vzájemná komunikace, která probíhá na všech úrovních bez ohledu na hierarchii rolí. Takový léčebný systém má tedy i tu přednost, že je vstřícný, otevřený a přináší porozumění a vhléd nejen na chování své vlastní, ale i na zákonitosti lidského chování vůbec. Rovnoprávnost v rozhodování a vzájemná symetrie v celém systému vedou také k větší pružnosti rolí a klient se učí chápat jednu událost z více pohledů, což představuje nesmírný vklad do budoucna pro život mimo rámec komunity. Během rezidenční léčby v terapeutických skupinách se navíc klienti naučí vzájemné pospolitosti a respektu a ve společném cíli, tedy pozvolném uzdravování, se klienti pak podporují a pomáhají jeden druhému. Takovými prostředky pomoci jsou např. zpětná vazba, účinná komunikace a snaha zabránit izolaci kteréhokoliv člena komunity. Správně a efektivně fungující terapeutická komunita tedy představuje účinný léčebný systém, jehož obsah je jiným modelem nenahraditelný.

Má diplomová práce se snažila chod správně fungující komunity a její zákonitosti co nejvíce obsáhnout. V teoretické části byla představena klientela TK, filosofie léčby a její cíle. Dále následovaly kapitoly zabývající se vlastním prostředím komunity, jejím zázemím,



pravidly a denním režimem. Určitou zvláštností v teoretické části byla podkapitola zabývající se holotropním dýcháním, kterou jsem do své práce zařadila záměrně, jelikož představuje účinnou, avšak ne příliš často používanou techniku v TK zařízeních. V poslední třetině teoretického oddílu jsem se snažila o charakteristiku terapeutického programu a popsání terapeutického týmu TK.

V oddílu praktickém byl následně představen výzkumný dotazník vytvořený s klienty v TK Karlov a závěry z něj vyvozené, podané formou popisné statistiky. Pokud bych měla vyhodnotit stupeň splnění cíle mé diplomové práce, domnívám se, že jsem představila všechny důležité principy komunitní práce s drogově závislými klienty a srozumitelně podala všechny důležité programy pro klienty v TK.

## 7. Resumé

### **Terapeutická komunita v systému léčby drogově závislých a její specifické terapeutické programy**

*Therapeutic community in the treatment system of drug addicts and its specific therapeutic programs*

*Eva Holakovská*

Tato práce pojednává o terapeutických komunitách v systému léčby drogově závislých a jejích specifických terapeutických programech. První dvě třetiny představuje část teoretická, poslední třetinu potom část praktická. Účelem této práce je přinést kompaktní, přehledný pohled na rezidenční léčbu v terapeutických komunitách, přičemž se domnívám, že tento bod splněn byl.

*This thesis discusses about therapeutic communities in the treatment system of drug addicts and its specific therapeutic programs. First two thirds are represented by the theoretical part, last third is constituted of the practical part. Purpose of this thesis was to bring compact, synoptic view on resident treatment in therapeutic communities, whereas I believe that this point was achieved.*

## 8. Seznam použité literatury

- BARKER, P. *Basic family therapy*, 1. vyd. USA: Blackwood Science and Oxford University Press 1999. Inc. 267 s. ISBN 0632042591.
- BARTOŠÍKOVÁ I., VOŘÍŠEK R. *Příručka pro nízkoprahové terapeuty*, 1. vyd. Boskovice: Nakladatelství Albert 1998. 78 s. ISBN131 168.
- BEATIE, M. *Přestaňte být závislý*, 1. vyd. Praha: Pragma 1992. 218 s. ISBN 80-7205-653.
- CSÉMY, L. *Drogy a taneční scéna*, 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav 2000. ISBN 80-7071-167-1.
- DE LEON, G. *The therapeutic community: theory, model and method*, 1. vyd. USA: Springer Publishing company 2000. 472 s. ISBN 9780826113498.
- GROF, S. *Dobrodružství sebeobjevování*, 1.vyd. Praha: Perla 2000. 303 s. ISBN 80-902156 5-3.
- HAJNÝ, M. *Drogový problém vs.rodina*, 1. vyd. Olomouc: Votobia 1999. 121 s. ISBN 80-7220-022-4.
- HARTL, P. HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*, 1.vyd. Praha: Portál 2000. 774 s. ISBN 978-80-7367-569-1.
- HARTL, P. *Komunita občanská a komunita terapeutická*, 1.vyd. Praha: Slon 1993. 221 s. ISBN 80-85850-45-1.
- HEATHER, N. *Problem drinking*, 1.vyd. Oxford: Oxford University Press 2000. 238 s. ISBN 0192628615.
- HOLAKOVSKÁ, E. *Základní principy sociální práce s uživateli opiátových drog*. Praha 2010. 51 s. Bakalářská práce. Husitská teologická fakulta.
- IMBER-BLACK, E., ROBERTS, J. *Rituals for our times: celebrating, healing and changing our lives and our relationships*, 1.vyd. New York: Harper Collins 2003. 232 s.
- JONES, M. *The therapeutic community: a new Treatment Method in Psychiatry*, 1. vyd. New York: Basic Books 1953. 186 s.
- KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1*, 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky 2003. 319 s. ISBN 80-86734-05-6.
- KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*, 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky 2003. 344 s. ISBN 80-86734-05-6.
- KALINA, K. *Terapeutická komunita*, 1.vyd. Praha: Grada 2007, 400 s. ISBN 978-80-247-24492.
- KALINA, K. *Základy klinické adiktologie*, 1.vyd. Praha: Grada 2008, 392 s. ISBN 978-80-

247-1411-0.

KENNARD, D. *An Introduction to Therapeutic Communities*, 1.vyd. London: Jessica Kingsley, 1998, 66 s.

KOLEKTIV AUTORŮ SDRUŽENÍ SANANIM. *Drogy, otázky a odpovědi*, 1. vyd. Praha: Portál 2007. ISBN 978-80-7367-223-2.

KOOYMAN, M. *The therapeutic community for addicts: intimacy parent involvement and treatment outcome*, 1.vyd. Rotterdam: Erasmus University 1992, 275 s. ISBN 9090053077.

LEŠKO, L. *Náhled do sociální komunikace*, 1. vyd. Brno: Librix 2008, 102 s. ISBN 9788073994662.

MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi*, 1. vyd. Praha: Portál 2005. 197 s. ISBN 80-7367-002-X.

MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*, 1. vyd. Praha: Portál 2003. 384 s. ISBN 978-80-7367-502-8.

MORRIS, D. *Lidský živočich: osobní pohled na lidský druh*. Praha: Knižní klub; Balios 1997. 221 s. ISBN 198447 572.

MUELLER, S. *Neodkladné stavy v medicíně*, 1. vyd. Praha: Scientia Medica 1992. 345 s. ISBN 80-85526-16-6.

MUELLER, W. *Specific familial transmission in substance abuse*, 1.vyd. International Journal of the Addictions 1988, s. 1029-1039.

NEŠPOR, K. *Středoškoláci o drogách, alkoholu, kouření a lepších věcech*, 1. vyd. Praha: Portál 1995. 123 s. ISBN 80-7178-086-3.

NEŠPOR, Karel. *Léčba a prevence závislostí*, 1.vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha 1999. 199 s. ISBN 80-85121-52-2.

NEVŠÍMAL, P. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II.*, 1. vyd. Praha: Nakladatelství Lidové noviny 2007, 161 s. ISBN 978-80-7106-937-9.

NITSUN, M. *Destructive Forces in The Group and their Therapeutic potential*, 1.vyd. London: Routledge 1996. 318 s. ISBN 9780415102117.

NOVÁKOVÁ, D. *Drogy ze všech stran II*. Svazek 5. Praha: Institut Filia 2000. 144 s.

NOŽINA, M. *Svět drog v Čechách*, 1. vyd. Praha: KLP 1997. 348 s. ISBN 808591736X.

PEČÍRKA, J. *Domácí lékař*, 1. vyd. Praha: Stuaire 2000. 286 s. ISBN 80-8644-136-9.

RVKPP (2006): *Žádost o poskytnutí finančních prostředků státního rozpočtu na programy protidrogové politiky v roce 2007*.

RADIMECKÁ, I., RADIMECKÝ, J. *Komplexní model práce s rodinnými příslušníky drogově závislých v podmínkách terapeutické komunity*. Praha: 2001, Konfrontace – časopis pro psychoterapii.

SOKOL, J. *Filosofická antropologie: člověk jako osoba*, 1.vyd. Praha: Portál 2002. 224 s. ISBN: 978-80-7367-422-9.

ŠTABLOVÁ, R. *Návykové látky a současnost*, 1. vyd. Praha: Policejní akademie České republiky 2007. ISBN 80-7251-224-2.

TYLER, A. *Drogy v ulicích, mýty-fakta-rady*, 1. vyd. Praha: Nakladatelství Ivo Železný 2000. 427 s. ISBN 80-237-3606-X.

WENKE, M. *Farmakologie*, 3. vyd. Praha: Avicenum 1966. 310 s. ISBN 80-03-00547-7.