

Filozofická fakulta Univerzity Karlovy v Praze

Katedra sociální práce

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Lenka Vlachová (Smejkalová), DiS.

POROVNÁNÍ PRINCIPŮ A PODOB TERAPEUTICKÝCH KOMUNIT  
PRO ZÁVISLÉ NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH V ČESKÉ REPUBLICE  
(Se zaměřením na zohlednění spirituálního aspektu v léčbě)

COMPARISON OF PRINCIPLES AND FORMS  
OF THERAPEUTIC COMMUNITIES FOR PEOPLE DEPENDENT  
ON ADDICTIVE SUBSTANCES IN THE CZECH REPUBLIC  
(With special focus on spiritual aspects in treatment)

Praha 2011

Vedoucí diplomové práce:  
Doc. PhDr. Oldřich Matoušek

## **Poděkování**

Děkuji Doc. PhDr. Oldřichu Matouškovi, Mgr. Sylvě Hampalové, své rodině a všem respondentům výzkumu.

**P r o h l a š u j i ,**

že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne

.....

**Abstrakt:**

Bakalářská práce se zabývá podobami terapeutických komunit pro závislé na návykových látkách v České republice. Cílem práce je podoby a principy fungování zmapovat a zjistit, zda léčba v komunitách zahrnuje také spirituální aspekt, popřípadě v jaké formě a co zohlednění tohoto aspektu přináší. Práce je rozdělena do dvou částí – teoretické a empirické. V teoretické části jsou objasněny pojmy, které se s daným tématem pojí a je proto potřeba se v nich orientovat. Jsou jimi: závislost na návykových látkách, léčba závislosti, komunita obecně, terapeutická komunita a popis jednotlivých terapeutických metod a dalších prvků v léčbě v terapeutických komunitách v České republice. V empirické části pak definuji cíl výzkumu, výzkumný vzorek, metody šetření a jádrem této části jsou samotné výsledky šetření.

**Klíčová slova:**

Terapeutická komunita, spiritualita, závislost

**Abstract:**

This bachelor thesis deals with types of therapeutic communities for drug addicts in the Czech Republic. The aim of the thesis is to map these communities and determine whether or not the treatment provided by them also includes spiritual aspects. Furthermore, if they do, what form they are presented in and what kinds of benefits it brings for the treatment itself.

The paper is divided into two sections - theoretical and empirical. The theoretical section explains terms that are important to get well acquainted with as they are closely related to the topic, such as drug addiction, treatment, communities in general, therapeutic communities and the different therapeutical methods the communities in the Czech Republic make use of. Following is the empirical section that further details goals of the research, the specimen and the research methods. Finally, an important part of this section is also dedicated to the research findings themselves.

**Key words:**

Therapeutic community, spirituality, drug addiction

## Obsah:

Seznam zkratk.....	7
Úvod.....	8
I. Teoretická část.....	9
1. Syndrom závislosti.....	10
1.1 Definice závislosti.....	10
1.2. Závislost psychická a fyzická.....	12
1.3.Rozdělení uživatelů podle vztahu k droze.....	12
1.4. Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti.....	13
2. Léčba závislostí .....	14
2.1 Rozdělení léčby.....	15
2.2 Faktory významné pro účinnost léčby.....	16
2.3.Vývoj motivace v léčbě ze strany klienta.....	17
2.4. Poskytovatelé služeb.....	17
3.Komunita.....	18
3.1 Terapeutická komunita.....	19
3.2 Terapeutická komunita pro závislé.....	20
4. Principy a podoby TK pro závislé na návykových látkách.....	22
4.1. Principy.....	22
4.2. Cíle.....	22
4.3. Cílová skupina.....	23
4.4. Klíčová pravidla.....	23
4.5. Fáze.....	24
4.6. Klíčový pracovník.....	24
4.7. Individuální plán.....	24
4.8. Pracovní terapie.....	24
4.9. Skupinová terapie.....	25
4.10. Spolupráce s rodinnými příslušníky.....	25
4.11. Sociální práce.....	26
4.12. Spiritualita.....	26
4.13. Tým.....	27
4.14. Supervize týmu TK.....	28
II. Výzkumná část.....	29

5. Metodika výzkumu.....	29
5.1 Cíl výzkumu, výzkumné otázky.....	29
5.2. Výběr výzkumného vzorku .....	29
5.3. Omezení výzkumu .....	30
5.4. Metody zkoumání.....	30
6. Výsledky vlastního šetření.....	31
Závěr.....	42
Seznam použitých zdrojů .....	45
Seznam příloh.....	50

## **Seznam zkratk**

A.N.O. – Asociace nestátních organizací

AT – Ordinace pro alkoholismus a (jiné) toxikomanie

ČR – Česká republika

MKN – 10 - Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize

PL – Psychiatrická léčebna

SUR – Výcvik v psychoterapii – SUR jsou počáteční jména zakladatelů (Skála, Urban, Rubeš)

TK – Terapeutická komunita

WFTC- Světová federace terapeutických komunit (World federation of therapeutic communities)

## Úvod

Terapeutická komunita je v mnoha ohledech specifická forma léčby. Představuje svým způsobem jinou realitu, která nabízí velmi intenzivní prožitky a která je umocněna sounáležitostí a jakousi rodinnou atmosférou. Velmi se podobá vnější realitě, ale tím, jak důsledně konfrontuje člověka se sebou samým bez možnosti úniku, je v něčem jaksí „reálnější“. Kalina (2008, s. 77) v této souvislosti zmiňuje důležitý prvek identity terapeutických komunit, kterým je jejich sebepojetí „jako výlučných společenství žijících v jiném a dokonalejším řádu než okolní svět“. „Dokonalejší řád“ však v interpretacích různých lidí může nabývat odlišných podob.

Na jedné se svých stáží jsem se setkala se spirituálními (zde konkrétně s religiozními) prvky, které byly do léčby zařazeny. Zaujalo mne, jak jednotliví klienti přistupují k těmto prvkům. Šlo o klienty velmi mladé, což mohlo být také jednou z příčin, proč někteří na tyto prvky reagovali posměšně či s rozpaky nebo s viditelnou nelibostí. Také mi přišlo, že přístup k závislosti a k samotné léčbě klientů se lišil u personálu, který zprostředkoval religiozní prvky od zbytku personálu. Od této chvíle jsem si začala více všímat otázek ohledně vlivu spirituality na léčbu závislostí. Na tuto zkušenost jsem si vzpomněla při výběru tématu své bakalářské práce a rozhodla jsem se, že spojím svůj zájem o terapeutické komunity s otázkami, které se mi ohledně vlivu aspektu spirituality na průběh léčby závislostí vynořují.

Práce je členěna na teoretickou a praktickou část. První kapitola teoretické části pojednává o závislosti na návykových látkách. V druhé kapitole zmiňuji okrajově formy léčby v České republice a mimo jiné se zde věnuji také faktorům, které jsou významné pro účinnost léčby a vývoji motivace ze strany klienta. V třetí kapitole již přecházím k samotnému tématu komunit a to nejprve obecně, poté se blíže věnuji komunitám terapeutickým a naposled terapeutickým komunitám, které jsou určeny pro uživatele návykových látek. V této kapitole shrnuji jejich vývoj a současnou situaci v České republice. V kapitole čtvrté pak blíže rozebírám jednotlivé principy a podoby fungování terapeutických komunit a také se zde věnuji metodám práce s klientem. Blíže se zde věnuji zejména spiritualitě.

Výzkumná část mapuje formy a metody terapeutických komunit v České republice s ohledem na to, zda je v léčbě přítomen spirituální aspekt. Cílem práce je zmapovat a porovnat podoby terapeutických komunit a zjistit, jestli je součástí léčby i spirituální aspekt, popřípadě v jaké formě a co zohlednění tohoto aspektu přináší.



Ve své práci vycházím z publikací autorů, kteří jsou na poli léčby závislostí či v oblasti terapeutických komunit, považováni právem za odborníky či průkopníky nových postupů či teorií. Mezi nimi bych ráda jmenovala alespoň Stanislava Kratochvíla, dále pak Pavla Hartla, Kamila Kalinu a ze zahraničních autorů Martiena Kooymana .

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. SYNDROM ZÁVISLOSTI

Tématu závislosti na návykových látkách se v posledních letech věnuje velká pozornost, ať už ze strany odborníků – psychologů, lékařů, sociálních pracovníků, tak i ze strany politiků, rodičů, učitelů a v neposlední řadě také médií.

V roce 2005 byl u nás na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy otevřen obor adiktologie, který umožňuje svým posluchačům studovat danou problematiku z komplexního hlediska. Vzhledem k tomu, že se v léčbě závislostí stále více uplatňuje bio - psycho - socio - spirituální model, věřím tomu, že tito posluchači budou (a pravděpodobně někteří už jsou) velmi kvalitně pracovat v oblasti prevence či výzkumu závislostí, aniž by některou oblast zanedbali.

V této kapitole bych ráda uvedla základní pojmy, které se ze závislostí pojí a ve kterých je potřeba se orientovat, pokud se dále chci zabývat jednou z forem její léčby. Dále se také v této kapitole zmíním o u nás (myšleno v České republice) dostupných formách léčby či intervence a to zejména z toho důvodu, abych poukázala na to, jaké místo v tomto systému mají právě terapeutické komunity.

### 1.1. Definice závislosti

V literatuře můžeme najít mnoho definic, vybrala jsem pouze dvě, které poukazují na různé pohledy na závislost, přičemž jedna se zaměřuje na dopady a druhá spíše na příčinu (zároveň se ale nevylučují).

Mezinárodní klasifikace nemocí, 10 revize (MKN-10) popisuje závislost jako „skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje.“

Kudrle (in Kalina 2003, s. 107) definuje závislost jako: „chronickou a progredující poruchu, která se rozvíjí na pozadí přirozené touhy člověka po změně prožívání.“

V České republice se užívá pro klasifikaci návykových poruch již výše zmíněná Mezinárodní klasifikace nemocí, 10 revize (MKN – 10). Umožňuje zápis diagnózy pomocí jednotlivých kódů. Závislost řadí do duševních poruch a poruch chování vyvolaných užíváním návykových látek. Kromě diagnózy závislosti popisuje kromě jiných v této oblasti také diagnózu škodlivého užívání, která závislosti předchází. Tato diagnóza spočívá ve formě užívání, které již nějakým způsobem (většinou negativně) ovlivňuje zdraví, buď po stránce fyzické nebo psychické, přičemž ještě stále nejsou splněna kritéria pro diagnózu závislosti.

Nešpor (2001) uvádí ve své publikaci, že definitivní diagnóza závislosti by se podle MKN -10 měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- silná touha nebo pocit puzení užívat látku
- potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky;
- Užívání látky se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky (předejít abstinenčnímu syndrom)
- nárůst tolerance k účinku látky, který se projevuje vyšší spotřebou látky
- postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku;
- pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: poškození jater, infekční onemocnění, psychické potíže

Jen pro orientaci uvádím přibližný počet problémových uživatelů v České republice dle Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v České republice v r. 2009 a tím je 37,4 tisíc osob.

## 1.2 Závislost psychická a fyzická

Stejně jako účinek návykových látek ovlivňuje jak psychickou, tak fyzickou stránku člověka, je i závislost fyzická a psychická. Ne všechny návykové látky vyvolávají závislost fyzickou, všechny však vyvolávají závislost psychickou, jelikož změna vědomí je jednou z vlastností návykových látek.

Fyzická závislost nutí člověka k opakovanému užívání látky. Pokud dotyčný látku neužije, tělo na tuto situaci negativně reaguje. V případě, že se hladina látky v těle sníží, dochází k tzv. abstinenci (syndrom odnětí), který se může projevat křečemi, zvracením, průjmem, zimnicí, atd. K překonávání potíží spojených s prvními dny abstinence, mezi které bezesporu abstinenci patří, slouží tzv. detoxifikační jednotky (oddělení většinou v rámci zdravotnického zařízení). Mnohdy se lidé, kteří nejsou do problematiky závislostí zasvěceni, domnívají, že po překonání fyzických obtíží spojených s odnětím látky, je člověk vyléčen. Překonáním odvykacího stavu však léčba teprve začíná.

Závislost psychická je na rozdíl od fyzické závislosti daleko náročnější, co se týče časového horizontu potřebného k jejímu překonání. Někdy se uvádí, že stejnou délku, po kterou uživatel danou látku zneužíval, potřebuje také k překonání závislosti. Tato teorie je samozřejmě pouze orientační, svou velkou roli v délce překonávání psychické závislosti hraje mnoho prvků, jakými jsou například přítomnost psychoterapie, věk uživatele, motivace k léčbě, atd. Součástí psychické závislosti je také tzv. craving (česky také bažení).

## 1.3. Rozdělení uživatelů podle vztahu k droze

Kalina (2000) rozděluje uživatele podle vztahu k droze na následující:

- experimentátoři – nepravidelně užívají různé návykové látky
- rekreační uživatelé – užívání určité skupiny drog se stává součástí životního stylu, dosud však nevyvolává zřetelné problémy zdravotní, psychologické či sociální
- problémoví uživatelé – užívání určité drogy vyvolává problémy zdravotní, psychologické či sociální, nejsou však dosud splněna kritéria závislosti
- závislí – splňují kritéria závislosti na návykových látkách, uvedené v MKN 10

#### 1.4. Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti

Ne každý, kdo někdy okusil nějakou návykovou látku se na ní stal závislý. Faktory, které ovlivňují vznik závislosti, popisuje Frouzová (2003). Podle ní souvisejí tyto faktory s účinkem drogy, což podkládá výzkumy, které částečně potvrzují, že lidé drogy berou a stávají se na nich závislími hlavně pro jejich účinky. Tyto účinky jim buď pomáhají řešit stávající stav (tenze, deprese) či nabízí něco, po čem jedinec touží (např. odvaha, únik).

To, co návykové látky nabízí, shrnuje do několika základních bodů:

- Umožňují dosažení větší kontroly, moci nad sebou či druhými
- Zbavují nepříjemného stavu, akutního či permanentního
- Vyvolávají slast, zintenzivňují smyslové zážitky
- Usnadňují přizpůsobení
- Pomáhají při asociálním životním stylu

Užití návykové látky se může, zejména mladému člověku, jevit jako rychlé a relativně bezpracné dosažení těchto tužeb či překonání situací, se kterými si on sám neumí poradit. Nevšímal (2007) popisuje relativně častý výskyt duálních diagnóz u osob závislých na návykových látkách. Mezi nimi zmiňuje například poruchy osobnosti, psychotické poruchy, atd. Lze předpokládat, že minimálně část klientů se potýkala s těmito problémy již před začátkem užívání a že samotné užívání mohlo sloužit jako jakási samoléčba.

Předpoklady pro vznik či rozvoj závislosti zmiňuje Kudrle (2003). Podle něj ovlivňují užívání návykových látek čtyři předpoklady:

- Biologický předpoklad

Zde zmiňuje případy, kdy užívání návykové látky slouží zprvu k tlumení špatně léčené bolesti či jako řešení obezity v případě poruch příjmu potravy.

- Psychologický předpoklad

K psychologickému předpokladu pro vznik závislosti řadí výše zmíněný autor situace, kdy člověk zažívá nudu, zajímají ho mimořádné prožitky, nemá vlastní program, má potíže s udržením hranic a má nízké sebevědomí. Vznik závislosti se může objevit také v případech, kdy není jedinec veden k samostatnosti a užívání drog,

potażmo změněný stav vědomí, je pro něj jedinou oblastí, kam za ním např. rodiče nemohou.

- Sociální předpoklad

V rámci sociálního předpokladu ke vzniku závislosti uvádí situace, kdy jsou jedinci vyčleněni z komunity lidí, často pro už pro jakoukoliv odlišnost

- Spirituální předpoklad

Mezi rizikovým faktory abusu drog v této oblasti zmiňuje absence smyslu života, duchovních hodnot a duchovní autority. Dále také nerozvíjenou introspekci, naslouchání sama sobě. Také nedostatečnou pokoru. Podle Kudrleho (2003) podporuje užívání návykových látek také nerozvíjení smyslu pro zázrak, mýtické a mytologické poznání světa, absence posvátných rituálů ( např. iniciačních a přechodových).

## 2. LÉČBA ZÁVISLOSTÍ

Závislost uživatelů má negativní dopady nejen na uživatele samotné, ale i na jejich nejbližší okolí a také na celou společnost. Mezi těmito dopady můžeme jmenovat jak zdravotní – např. šíření infekčních onemocnění, ale také dopady, které jsou velmi často spojeny s kriminalitou, jako například krádeže, loupežná přepadení, prostituce. Je proto důležité, aby společnost podporovala léčbu uživatelů, neboť tato problematika je problematikou celé společnosti.

Léčba závislostí je procesem dlouhodobým a náročným. Po odstranění fyzických příznaků závislosti se teprve otevírají témata, která je potřeba zpracovat, aby se závislý mohl vrátit do „běžného“ života a řešit své situace jinou formou, která z dlouhodobého hlediska funguje lépe. Tato témata jsou u každého jedince jiná. Komplikací mohou být potíže z oblasti sociální a zdravotní, které se v některých případech během užívání hromadí a odkládáním jejich řešení se stávají obtížněji řešitelnějšími.

Pokud je o vymezení léčby, shrnul ho Mravčík (2003) jako odbornou, cílenou a strukturovanou práci s klientem. Jako cíl této práce uvádí dosažení abstinence nebo alespoň omezení užívání návykových látek, snížení frekvence a závažnosti relapsu a zapojení klientů do kvalitního života ve společnosti. Jako jeden z cílů zmiňuje také zkvalitnění života na nejvyšší možnou formu.

Kalina (2000) dále specifikuje osoby, u kterých by mělo být o léčbu usilováno. Řadí k nim zejména osoby, které jsou ve stadiu závislosti. Některým problémovým uživatelům by však také doporučil vhodný léčebný program, protože lze předpokládat, že se u nich závislost brzy rozvine. Pro osoby, které nespádají do těchto dvou kategorií doporučuje různé formy poradenství a psychoterapie.

Podle Výroční zprávy o stavu ve věcech drog r. 2009 vyhledalo léčebné služby celkem 8763 uživatelů.

## 2.1. Rozdělení léčby

V ČR existuje více možností léčby. Kalina (2000) zdůrazňuje, že při indikaci klienta k různému typu léčby je důležité zhodnotit zdravotní stav, psychologické a psychopatologické problémy, motivaci, potenciál pro relaps a výskyt abstinčních příznaků a sociální prostředí klienta. Cizím slovem je toto přiřazení nejvhodnějšího typu intervence klientovi na základě jeho potřeb a stavu nazýváno *matching*.

Mravčík (2006) rozděluje léčbu dle několika kritérií:

a) podle délky léčby:

- krátkodobou (4-8 týdnů)
- střednědobou (3-6 měsíců)
- dlouhodobou (7 měsíců a déle)

Léčba krátkodobá je tedy například na detoxifikačním oddělení, střednědobá v ústavní léčbě ve většině psychiatrických léčeben a léčba dlouhodobá pak v terapeutické komunitě (i když v některých komunitách jde o léčbu střednědobou).

b) podle typu léčby:

- ambulantní (AT ordinace, stacionární programy, strukturované programy následné péče)
- rezidenční (terapeutické komunity, specializovaná oddělení nemocnic, psychiatrické léčebny)

Ambulantní léčba spočívá v tom, že klient za službou přichází (například 1x týdně na individuální terapii) a i nadále bydlí například doma. Pro ambulantní léčbu jsou indikováni ti klienti, kteří jsou schopni abstinovat v nechráněném prostředí a pro něž není pobyt mimo léčebné zařízení ohrožující. Naopak při rezidenční (pobytové) léčbě

pobývá klient 24 hodin na lůžkovém oddělení léčebných zařízení, z čehož vyplývá, že na oddělení je takřka nepřetržitě, vyjma vycházek, atd.

Léčbu, respektive zařízení, která léčbu poskytují můžeme dále rozdělit na nízkoprahová a vysokoprahová. „Nízkoprahovost“ znamená dostupnost pro většinu klientů, bez většího vstupního filtru. V praxi jí můžeme tedy spatřit zejména v tom, že klient musí splnit minimum požadavků pro využití té které služby, je veden v anonymitě, popřípadě pod kódem znesnadňujícím jeho identifikaci. Příkladem takového zařízení může být kontaktní centrum. „Vysokoprahovost“ zařízení pak znamená to, že klient musí splňovat určité podmínky stanovené organizací, tzn. například že musí mít za sebou detoxifikaci (v případě ústavní léčby). Ve vysokoprahových zařízeních klient je klient veden již pod svým jménem, jsou po něm požadovány informace o bydlišti, popřípadě o zdravotní pojišťovně, jeho rodné číslo atd. Jako příklad uvádím terapeutickou komunitu.

Pokud je člověk starší 18ti let a jsou vyloučeny okolnosti, které jsou uvedeny v zákoně (např. pokud ohrožuje na zdraví nebo na životě), nastupuje do léčby dobrovolně (i když Skála bral tuto dobrovolnost trochu s nadhledem). Závislý ovšem může mít nařízenou léčbu soudem – pak jde o léčbu nedobrovolnou.

## **2.2. Faktory významné pro účinnost léčby**

Ne všichni klienti léčbu dokončí a i ti, kteří ji dokončí, zdaleka ne ve všech případech po ukončení abstinují nebo vedou život, se kterým by oni sami byli spokojeni. Lze předpokládat několik faktorů, které významně zvyšují účinek léčby. Mezi ty řadí Kalina (2000) včasný začátek léčby, přístup podle individuálních potřeb klienta, podporu motivace, nácvik prevence relapsu, zužitkování nedobrovolného léčení, využití účinných faktorů léčebného kontinua a v případě, že závislý ještě není schopen změnit své chování, poskytnout veškerou podporu, která by snížila riziko poškození.



### **2.3. Vývoj motivace v léčbě ze strany klienta**

Nešpor (in Kalina, 1997) popisuje vývoj motivace následovně: klient zprvu popírá, že má nějaký problém. Později připouští problémy, které se ale netýkají drogy. Poté, co si připustí, že má problémy s drogou, popírá, že by potřeboval odbornou pomoc. V momentě, kdy připustí, že odborná pomoc je na místě, popírá, že by potřeboval ten typ intervence, který je mu nabízen. Přes smlouvání se nakonec pasivně podrobuje intervenci. Teprve později aktivně žádá o pomoc, kterou ale přijímá se samozřejmostí a očekává ocenění za to, že ji přijímá. V konečném stádiu vyvíjí zralou iniciativu při řešení problémů.

### **2.4. Poskytovatelé služeb**

Nešpor (2003) hovoří o potřebě dlouhodobé a intenzivní péče, která často vyžaduje spolupráci jednotlivých zařízení.

Poskytovatele léčby můžeme rozdělit zejména na státní a nestátní. Státními jsou myšleny především psychiatrické léčebny, AT ordinace, pracoviště poskytující různá poradenství. Mezi nestátními zřizovateli figurují zejména různé neziskové organizace – obecně prospěšná sdružení, občanská sdružení, atd. V neposlední řadě zde hrají úlohu také různá církevní zařízení.

Co se týče této konkrétní oblasti, tedy drogové problematiky, mají nestátní a neziskové organizace v systému péče o závislé nezastupitelnou úlohu. Pokrývají složky, které ve státním sektoru chybí úplně či jsou v něm zastoupeny nedostatečně (například terapeutické komunity, chráněné bydlení, kontaktní-centra). Jednotlivé služby státního a nestátního sektoru na sebe většinou navazují (např. detoxifikace a ústavní léčba – státní sektor a následně terapeutická komunita a doléčování – nestátní sektor).

V roce 2009 dosáhly výdaje z veřejných rozpočtů na protidrogovou politiku 607,5 mil. Kč (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v r. 2009)

### 3. KOMUNITA

Se slovem komunita či přívlastkem komunitní se můžeme setkat poměrně často. Jde o široký pojem, který je potřeba na začátku vyjasnit a vymezit rámeček slova komunita, kterým se budu nadále ve své práci zabírat. V této kapitole bych se ráda postupně dostala až k popisu terapeutických komunit pro závislé na návykových látkách. Zprvu je ovšem potřeba definovat komunitu jako takovou a rozdělit ji na jednotlivé typy.

Komunity v mají ve světě dlouhou tradici. Martien Kooyman (2004) uvádí jako předchůdce dnešních komunit židovsko-křesťanské náboženské komunity, které fungovaly na podobných principech, jako fungují dnešní komunity. Hartl (1997) ve své knize Komunita občanská a komunita terapeutická uvádí definice Českého Encyklopedického slovníku z roku 1993, který definuje komunitu „sociologicky jako souhrn osob, které žijí v určitém vymezeném prostoru, kde vykonávají každodenní aktivity a obvykle tvoří autonomní jednotku; psychologicky jako typ organizace, kde jsou odstraněny vztahy nadřízenosti a podřízenosti (např. mezi pacienty a personálem), čímž se dosahuje lepší komunikace a spolupráce.“ Podle Hartla (1997, s. 253) je komunita „místo, kde člověk může získávat emocionální podporu, ocenění a praktickou pomoc v každodenním životě“.

Kinkor (2003) uvádí typy komunit, se kterými se můžeme v praxi setkat a to komunitu občanskou, komunita výcvikovou, komunitu spirituální a komunita terapeutickou. Občanskou komunitu popisuje jako společenství osob, které vykonávají na společném prostoru každodenní aktivity (jako příklad lze uvést např. sídelní komunitu – pozn. autorky). Výcviková komunita je pak podle Kinkora společenstvím osob, které se zaměřují na sebepoznání a nácvik dovedností. Sem bych přiřadila například výcvikové komunity v rámci systémů vzdělávání v psychoterpii SUR. Spirituální komunitou nazývá Kinkor takové společenství, které sdílí podobné myšlenky a ideje, snažíc se přitom o spirituální rozvoj. Do této skupiny lze zařadit různé náboženské komunity. Posledním typem komunit jsou pak komunity terapeutické, které již výše zmíněný autor popisuje jako specifickou formu léčebné instituce, která umožňuje spolurozhodování všech členů instituce a jejich otevřenou komunikaci. Tomuto typu komunity se budu podrobněji věnovat v následující kapitole.

### 3.1. Terapeutická komunita

Jedním z typů komunit je komunita terapeutická. Její vznik popisuje více autorů, mezi nimi i Kratochvíl (1979, s. 8). Ten datuje vznik TK do průběhu druhé světové války ve Velké Británii. Následky válečných traumat vedly u řady vojáků k neurotickým a psychosomatickým potížím. Bylo potřeba rychle zbavit těchto obtíží velké množství osob, aby se znovu mohly vrátit do boje. K úzdavě byla používána skupinová psychoterapie. Mezi odborníky, kteří se v té době zabývali psychoterapií skupin řadí Kratochvíl W.R. Biona, S. H. Foulkese, T. F. Maina a M. Jonese. Jonesovi také připisuje hlavní podíl na propracování systému terapeutické komunity. Radimecký (2007) popisuje snahu Maxwella Jonese a jeho kolegů z nemocnice v Belmontu nahradit dosavadní výsadní postavení zdravotnického personálu v psychiatrických odděleních vybudováním demokratického systému prostřednictvím zavedení spolurozhodování pacientů. Na základě tohoto opatření také vznikl pojem „demokratické TK“. Tyto TK pracovaly převážně s osobami, které měly potíže psychiatrické povahy. Jiným typem jsou pak terapeutické komunity hierarchické. Jones (in Radimecký, 2007) mezi ně řadí například rezidenční terapeutické komunity pro uživatele drog, jako byl např. Synanon (první svépomocná komunita vybudovaná bývalým uživatelem Dederichem). Ty vznikaly v USA po roce 1958 a využívaly skupinu vrstevníků pro řešení problémů svých rezidentů bez účasti profesionálů (Radimecký 2007, s.14). Tyto komunity zastávaly tzv. Minnessotský model, který vnímá jednotlivce jako bezmocného v permanentním stadiu údravy (Cook in Radimecký, 2007).

Koncem 60. let byla založena Asociace terapeutických komunit (ATC) – nejprve britská, později mezinárodní. (Kalina, 2008). U nás funguje Sekce terapeutických komunit v rámci Asociace nestátních organizací. Jak uvádí Martien Kooyman (1994), na páté světové konferenci terapeutických komunit, která se konala v roce 1980 v Noordwijkerhout v Holandsku, byla založena Světová federace terapeutických komunit. Přidává také cíle a podoby terapeutické komunity, podle Kerra z roku 1986. Ten popisuje komunitu jako vysoce strukturované prostředí, které má definované morální i etické hranice. Významným faktorem je pak pocit, že člověk je součástí něčeho, co jej přesahuje. Členové komunity by měli fungovat jako facilitátoři

zdůrazňující osobní odpovědnost za vlastní život. Cílem TK je podle Kerra napomoci osobnímu růstu pomocí změny životního stylu.

Terapeutické komunity rozděluje Kratochvíl (1979) na TK jako psychoterapeutickou metodu a TK jako formu organizace léčebné jednotky. TK jako metoda je užívána jednak v léčbě psychických poruch, ale také ve výcviku odborníků a využívá dynamického kontextu společně žijící skupiny osob. Naopak TK jako forma organizace léčebné jednotky je formou řízení oddělení nebo instituce, která spočívá v důrazu na všestrannou otevřenou komunikaci a na spoluúčast všech složek při rozhodování. Mezi první komunity na území ČR lze zařadit Lobečskou komunitu (vznik 1954), Komunitu v Sadské (vznik 1965), Brněnskou komunitu (vznik 1966), Kroměřížskou komunitu (vznik 1971). Všechny tyto komunity byly určeny pro osoby s psychiatrickými obtížemi (zejména neurotického typu) a fungovaly v rámci psychiatrických léčeben či denních sanatorií (Kratochvíl, 1979). Úplně první však byl Apolinář (vznik 1948), který se specializoval na osoby závislé na návykových látkách, nicméně byl také oddělením psychiatrické léčebny. Mezi významné osobnosti, které figurovaly v těchto komunitách patřili mimo jiné J. Skála, F. a J. Knoblochovi, M. Hausner, Z. Mrázek, M. Bouchal a v neposlední řadě také samozřejmě S. Kratochvíl.

Co ale terapeutická komunita nabízí? Na tuto otázku odpovídá Adámeček a Richterová-Těmínová (2003, str. 201) :„TK nabízí bezpečné a podnětné prostředí pro růst a zrání, které se děje především prostřednictvím sociálního učení v kontextu vymezeném jasnými a srozumitelnými pravidly. Terapeutický potenciál TK se spatřuje ve stálém napětí mezi realitou a terapií.“

### **3.2 Terapeutické komunity pro závislé**

V Severní Americe lze považovat za první komunity pro závislé na návykových látkách Synanon. Ten vznikl v r. 1958. Založil ho Charles Dederich, alkoholik a absolvent programu Anonymních Alkoholiků (svépomocná organizace pro osoby závislé na alkoholu). Synanonská komunita čítala přechodně 1000 obyvatel. Hlavními prvky Synanonu byly náhradní rodina, systém odměn a trestů, změna chování prostřednictvím konfrontace a frustrace, charismatický vůdce a náboženská oddanost. Dederichovou vizí bylo vytvoření lepší společnosti za předpokladu, že členové Synanonu se nebudou vracet do původního prostředí. Synanon měl postupem času více a více prvků sekty (odloučení od společnosti, tvorba vlastních pravidel) a jeho fungování nakonec zkrachovalo na osobnosti Charlese Dedericha, který fungování a chod komunity stále

více přibližoval sektě. Další komunitou v Americe, která se Synanonem inspirovala, byla Daytop Village (založena po roce 1963 Danieem Casrielem). Na rozdíl od Synanovu bylo však cílem Daytop Village vrátit klienty do společnosti, aby zde mohli žít bez návykových látek. Dalším rozdílem bylo také začlenění profesionálů do týmu komunity. V Daytopu byla uplatňována hierarchická struktura komunity. (Nevšímal, 2004). Nevšímal také zaznamenává vznik komunit pro závislé podle amerického modelu v Evropě v Anglii v roce 1970. Mimo ostrovní Evropu vznikaly spíše komunity, které měly profesionální týmy, což bylo podmíněno nedostatkem vyléčených osoby a nedůvěrou úřadů ve spolupráci s neprofesionály. Mezi první řadí výše zmíněný autor komunity v Evropě, které fungovaly po americkém vzoru, Alpha House v Portsmouth, Phoenix House v Londýně. Dále zmiňuje komunitu v Emilieho v Nizozemí, ke které ale doplňuje, že zprvu fungovala na demokratickém přístupu, podle zásad M. Jonese, ale později přešla k hierarchickému uspořádání.

Kalina (2008) zmiňuje jako první formu komunity v České republice oddělení pro studium a léčbu alkoholismu při psychiatrické klinice ve Všeobecné fakultní nemocnici, známé jako Apolinář. Oddělení založil a vedl do roku 1982 Jaroslav Skála. Model léčby závislostí rozvíjený v Apolináři spojuje zásady terapeutické komunity a behaviorální přístupy. Skála sám nazýval apolinářský systém terapeutickou komunitou s odvoláním na Jonesovu koncepci. Radimecký (2007, s. 15) píše, že „teprve změna společenského řádu po roce 1990 odstartovala vznik TK, kterým se ale oficiálního uznání jako legitimní léčebné modality dostalo až v roce 2005, kdy byl schválen zákon č. 379/05 Sb. o opatření o ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami.“ V tomto zákoně jsou již terapeutické komunity definovány jako služba odborné péče.

První terapeutickou komunitu u nás určenou pouze pro závislé na nealkoholových drogách založilo v roce 1991 občanské sdružení Sananim v Němčicích. V komunitě od počátku pracují profesionálové vycvičení v metodách psychoterapie, často vysokoškolsky vzdělaní. Absolventi komunity jsou od počátku směřováni k návratu a znovuzapojení do společnosti. Na základě podobných principů s podobným programem popisuje Nevšímal (2007) vznik dalších programů (TK White light, TK Pastor bonus, Tk Fides Bílá voda a další). Krátkodobé rezidenční programy komunitního typu pro mladistvé zajišťuje například Středisko pro mládež Klíčov

(Alternativa) a Cesta (Řevnice). Kalina (2008) zmiňuje nárůst počtu komunit, zaměřujících se na specifické cílové skupiny (matky s dětmi, uživatelé s duální diagnózou). Také hovoří o českých TK jako o „zdařilé syntéze demokratické a hierarchické linie“. V současné době u nás fungují komunity, jejichž zřizovatel je většinou nestátní organizace, také zde ale fungují komunity, které jsou součástí zdravotnického (nebo školského) zařízení. Tyto komunity fungují spíše jako formy organizace léčebné jednotky (viz. Kratochvílovo rozdělení z roku 1979 na komunitu jako metodu a komunitu jako systém).

Ve Výroční zprávě o stavu ve věcech drog v ČR v r. 2009 je uveden počet komunit 15 -20. Z toho počet zařízení mající Certifikaci odborné způsobilosti je 10.

#### **4. PRINCIPY A PODOBY TERAPEUTICKÝCH KOMUNIT PRO ZÁVISLÉ NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH V ČESKÉ REPUBLICĚ**

V poslední kapitole teoretické části bych se ráda věnovala bližšímu popisu podob a principů fungování terapeutických komunit pro závislé na návykových látkách. Zaměřím se zejména na oblasti, které budu později sledovat ve svém výzkumu.

##### **4.1 Principy**

Základní principy terapeutické komunity definoval Kratochvíl (1979) následovně:

- Aktivní podíl pacientů na léčení
- Vytvoření oboustranné komunikace na všech úrovních
- Zvýšení rovnoprávnosti v rozhodování
- Podporování kontaktů vztahů a interakce mezi všemi členy
- Sociální učení

##### **4.2.Cíle**

Jako první oblast bych ráda zmínila cíle TK. Podle Martiny Richterové- Těmínové (2007) jsou základní cíle TK determinovány přesvědčením leaderů, personálu či zakladatele. Mohou se tedy v jednotlivých komunitách lišit. Mezi ty základní však řadí

nalezení a přijetí smyslu života, nalezení svobody a odpovědnosti, poznání a přijetí sebe sama, osobní růst (vývoj a víru sama v sebe), nalezení svého místa ve společnosti, kladný přístup k životu, spokojenost a radost ze života a získání znalostí a dovedností, jak dosáhnout individuálních cílů. Jak je z popisu patrné, cílem tedy není pouhá abstinence od návykových látek.

### **4.3. Cílová skupina**

Stejně jako každá sociální služba i komunity by měly mít vymezenou cílovou skupinu osob, se kterými pracuje a stanoveny kontraindikace vstupu do služby. Většina komunit přijímá do léčby osoby ve stadiu závislosti. „Cílovou populaci tvoří osoby závislé na návykových látkách ve středním a těžkém stupni závislosti, často s kriminální anamnézou a těžším psychosociálním , případně i somatickým poškozením (nejčastěji hepatitidou typu B a C). Věk klientů se ve většině TK pohybuje v rozmezí 18 – 35 let.“ (Adameček, Richterová-Těmínová, 2003, s.201)

Z dostupných informací o konkrétních terapeutických komunitách lze zjistit, že většina z nich je zaměřena pouze na uživatele nealkoholových návykových látek (občas jde i o kombinaci těchto látek a alkoholu), pouze některé přijímají i osoby, které jsou závislé nebo jsou ohroženy závislostí čistě na alkoholu. Pro ty jsou spíše určena jednotlivá oddělení pro léčbu závislostí v rámci psychiatrických léčeben, kde probíhá střednědobá léčba. V současné době vznikají i soukromá zařízení, kde je poskytována léčba těmto osobám.

Klienti jsou přijímáni od 18-ti let, některé komunity přijímají od 16-ti let a další dokonce již od 15-ti let. Některé komunity jsou zaměřeny na určitou specifickou skupinu, jako jsou matky s dětmi či klienti s duální diagnózou. Některé komunity jsou určeny pouze pro osoby stejného pohlaví. Do léčby v TK nejsou většinou přijímány osoby, kterým jejich intelekt, fyzický či psychický handicap znemožňuje zvládnout nároky léčby (zátěžové programy, pracovní terapie, psychoterapie...).

### **4.4. Klíčová pravidla**

Většina komunit má jasně dána klíčová pravidla, která by klient během léčby neměl porušit. V případě porušení těchto pravidel bývá klient vyloučen z programu

nebo nějak jinak výrazně sankcionován. Martien Kooyman (1992) uvádí tři základní: neužívat látky ovlivňující vědomí, neužívat násilí, nemít sex s dalším členem komunity .

#### **4.5. Fáze**

Pobyt klienta v TK se rozčleňuje do několika etap ( fází ) s různě odstupňovanými právy a povinnostmi. Kalina (1998) spatřuje význam rozdělení léčby do jednotlivých fází v několika oblastech. Mimo jiné v tom, že nácvik nového chování je klientovi „nadávkován“ v množství, které je pro něj přijatelné a zvládnutelné a také v tom, že fáze s definovaným obsahem dávají týmu i klientovi samotnému nástroj pro hodnocení. Přestup z jedné fáze do druhé pak mohou doprovázet rituály, které podle Šárky Čtrnácté ( 2007) slouží k upevnění nastolených změn.

#### **4.6. Klíčový pracovník**

Podle Standardů kvality sociálních služeb by měl mít každý klient svého klíčového pracovníka. To je důležité zejména pro klienty, aby věděli, na koho se mohou v případě potřeby obracet, kdo je odpovědný za vedení jejich případu. Tato osoba bývá označována také jako garant.

#### **4.7. Individuální plán**

Stejně jako klíčového pracovníka určují Standardy kvality sociálních služeb nutnost vypracovávat s klientem individuální plán. Individuální plán by měl obsahovat cíle, kterých chce klient během léčby dosáhnout a postup k jejich dosažení. Měl by být pravidelně vyhodnocován - jak klientem, tak pracovníkem komunity. Plán může pomoci klientovi orientovat se ve svých potřebách a průběžně hodnotit to, jestli jsou jeho cíle ve službě naplňovány.

#### **4.8. Pracovní terapie**

Osoby, které dlouhodobě užívají návykové látky a jsou ve stadiu závislosti, nejsou většinou schopny zvládat docházku či nároky práce, zaměstnání tedy opouštějí (pokud předtím nějaké měli). Za dobu, kdy do práce nechodí, obvykle ztratí pracovní návyky. Jak uvádí Kalina (2008), práce má v rámci programu terapeutické komunity nezanedbatelné místo. Kratochvíl (1979 in Kalina, 2008) rozšiřuje účinek pracovní



terapie o projevení i změnu postojů a vztahů týkající se práce a pracovního kolektivu. Kalina (2008) dále uvádí, že v samostatných TK klienti vykonávají všechny domácí práce (vaření, úklid, péče o dům a zahradu, atd.), což umožňuje daleko větší míru zapojení klientů a rozdělení různých pracovních rolí a odpovědnosti.

#### **4.9. Skupinová terapie**

Skupinová terapie by měla být základním terapeutickým prostředkem v komunitě. Dle účelu Kalina (2008) rozděluje skupiny na (psycho)terapeutické, genderové, hodnotící, nácvikové a vzdělávací. Nevšímal (2007) přidává skupiny autobiografické, interakční, dynamické, mimořádné, tématické a skupiny bez terapeuta. Nevšímal (2007) se také věnuje charakteru skupinové terapie v komunitě. Uvádí, že například skupinová pravidla v komunitě jsou modifikována na její podmínky (např. pravidlo nenavazovat vztahy mimo skupinu či neřešit témata za skupiny mimo ní). Podle Kratochvíla (1979) vše, co se odehrává v komunitě, má léčebný smysl, který je upevněn tím, že se s tímto materiálem do hloubky pracuje na skupinách. Kratochvíl také uvádí dvě zásadní výhody skupinové terapie v komunitě oproti skupinové terapii ambulantní. První výhoda spočívá ve frekvenci sezení (což umožňuje větší kontinuitu a větší intenzitu) a druhá v tom, že členové skupiny mohou používat materiál ze všedních dnů, kdy dochází k interakcím daleko častěji, než při ambulantní terapii. Vedení skupinové terapie v komunitě přináší podle Nevšímala (2007, s.111) daleko větší nároky na terapeuty a jejich integritu. To, podle jeho slov, vyžaduje od terapeuta TK „vysokou úroveň terapeutických dovedností a výcvik ve skupinové psychoterapii.“

#### **4.10. Spolupráce s rodinnými příslušníky**

Jak jsem uvedla v první kapitole, problém závislosti ne netýká pouze závislého, nýbrž i jeho okolí a hlavně osob, které jsou mu bezprostředně nejbližší. Těmito osobami mohou být rodinní příslušníci, partneři či blízcí přátelé. Během uživatelovy drogové kariéry mohou být tyto vztahy negativně poznamenány vlivem mnoha příčin (opakované selhávání uživatele v udržení abstinence – tudíž zklamání důvěry jeho blízkých, krádeže a jiná trestná činnost páchaná i na blízkých osobách, atd.) Je proto velmi důležité, aby se tyto blízké osoby také zapojily do procesu léčby a to i z toho důvodu, že mohou podle Kaufmanna (in Radimecký, 2007) hrát významnou roli ve vývoji a udržování problémů spojených s užíváním návykových látek. Kalina (2008)

zmiňuje formy práce s rodinou v ČR – skupiny pro rodiče a blízké, několikadenní společný pobyt pro klienty a rodiče, poradenské kontakty. Pokud jde o nesystematické poradenství, které je spíše na okraji pozornosti, uvádí Kalina jako jednu z možných příčin podceňování úlohy rodiny a přeceňování vlivu komunity.

#### **4.11. Sociální práce**

U klientů se během užívání mohou objevit potíže, přičemž důležitost jejich vyřešení mohou během aktivního užívání podcenit. Jsou jimi například ztráta dokladů, dluhy u různých organizací (Dopravní podniky, dluhy na zdravotním pojištění,..). Různá penále za nesplácení těchto pohledávek mohou narůst do velkých rozměrů. Stejně tak se mohou komplikovat různé neřešené soudní spory, trestní stíhání, neplnění opatření stanovených soudem. Je proto důležité, aby během léčby začali pracovat na jejich řešení. Stejně tak je potřeba, aby se během léčby zaměřili na hledání zaměstnání, doplnění kvalifikace (pokud jim chybí) a na možnost budoucího bydlení. S těmito otázkami jim během léčby může pomoci sociální pracovník.

#### **4.12. Spiritualita**

Do příčin vzniku a rozvoje závislosti řadí Čtrnáctá (2007) kombinaci faktorů a vlivů biologické, psychologické, sociální a spirituální povahy. Tyto faktory by měla reflektovat i léčba závislého. Čtrnáctá (tamtéž) uvádí také předpoklad, že některé klienty mohla právě nenaplněná potřeba transcendentna přivést do závislosti. Kalina (2008) popisuje zvýšenou pozornost tématu spirituality v léčbě závislostí v odborné literatuře. Podle Křivohlavého (2011) patří spiritualita a religiozita do genetického vybavení člověka.

Spiritualita je pojem, který je slovu religiozita nadřazen. Podle Strážence (2005) ji lze chápat jako hledání posvátna, proces pomocí kterého se lidé snaží odhalit to, co považují ve svém životě za posvátné. Podle Janečkové (2008, s.42) „pojem spiritualita odsouvá do pozadí náboženské konfese, rituály a instituce, přičemž staví do centra pozornosti prožitek přesahu běžného žití, prožitek transcendence, která může být náboženská či nenáboženská. Spiritualita je pak prožitkovým jádrem zralého náboženství, je nezávislá na náboženských formách, naukách.“

Religiozita (náboženství) popisuje Stríženec (2005) je spíše osobním a kladným vztahem člověka k náboženství, zahrnující různé komplexy jevů, prožívání a konání. Původně zahrnovala individuální i institucionální prvky, dnes je však chápána jako formálně strukturovaná a pojí se s náboženskými institucemi, předepsanou vírou a rituály.

Allport (in Janečková, 2008) vymezil v polovině dvacátého století dva typy víry : prvním typem je intrinsická (vnitřní) víra. Ta podle Allporta vychází z nitra člověka jako jeho přesvědčení, jemuž věří a podle něj také žije. Druhým typem je víra extrinsická (vnější), která má na rozdíl od víry vnitřní „nezdravé“ pozadí, které může být například získané nebo sociální. Programy, kde cestou ke změně je prvotně nalezení víry v Boha jsou podle Nevšimala (2004) celosvětově rozšířeny. Na jednu stranu těchto programů staví komunity, které mají blíže k sektě (např. Medžugorje na území bývalé Jugoslávie) a na stranu druhou pak programy, které mají tendenci závislé po ukončení léčby navracet zpět do společnosti. Mezi ty řadí například komunity Teen Challenge, které mají zastoupení i u nás. Přítomnost spirituality byla důležitým prvkem i v Synanonu a v dalších komunitách na území USA.

Čtrnáctá (2007) nabízí jako jednu z možností, jak se transcendentna dotknout, rituál. Uvádí také, že většina komunit pro závislé s rituálem nějakým způsobem pracuje. Dalšími možnostmi, jak pracovat se spiritualitou ( popřípadě religiozitou ), mohou být návštěvy duchovního nebo možnost pastorače v komunitě.

#### **4.13. Tým**

Broža (2007) připisuje týmu TK nejvýznamnější podíl na schopnosti navazovat důvěryhodné vztahy, ovlivňovat dění a utvářet smysl komunity.

Vycházíme-li z bio-psycho-socio-spirituálního předpokladu příčiny závislosti, měli by se i na léčbě podílet odborníci, kteří jsou v těchto směrech fundovaní, je tedy zapotřebí sestavit multidisciplinární tým, který bude schopen potřeby klientů v těchto oblastech zabezpečit. Jde zejména o psychology, lékaře, sociální pracovníky, speciální pedagogy, psychiatry. Kalina (2008) tyto odborníky doplňuje o právníky a duchovní, kteří bývají daleko častěji zastoupeni v týmech v zahraničí, než u nás. Kalina také hovoří o potřebě doplňkového vzdělání, jakými jsou např. specializované výcviky a

různé praktické dovednosti a zkušenosti. Mimo odborný tým TK mohou také v komunitách pracovat bývalí uživatelé, kteří po potřebnou dobu abstinují a jsou natolik stabilní a zralí, že mohou ostatním klientům pomáhat v léčbě. Rizikům a úskalím práce bývalých uživatelů v TK se blíže věnuje mimo jiné Martien Kooyman ve svém díle *Terapeutická komunita* (v českém překladu Martina Hajného a Petra Nevšímalá z roku 2004).

#### **4.14. Supervize týmu TK**

Stejně jako každý odborný tým pracující v sociální oblasti by měl být i tým TK pravidelně supervidován. Kalina (2008) popisuje vnitřní supervizi týmu jako tu, kterou může vést vedoucí týmu TK nebo k tomu určený jiný pracovník, zároveň však upozorňuje na rizika křížení rolí a nedostatečného odstupu. Vnější supervizi pak vykonává externí odborník, který nemá v organizaci jinou pozici. Výhody pak spatřuje Kalina v nezávislosti, přiměřeném odstupu od vnitřních problémů a možnosti učení se ze zdrojů mimo vlastní pracoviště.

## II. VÝZKUMNÁ ČÁST

### 5. METODIKA VÝZKUMU

V metodologické části výzkumu vytyčuji cíl výzkumu a objasňuji, jakou a proč jsem použila metodu. Dále v této části popisuji výzkumný vzorek a také to, jak jsem sbírala podklady k výzkumu a jak výzkum probíhal.

#### 5.1. Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem mého výzkumu bylo zmapování a porovnání podob terapeutických komunit pro závislé na návykových látkách v České republice. Dílčí výzkumnou otázkou bylo, za léčba v terapeutických komunitách zahrnuje také spirituální aspekt a v čem zohlednění tohoto aspektu pomáhá klientům.

#### 5.2. Výběr výzkumného vzorku

Použila jsem účelový výběr vzorku. Jednotkou zkoumání byla zařízení, která jsou označována jako terapeutické komunity a jsou určena pro osoby závislé na návykových látkách.

Do souboru jsem po delší úvaze nezahrnula školská ani zdravotnická zařízení a to zejména proto, že mají většinou jiné podmínky fungování (umístění, systém rozdělení léčby, hierarchie, zdravotnický personál,...) a podléhají jiným způsobům kontroly a také proto, že některá zařízení jsou spíše ústavní léčbou s komunitními prvky. Všech patnáct zařízení, která jsou zahrnuta do výzkumného vzorku, je tedy organizacemi nestátními. Devět z nich je v Sekci terapeutických komunit Asociace nestátních organizací.

Dále jsem do souboru nezahrnula společenství, která fungují na bázi komunity a jsou určena pro osoby, které jsou závislé na návykových látkách. Někdy bývají uvedeny jako terapeutické komunity, jsou to však spíše komunity, které fungují na jiných principech. Do jednoho takového zařízení jsem dotazník také odeslala, spíše však pro svou zvědavost – výsledky nejsou zahrnuty do výstupů z šetření. Dotazník vyplnilo a odeslalo celkem osm komunit z patnácti. Na otázky odpovídal ve čtyřech případech vedoucí komunity, ve dvou případech zástupce vedoucího komunity, v jednom případě odborný ředitel a v jednom terapeut.

### 5.3. Omezení výzkumu

Výzkum nebyl realizován na komunitách, jejichž zřizovatelem je stát ani na komunitách, které jsou spíše jakýmsi léčebným společenstvím a například skupinová terapie v nich není součástí léčby. Neposkytuje tedy obrázek o fungování všech komunit na našem území.

Jsem si vědoma toho, že výsledky mají omezenou reprezentativnost a to z důvodu samovýběru oslovených (viz Disman, 2002).

Šetření by bylo vhodné doplnit přímými rozhovory jak se zaměstnanci komunity, tak s klienty. Z časových a finančních důvodů jsem však od tohoto záměru upustila.

### 5.4. Metody zkoumání

Při sběru dat jsem využila jsem dotazníkového šetření v kombinaci s analýzou dokumentů. Dotazník čítal celkem 26 otázek – zastoupeny byly otázky uzavřené, otevřené i polootevřené. Otázky se týkaly tří oblastí - obecné informace o komunitě, metody používané v zařízení a chod zařízení a personální zajištění. Tři otázky se týkaly spirituality.

Vzhledem k poměrně vysokému počtu otázek byl dotazník zpracován v on-line podobě, ve formátu Google dokumentů. Tato forma mi přišla pro respondenty příjemnější, rychlejší a jednodušší na vyplňování. Konečnou podobu dotazníku lze nalézt na internetové adrese:

<https://spreadsheets.google.com/spreadsheet/formResponse?formkey=dHVzZ19iTUpuYm5Yb0R5UEpwZ09sbnc6MQ&theme=0AX42CRMsmRFbUy0xMGZIZDFhYS1kNWZILTQ2YjQtYjMzZi0xNjZlMzYyNDViMDY&ptok=666437940947107455&ifq> . Přepis jeho znění připojuji do přílohy.

Návratnost dotazníku byla 53%. Dotazník vyplnilo a odeslalo celkem osm komunit z patnácti. Na otázky odpovídal ve čtyřech případech vedoucí komunity, ve dvou případech zástupce vedoucího komunity, v jednom případě odborný ředitel a v jednom terapeut.

Odkaz na on-line dotazník společně s průvodním dopisem jsem odeslala v elektronické poště. Šest komunit odepsalo a vyplnilo dotazník do stanoveného termínu. Jedna komunita odepsala, že nemůže spolupracovat z důvodu nedostatku pracovníků. Komunity, které neodpověděly, jsem se pokoušela kontaktovat telefonicky nebo na jiný e-mail. Po telefonickém kontaktu odeslaly vyplněný dotazník ještě další dvě komunity.

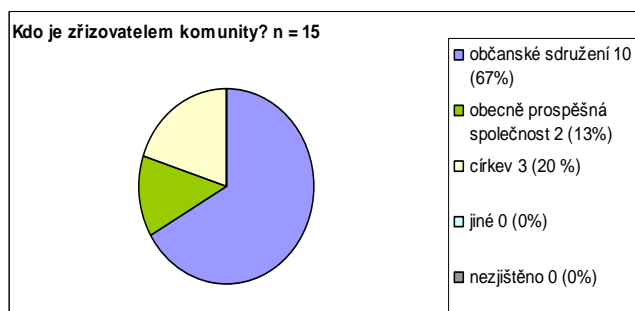
Další čtyři v telefonickém kontaktu (nebo v druhém e-mailu) uvedly, že dotazník vyplní, bohužel se tak nestalo. Do dvou komunit jsem se nedovolala (jedna z nich má uvedeno na internetových stránkách, že v tomto čase nejsou v místě komunity k dispozici vzhledem k opravám probíhajícím v areálu, druhá také zmiňuje na svých stránkách rekonstrukci objektu v těchto dnech).

Vzhledem k relativně nízké návratnosti dotazníků by informace, které mají mapovat a porovnávat podobu komunit neměly příliš vypovídající hodnotu. Rozhodla jsem se rozšířit metodu zkoumání o analýzu dokumentů. Těmi byly běžně dostupné zdroje, většinou internetové stránky jednotlivých zařízení a organizací, které pracují s problematikou závislostí. Výsledky tedy zahrnují informace o všech patnácti komunitách.

## 6. VÝSLEDKY VLASTNÍHO ŠETŘENÍ

### Zřizovatelé komunit

Zřizovateli komunit jsou nejčastěji občanská sdružení. Následuje církev a obecně prospěšná společnost.

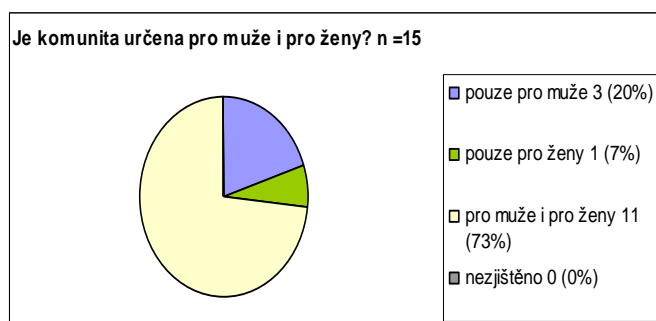


### Pohlaví, pro která jsou komunity určeny

Většina komunit je určena jak pro muže, tak pro ženy. Rozdíl je v této oblasti patrný u komunit, kde je nějakým způsobem přítomny náboženské prvky (nebo je zřizovatelem církev). V těchto komunitách jsou mnohdy léčeny muži a ženy zvlášť.

Výhody v oddělené léčbě spatřuji v tom, že je více prostoru věnovat se specifickým potřebám daného pohlaví (otázkou ovšem je, jak dalece k tomu dochází). Specifickým potřebám daného pohlaví se však věnují i některé komunity, kde jsou

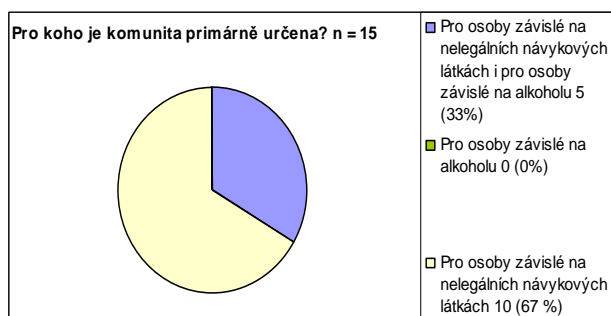
pohlaví v léčbě smíšená, v rámci tzv. genderových skupin. Velkou nevýhodou v léčbě, při níž jsou obě pohlaví zvlášť, však vidím v nemožnosti konfrontace, popřípadě korekci vztahů k osobám opačného pohlaví.



### Cílová skupina (z hlediska látky, na které je jedinec závislý)

V šesti případech ze šestnácti jsou komunity určeny jak pro léčbu osob se závislostí na nelegálních návykových látkách (resp. na nealkoholových drogách), tak pro léčbu osob se závislostí pouze na alkoholu. Ve většině tedy jsou ty, které jsou určeny primárně pro léčbu závislostí pouze na nealkoholových drogách (přičemž jsou do léčby přijímány i osoby se smíšenou závislostí – tzv. závislostí na nealkoholových návykových látkách souběžně se závislostí na alkoholu).

Komunita, která by byla určena pouze pro léčbu závislostí na alkoholu nebyla obsažena ani jednou. Opět se projevil rozdíl mezi komunitami, ve kterých jsou nějakým způsobem obsaženy náboženské prvky (nebo je jejich zřizovatelem církev) – ty jsou převážně určeny pro léčbu jak nealkoholové, tak alkoholové závislosti.



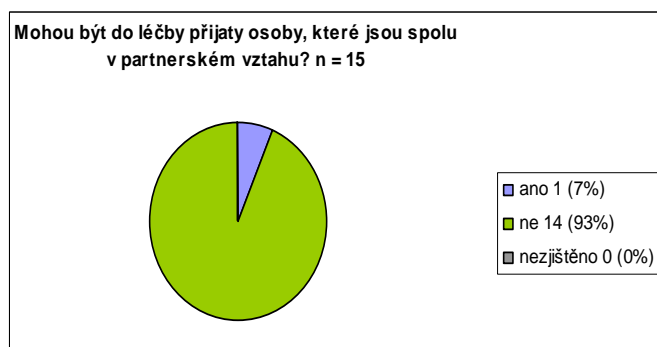
### Léčba osob, které jsou spolu v partnerském vztahu

Vyjma jedné neumožňují komunity léčbu osob, které jsou spolu v partnerském vztahu. Intimní, sexuální či velmi blízký vztah s někým, kdo je zároveň klientem stejné



komunity (skupiny) považuje většina odborníků za kontraproduktivní. Ne tak ona jedna komunita, která naopak možnost léčby v páru uvádí jako jednu ze svých předností ( a zároveň se prezentuje jako neúspěšnější terapeutickou komunitu v ČR).

Pokud vztah vznikne během léčby, je v praxi běžné, že buď jeden odchází nebo musí společně prokázat, že jsou schopni za daných podmínek (které určuje zbytek komunity, nejčastěji terapeuti) plnohodnotně fungovat v rámci komunity.



### Kontraindikace k přijetí do léčby

Nejčastější kontraindikací k přijetí do léčby jsou akutní zdravotní potíže vyžadující zdravotní dohled odborného lékaře či léčbu ve specializovaném zařízení (infekční choroby, onemocnění psychiatrické povahy). Dvě komunity se však specializují na klienty s duální diagnózou, některá další zařízení pak přijímají klienty s duální diagnózou podle jejich aktuálního stavu.

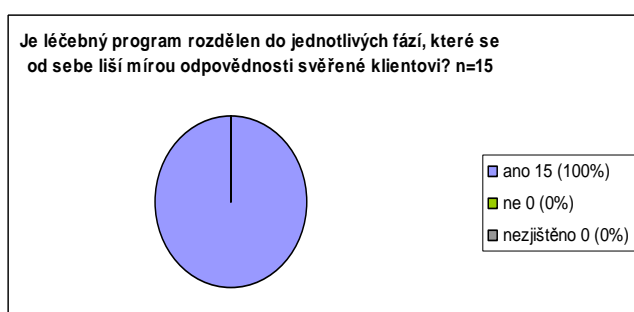
Dalšími kontraindikacemi jsou výrazně snížené intelektové schopnosti či fyzický handicap znemožňující účast na pracovní terapii. Do léčby nejsou většinou přijímány osoby, které jsou imobilní a to z důvodu bariérového prostředí. Další kontraindikace k nástupu do léčby jsou do jisté míry dány klíčovými pravidly v léčbě. Jsou jimi: akutní intoxikace a úzká vazba na někoho léčícího se aktuálně v komunitě. Dále pak jazyková bariéra, věk nad nebo pod hranici, kterou si komunita určuje, těhotenství a nařízená ústavní ochranná léčba.

Informace o kontraindikacích k přijetí se nepodařilo zjistit u dvou komunit z počtu patnácti.

## Rozdělení léčby do fází, které se od sebe liší mírou odpovědnosti svěřené klientovi

Ve všech komunitách, které byly zahrnuty do výzkumné vzorku, je léčba rozdělena do jednotlivých fází, které se od sebe liší mimo jiné mírou odpovědnosti svěřené klientovi.

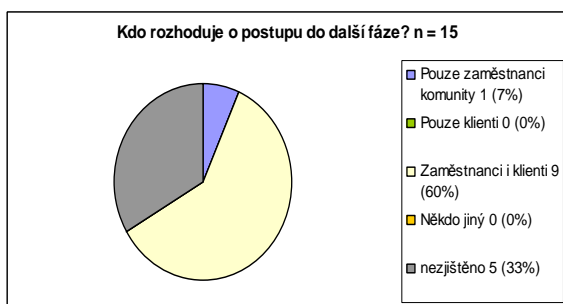
Počet fází je nejčastěji tři až čtyři (v závislosti na celkové délce léčby). Informaci se podařilo zjistit u všech zkoumaných objektů (osm zařízení poskytlo informaci v dotazníku, u sedmi zařízení lze tuto informaci dohledat na internetových stránkách či v rámci jiných dokumentů).



## Pravomoc rozhodování o přestupu do další fáze

Z počtu deseti komunit rozhodují o přestupu do další fáze zaměstnanci společně s klienty zařízení v devíti případech. Pouze v jednom případě rozhodují o přestupu do další fáze pouze zaměstnanci (terapeuti). U zbývajících pěti se nepodařilo informaci zjistit.

Je ale potřeba zmínit, že i v těch komunitách, kde o přestupu do další fáze rozhodují zaměstnanci společně s klienty, mívají terapeuti právo konečného rozhodnutí.



## Specifika komunit

Specifika jednotlivých komunit lze rozdělit podle toho, čeho se týkají. Do první skupiny lze zařadit specifika, která se týkají cílové skupiny uživatelů. Mezi ty patří léčba klientů s duální diagnózou, léčba mladistvých, léčba matek s dětmi, léčba

uživatelů s vyšším věkovým průměrem, vysoký podíl klientů se zkušeností s výkonem trestu odnětí svobody.

Další specifika se pak týkají poskytovaných služeb. Zde se objevovala práce s rodinnými příslušníky (např. víkendový program pro rodiče společně s klienty), sociální práce (s cílem maximálně stabilizovat sociální podmínky klienta) a pomoc při zajišťování finančních prostředků ze systému sociálního zabezpečení, možnost odpracování obecně prospěšných prací a získání rekvalifikace, obohacení léčby o zážitkovou pedagogiku, možnost dobrovolné práce s handicapovanými lidmi, nabídka duchovně pastorační služby, křesťanský akcent léčby, specifický poradenský přístup, návaznost doléčování, někdy i s nabídkou chráněného bydlení

Zmíněna byla také následující specifika: blízkost hlavního města či velká možnost kontaktů s vnějším světem, snadná dostupnost města s relativně malou nezaměstnaností, nižší prahovost (pouze detoxifikace, bez předvstupního pohovoru a léčby v PL), režim samofinancování, nejstarší zařízení svého typu, péče o koně.

### **Klíčová pravidla**

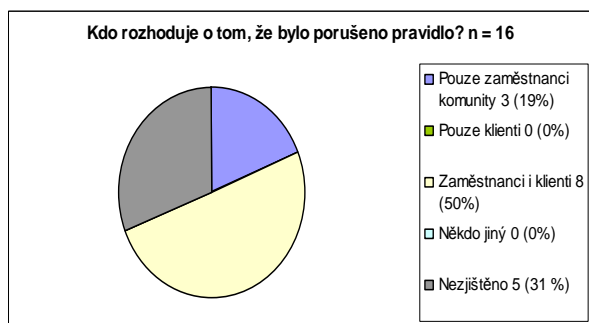
Mezi nejčastěji zmiňovaná klíčová pravidla patří abstinence od látek ovlivňujících vědomí (v některých komunitách včetně užívání nikotinu). Výjimkou jsou léky předepsané lékařem, které jsou uloženy a vydávány pod dohledem personálu. Do tohoto pravidla také spadá zákaz hraní automatů.

Dalším klíčovým pravidlem je zákaz násilí (fyzického i psychického) či agrese, popřípadě diskriminace. Třetím pravidlem, které zmiňují skoro všechny komunity je zákaz navazování sexuálních, intimních či velmi blízkých vztahů, které by mohly narušit fungování dvojice v rámci komunity. Do dalších klíčových pravidel patří zákaz krádeže a podvodů, podřízení se rozhodnutí skupiny a komunity, spolupráce na vlastním rozvoji, účast na programu či dodržování denního režimu.

### **Kdo rozhoduje o porušení pravidla**

O tom, zda došlo k porušení pravidla, rozhodují společně zaměstnanci komunity společně s klienty v osmi případech z patnácti sledovaných. K rozhodování dochází především v rámci komunitního setkání, přičemž je o rozhodnutí je většinou hlasováno. V některých případech pak mají zaměstnanci komunity (většinou terapeuti) právo veta.

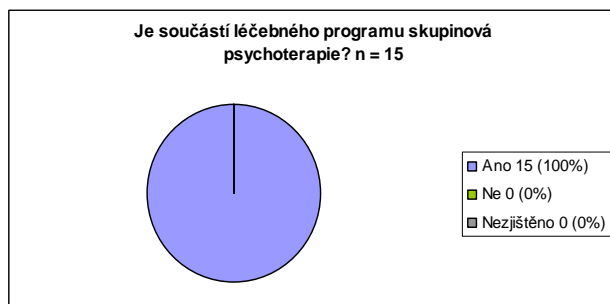
Ve třech případech pak rozhodují o porušení pravidla zaměstnanci sami. U pěti zařízení se nepodařilo informaci získat.



### Přítomnost skupinové psychoterapie v léčebném programu

Ve všech zařízeních, která jsou do výzkumu zahrnuta, je součástí léčebného programu skupinová psychoterapie. Právě ta je považována za jeden z hlavních léčebných prvků.

Přítomností skupinové psychoterapie se liší sledovaná zařízení od zařízení, která fungují na bázi komunity, ale jde spíše o společenství, která ve kterých bývá hlavním léčebným prostředkem pracovní terapie a podpora ze strany osob, které samy prošly závislostí. V léčbě v rámci těchto zařízení také bývá často obsažen religiózní prvek.



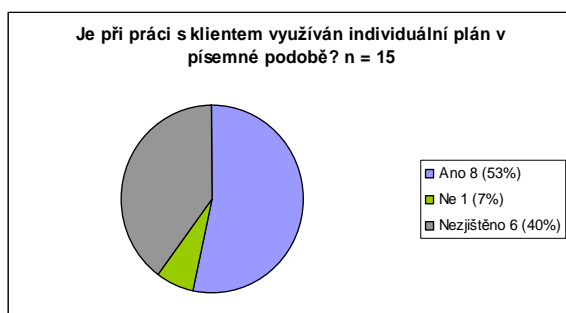
### Počet hodin týdně, které jsou věnovány skupinové psychoterapii

Počet hodin skupinové psychoterapie se pohybuje v zařízeních, která na otázku odpověděla (celkem sedm zařízení), od 2 hodin týdně do 28 hodin týdně. Průměrně vychází počet hodin psychoterapie na jedno zařízení na 15 hodin (medián). Otázkou ovšem zůstává, co vše je zahrnováno do skupinové psychoterapie u zařízení, která vykazují vysoký počet hodin a naopak co vše do skupinové psychoterapie u zařízení vykazujících o dost menší počet hodin by zahrnuto být mohlo, vzhledem k tomu, že

některá témata, se kterými je později pracováno na skupině, se objevují i v rámci jiných aktivit.

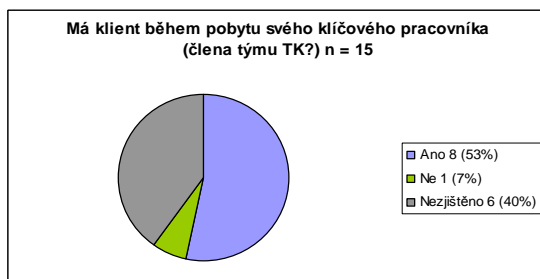
### Využití individuální plánu v písemné podobě

Při práci s klientem využívá individuální plán v písemné podobě osm zařízení z patnácti oslovených. Pouze jedno zařízení uvedlo, že individuální plán v písemné podobě s klientem není zpracováván. U šesti zařízení se nepodařilo informaci zjistit.



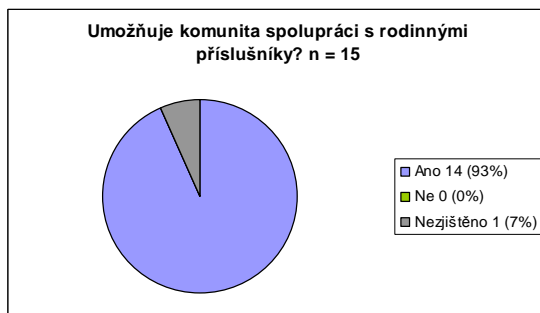
### Klíčový pracovník

Svého klíčového pracovníka (garanta) mají klienti v osmi komunitách za patnácti oslovených. V jednom případě tomu tak není. V dalších šesti komunitách se informaci nepodařilo zjistit.



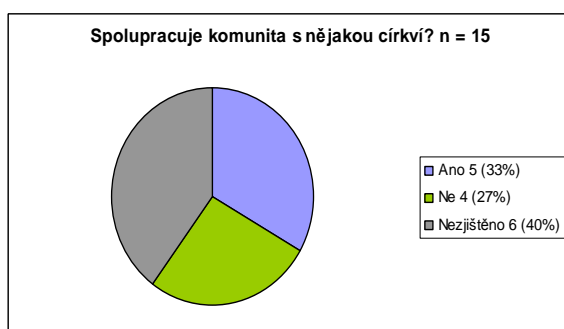
### Spolupráce s rodinnými příslušníky

Spolupráci s rodinnými příslušníky umožňují takřka všechna oslovená zařízení, pouze u jednoho se nepodařilo informaci získat. Spolupráce probíhá různými způsoby. Může jít o skupinová setkávání rodičů, o pobyt rodiče přímo v komunitě a jeho účasti na programu, o výjezdy rodičů pořádané komunitou, společně s klienty či bez, poradenství poskytované rodičům, atd.



### Spolupráce s církví

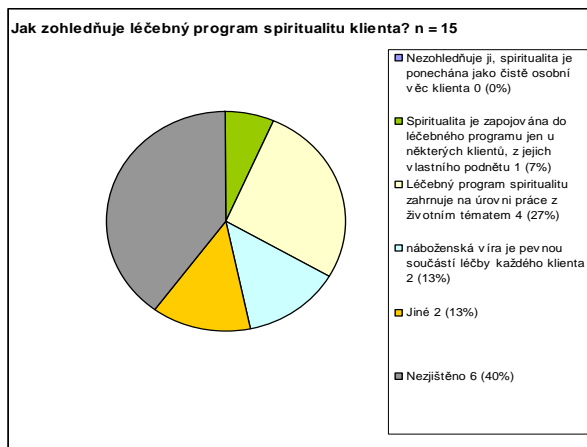
Spolupráci s církví uvádí pět zařízení z patnácti. Čtyři zařízení s církví nespolupracují. U ostatních se informaci nepodařilo zjistit. Spolupráce s



### Zohlednění spirituality v léčebném programu

Většina komunit, které odpověděly na tuto otázku, nějakým způsobem zohledňuje v léčbě spiritualitu klienta. V jednom případě je spiritualita zapojována jen u klientů, kteří o to projeví zájem. Ve čtyřech případech je se spiritualitou pracováno na úrovni životního tématu. Ve dvou zařízeních je náboženská víra pevnou součástí léčby každého klienta, přičemž jedno ze zařízení uvedlo, že není klientovi „vnucována“.

Dvě zařízení uvedla jinou možnost – v prvním případě šlo spíše o popis realizace (1x za 14 dní duchovní hodnoty a dobrovolná mše) a ve druhém se k zohlednění spirituality vyjádřila komunita následovně: „cílem programu je všestranný rozvoj osobnosti klientů, jejíž nedílnou součástí je i spiritualita“. U šesti komunit se nepodařilo informaci získat.



### Forma práce se spiritualitou klienta

Zařízení, která spiritualitu klienta v léčbě zohledňují, používají různé formy této práce, ať už individuální nebo skupinovou. V některých komunitách má práce se spiritualitou jasně definovanou podobu, jako například modlitba, pastorece, tématické diskuze a semináře, zosobňování biblických příběhů formou zážitkové terapie, slavení svátků, rituály. V rámci bio-psycho-socio-spirituálního pojetí léčby je však spirituální aspekt součástí běžných aktivit a objevuje se v rámci celého procesu léčby, přičemž se spiritualitou nemusí být pracováno jako s oddělenou entitou.

V komunitách, které na tuto otázku odpověděly, je tedy spatřován zejména v individuální i skupinové psychoterapii, v technikách, které se zaměřují na podporu rozvoje osobnosti, v zážitkových aktivitách s přesahovým obsahem (např. zátěžové programy), v diskuzích o životě, jeho smyslu a životních hodnotách, v podpoře duchovního rozvoje v osobním volnu, v pravidelných akcích s handicapovanými lidmi, návštěvách památníku holocaustu a v rámci existenciálního přístupu v terapii.

### Přínosy zohlednění spirituálního aspektu v léčbě

V zohlednění spirituálního aspektu v léčbě se opakovaně objevovaly následující přínosy: pomáhá v hledání a nalezení smyslu života a životního úkolu, v přijetí sama sebe, v sebehodnocení, ve zvyšování sebeúcty („Pomáhá klientům vidět sebe jako jedinečné bytosti, které mají svůj úkol“) a ve smíření (vyrovnání se) s vlastní minulostí a odpuštění (jak vůči sobě, tak vůči těm, kterým klienti nějakým způsobem ublížili), pokládá základní motivace a prostor pro osobní změnu.

Mezi další zmiňované přínosy patří ukotvení priorit, hodnot a osobních postojů, rozvíjení spoluodpovědnosti, kultivace mezilidských vztahů a učení empatie, pokora,

osobní růst a rozvoj (vývoj), lepší zvládnání problémů. Také dává „možnost náhledu na sebe sama z odstepu“ a „možnost vidění sama sebe v širším celistvém kontextu vývoje své osobnosti a to bez intoxikace omamnou látkou“. Zohlednění spirituální aspektu „je základem pro schopnost nést utrpení spojené s odmítnutím únikových strategií“ a vytváří prostor pro nové společenství mimo drogovou kulturu. Dále byly zmíněny následující výhody a přínosy: možnost víry, ekumenický pohled na svět, diskuse nad existencialistickými otázkami.

### **Složení týmu**

V současné době je známo, že složení týmu komunity by mělo být multidisciplinární. Šetření ukazuje, že tomu tak ve zkoumaných komunitách opravdu je. Takřka ve všech případech je součástí týmu sociální pracovník, pracovní terapeut, bývalý uživatel a psychoterapeut (resp. terapeut s psychoterapeutickým výcvikem). Mezi dalšími osobami, které jsou součástí týmu jsou psycholog, speciální pedagog, psychiatr, lékař, vychovatel, duchovní či pastorační poradce. Tito většinou fungují externě. Pokud nejsou součástí týmu, dochází v některých případech ke spolupráci se specialisty, kteří pracují v místě poblíž komunity.

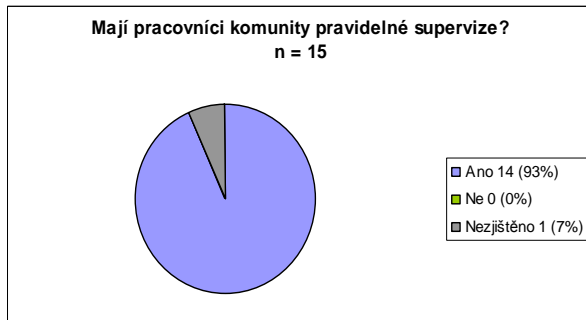
### **Funkce bývalého uživatele (ex-usera) v komunitě**

Pokud je členem týmu bývalý uživatel (ex-user), může mít různá postavení a zastávat rozličné role v komunitě. Nejčastěji je standardním členem terapeutického týmu a funguje jako terapeut, vede individuální i skupinové poradenství. Někde funguje jako psychoterapeut (za předpokladu doplnění odpovídající kvalifikace a výcviku). Také byla zastoupena role vedoucího domu, pracovního terapeuta a v jednom případě se stará o vzdělávání klientů. V jednom za zařízení má bývalý uživatel hlavní služby v komunitě.

### **Supervize**

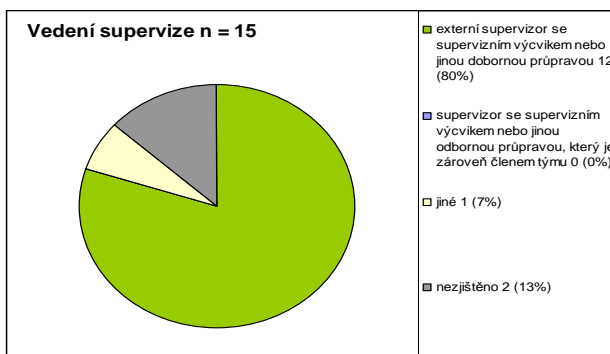
Vyjma jednoho zařízení, u kterého se nepodařilo informaci získat, jsou týmy ve všech oslovených komunitách pravidelně supervidovány.





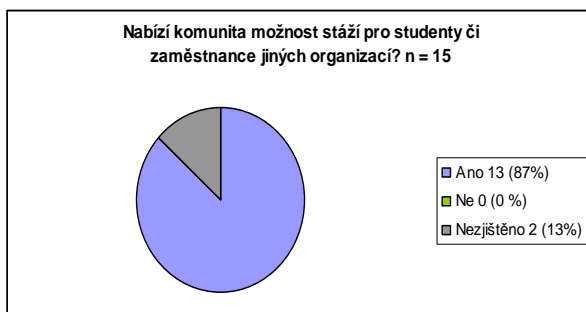
### Odborné zajištění supervizí

Co se týče zajištění supervizí, ve většině komunit (dvanáct z patnácti) vede supervizi externí supervizor se supervizním výcvikem nebo jinou odbornou přípravou. Jedna komunita uvádí jinou možnost a to „psycholog a farář“. Ve dvou případech se nepodařilo informaci zjistit.



### Stáže v komunitě

Většina komunit z výzkumného vzorku nabízí studentům či pracovníkům jiných organizací možnost stáží. Pouze u dvou komunit se nepodařilo informaci o možnosti stáží zjistit.



## Závěr

Cílem práce bylo podrobněji zmapovat a porovnat podoby a principy terapeutických komunit pro závislé na návykových látkách v České republice. Výzkumnou otázkou pak bylo to, zda tyto komunity zahrnují do léčby také spirituální aspekt a v případě, že ano, v jaké formě a co zohlednění spirituálního aspektu přináší.

Teoretická část je postavena na práci s literaturou, která se k dané oblasti vztahuje. Tato část poskytuje přehled o teoretických východiscích. V první kapitole této části definuji závislost a zároveň rozdělují uživatele podle vztahu k návykové látce. Zmiňuji také psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti. Ve druhé kapitole nastiňuji možnosti léčby závislostí, faktory významné pro účinnost léčby, vývoj motivace v léčbě ze strany klienta a také poskytovatele služeb pro závislé na návykových látkách. Třetí kapitola pojednává o komunitách. Nejprve zmiňuji, co vše může být komunita a jaké typy komunit známe. Dále se podrobněji věnuji terapeutickým komunitám – jejich vzniku, typům a také tomu, co nabízejí. V této kapitole jsou čtenáři seznámeni s prvními terapeutickými komunitami na území České republiky a daty jejich vzniku. Poslední část této kapitoly se zaměřuje na terapeutické komunity, které jsou přímo zaměřeny pro léčbu osob se závislostí. Čtvrtá kapitola, poslední z teoretické části práce, popisuje podoby a metody práce terapeutických komunit. Většinou z nich se později věnuji v empirické části. Jde zejména o určení cílové skupiny, klíčová pravidla, fáze v léčbě, klíčového pracovníka a individuální plán, skupinovou terapii, spolupráci s rodinnými příslušníky, přítomnost sociální práce, supervizi týmu a složení týmu. Blíže se věnuji tématu spirituality.

Empirická část začíná kapitolou týkající se metodologie výzkumu. Je v ní vytyčen cíl výzkumu a stanoveny výzkumné otázky, výběr výzkumného vzorku a rozepsány metody zkoumání. Cílem výzkumu bylo zmapovat a porovnat podobu terapeutických komunit v České republice.

Sledované komunity se shodují v následujících oblastech, které jsou pro kvalitu poskytovaných služeb velmi důležité.

Ve všech komunitách pracuje s klienty multidisciplinární tým. Kromě personálu, který je má odborné vzdělání, funguje v komunitách také bývalý uživatel (ex-user). Vidět a zažít někoho, kdo má s drogami zkušenosti a přesto (nebo právě proto) se rozhodl žít bez nich, může být pro klienty velkou motivací a může jim dodávat odhodlání setrvat v léčbě a usilovat o abstinenci i ve chvílích, kdy mají pocit, že bez

drog je život málo (nebo naopak moc) intenzivní či velmi náročný. Týmy komunit jsou pravidelně supervidovány, což nejen zkvalitňuje poskytované služby, ale také do jisté míry zabraňuje různým rizikům, která by se mohla během léčby vyskytnout a na kterých by efektivní léčba mohla selhat (viz. Dederichovo osobní selhání v nezvládnutí moci v Synanonu). Většina komunit také nabízí možnost stáží pro studenty či zaměstnance jiných organizací, což může vypovídat o určité otevřenosti a také nastavení vyslyšet i negativní zpětnou vazbu a získat podněty ke zkvalitnění poskytovaných služeb.

Ve všech komunitách je také léčba rozdělena do jednotlivých fází. Toto rozdělení umožňuje klientům zvládnout vysoké nároky léčby postupně a průběžně hodnotit dosažené pokroky. Nemělo by se tak stávat, že klient odchází z léčby předčasně z toho důvodu, že nároky jsou pro něj v aktuální chvíli nesplnitelné. Všechny komunity se také shodují v tom, že součástí léčebného programu je skupinová psychoterapie. Většina komunit také reflektuje potřebu spolupráce s rodinnými příslušníky či osobami blízkými a v různých formách ji také nabízí. Dále se všechny komunity vyjma jedné shodují v tom, že do léčby nepřijímají osoby, které jsou spolu v partnerském vztahu.

Naopak výrazně se komunity rozcházejí pouze v jednom ohledu a tím je počet hodin věnovaný skupinové psychoterapii. Počet se pohybuje od dvou do dvaceti osmi hodin týdně.

Dotazníkové šetření také prokázalo, že vyjma komunit, jejichž zřizovatelem je církve nebo kde je náboženství pevnou součástí léčby, jsou do léčby přijímány pouze osoby závislé na nealkoholových návykových látkách (nebo osoby se smíšenou závislostí). Komunita, která by byla určena výhradně pro osoby závislé pouze na alkoholu u nás zatím není, ačkoliv závislých počet závislých na alkoholu převyšuje počet těch, kteří jsou závislí na nealkoholových návykových látkách. V posledních letech sice vznikají soukromá zařízení, která fungují na principech komunity – bohužel jsou však pro mnohé finančně nedostupná. Výzkum prokázal, že některé komunity jsou zaměřeny na určité specifické potřeby závislých. Některé se specializují na léčbu osob s duální diagnózou, další pak na osoby mladistvé či na matky s dětmi. Zohlednění těchto potřeb by ve většině komunit nebylo možné (z časových, personálních a dalších důvodů). Velmi často je právě duální diagnóza, věk pod osmnáct let a popřípadě těhotenství kontraindikací. Stejně jako léčba matky společně s dítětem

Co se týče dalších zkoumaných oblastí, není možné zjištěné informace zobecnit, jelikož se týkají pouze té části respondentů, kteří odpověděli na tuto otázku v dotazníku.

Jsou jimi například práce s individuálním plánem, stanovení klíčového pracovníka a další.

Dílejší výzkumnou otázkou bylo zohlednění spirituálního aspektu v léčbě a jeho přínosy. Z osmi komunit, které se k těmto otázkám vyjádřily, jen jedna zapojuje spiritualitu do léčebného programu pouze u některých klientů. Čtyři komunity pracují se spiritualitou na úrovni práce s životním tématem a ve dvou je přímo náboženská víra pevnou součástí léčebného programu. Další dvě komunity spirituální aspekt do léčby také zahrnují, ovšem v jiné formě. Ani jedna komunita nevedla, že by spiritualitu klienta nezohledňovala. Je s ní však pracováno různými formami. Výzkum potvrdil a pojmenoval některé z přínosů zohlednění spirituálního aspektu v léčbě. Osobně si myslím, že intoxikace přináší velmi silné zážitky s přesahovým obsahem a právě tyto zážitky mohou abstinujícím chybět. Kontakt se spiritualitou je jednou z cest, jak těchto zážitků dosáhnout, aniž by později musel čelit negativním důsledkům.

Terapeutická komunita je podle mne výjimečnou organizací v tom, že umožňuje závislým zakusit pocit harmonie, řádu, který funguje, soudržnosti, radosti ze sebe samých i ostatních, pocit ocenění, bezpečí, pocit, že jsou součástí něčeho důležitého a hlavně pocit uspokojení z „obyčejných“ a všedních činností. Všechny tyto pocity jsou v životě velmi důležité a je škoda, že někteří musí dojít až do role klienta v terapeutické komunitě, aby je zažili.

## **Použité zdroje:**

### Literatura:

ADAMEČEK, David, RICHTEROVÁ - TĚMÍNOVÁ, Martina, KALINA Kamil. *Rezidenční léčba v terapeutických komunitách*. In: KALINA, Kamil et al. *Drogy a drogové závislosti 2– mezioborový přístup*. 1.vyd. Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6

BROŽA, Jiří. *Pravidla terapeutické komunity*. In: NEVŠÍMAL, Petr et al. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II., Česká praxe*. Krajský úřad střeďočeského kraje a Magistrát hlavního města Prahy ve spolupráci s Magdalénou o.p.s, 2007. ISBN 978-80-7106-937-9

*Cirkev, drogy a toxikománia : pastoračná príručka*. Trnava : Dobrá kniha, 2004. ISBN 80-7141-454-9

ČTRNÁCTÁ, Šárka. *Rituály TK*. In: NEVŠÍMAL, Petr et al. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II., Česká praxe*. Krajský úřad střeďočeského kraje a Magistrát hlavního města Prahy ve spolupráci s Magdalénou o.p.s, 2007. ISBN 978-80-7106-937-9

FROUZOVÁ, Magdaléna. *Psychologické a psychosociální faktory rozvoje a vzniku závislosti*.

In: KALINA, Kamil et al. *Drogy a drogové závislosti 1– mezioborový přístup*. 1.vyd. Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6

HARTL, Pavel. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997. ISBN 80-85850-45-1

KALINA, Kamil et al. *Drogy a drogové závislosti 1– mezioborový přístup*. 1.vyd. Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6

KALINA, Kamil et al. *Drogy a drogové závislosti 2– mezioborový přístup*. 1.vyd. Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6

KALINA, Kamil et al. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Úřad vlády České republiky, o.s. Filia Nova pro Radu vlády ČR - Meziresortní protidrogovou komisi, 2001. ISBN 80-238-8014-4

KALINA, Kamil. *Terapeutická komunita – Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Praha : Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2449-2

KINKOR Milan. *Komunitní práce*. In: MATOUŠEK Oldřich et al. *Metody a řízení sociální práce*, 1. vyd., Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2

KOOYMAN, Martien. *Terapeutická komunita pro závislé*. In NEVŠÍMAL, Petr et al. *Terapeutická komunita pro drogově závislé I., Vznik a vývoj*, Krajský úřad středočeského kraje ve spolupráci s Magdalénou o.p.s., 2004. ISBN 80-7106-876-4

KRATOCHVÍL Stanislav. *Terapeutická komunita*, Praha, Academia, 1979

KUDRLE Stanislav. *Psychopatologie závislosti a kodependence*. In: KALINA, Kamil et al. *Drogy a drogové závislosti 1– mezioborový přístup*. 1.vyd. Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6

NEŠPOR Karel, CSÉMY Ladislav. *Bažení (craving)- Společný rys mnoha závislostí a způsoby zvládnání*. Praha: Sportpropag, 1999

NEŠPOR Karel, PROVAZNÍKOVÁ Helena. *Slovník prevence problémů působených návykovými látkami*. Praha: Státní zdravotní ústav, 1999

NEVŠÍMAL, Petr. *Původ a vývoj terapeutické komunity pro drogově závislé*. In: *Terapeutická komunita pro drogově závislé I., Vznik a vývoj*. Krajský úřad středočeského kraje ve spolupráci s Magdalénou o.p.s., 2004. ISBN 80-7106-876-4

NEVŠÍMAL, Petr. *Duální diagnózy*. In : *Terapeutická komunita pro drogově závislé II., Česká praxe*. Krajský úřad středočeského kraje a Magistrát hlavního města Prahy ve spolupráci s Magdalénou o.p.s, 2007. ISBN 978-80-7106-937-9

NEVŠÍMAL, Petr et al. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II., Česká praxe*. Krajský úřad středočeského kraje a Magistrát hlavního města Prahy ve spolupráci s Magdalénou o.p.s, 2007. ISBN 978-80-7106-937-9

RADIMECKÝ, Josef. *TK v systému služeb pro uživatele návykových látek*. In: *Terapeutická komunita pro drogově závislé II., Česká praxe*. Krajský úřad středočeského kraje a Magistrát hlavního města Prahy ve spolupráci s Magdalénou o.p.s, 2007. ISBN 978-80-7106-937-9

ROTGERS Frederick et al. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-836-9

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9

### **Další zdroje:**

Internetové zdroje:

Internetové stránky Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti  
<http://www.drogy-info.cz>>

Internetové stránky Občanského sdružení Sananim < <http://www.sananim.cz>>

Internetové stránky Centra adiktologie <<http://www.adiktologie.cz>>

Internetové stránky Národního institutu zabývajícího se drogovou závislostí (National institute on drug abuse) <<http://www.nida.nih.gov>>

Internetové stránky Světové federace terapeutických komunit (World federation of therapeutic communities) <<http://www.wftc.org>>

Internetové stránky Asociace nestátních organizací <<http://www.asociace.org>>

Internetové stránky terapeutické komunity Sejřek <<http://www.tksejrek.kolping.cz>>

Internetové stránky terapeutické komunity Renarkon <<http://www.renarkon.cz>>

Internetové stránky terapeutické komunity Vršíček <[www.skp-plzen.cz](http://www.skp-plzen.cz)>

Internetové stránky terapeutické komunity Krok [www.oskrok.cz](http://www.oskrok.cz)>

Internetové stránky terapeutické komunity Salebra <[www.salebra-znojmo.cz](http://www.salebra-znojmo.cz)>

Internetové stránky terapeutické komunity Karlov <[www.sananim.cz](http://www.sananim.cz)>

Internetové stránky <[www.teenchallenge.cz](http://www.teenchallenge.cz)>

*Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách : verze 7a.* Praha : Úřad vlády ČR, 2003. [cit. 01.07.2011] 26 s. Dostupné z WWW:

[http://www.praha.eu/jnp/cz/home/magistrat/odbory\\_mhmp/protidrogova\\_politika/strategicke\\_dokumenty/zde\\_naleznete\\_klicove\\_dokumenty.html](http://www.praha.eu/jnp/cz/home/magistrat/odbory_mhmp/protidrogova_politika/strategicke_dokumenty/zde_naleznete_klicove_dokumenty.html)

*Mezinárodní statická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*

(10. revize) [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky v Praze, 2009. [cit. 03.06.2011]. Dostupné z WWW: <<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>>

JANEČKOVÁ, P., *Psychosociální aspekty tyreopatie* [online]. Dizertační práce, MASARYKOVA UNIVERZITA Fakulta sociálních studií Katedra psychologie., Brno, 2008 . [cit. 08.07.2011] Dostupné z WWW:

< [http://is.muni.cz/th/97585/fss\\_d/Disertacni\\_prace.pdf](http://is.muni.cz/th/97585/fss_d/Disertacni_prace.pdf)>

KALINA, Kamil. Léčba drogově závislých. *Sborník „Drogy ze všech stran II “* [online]. Praha: institut Filia, 2000 [cit. 06.05.2011]. Dostupné z WWW: <http://old.lf3.cuni.cz/drogy/articles/lecba.html>

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Spiritualita a religioznost pacienta* [online].2009.

[cit. 12.06.2011], dostupné z WWW: <<http://jaro.krivohlavy.cz/node/90>>



MRAVČÍK, Viktor et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v r. 2009* [online]. Úřad vlády České republiky, 2010.[cit.12.05.2011]  
.Dostupné z WWW: [http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/vyrocní\\_zpravy/vyrocní\\_zprava\\_o\\_stavu\\_ve\\_vecech\\_drog\\_v\\_cr\\_v\\_r\\_2009](http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/vyrocní_zpravy/vyrocní_zprava_o_stavu_ve_vecech_drog_v_cr_v_r_2009)

MRAVČÍK, Viktor et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v r. 2006* [online]. Úřad vlády České republiky, 2007.[cit.12.05.2011]. Dostupné z WWW: [http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/vyrocní\\_zpravy/vyrocní\\_zprava\\_o\\_stavu\\_ve\\_vecech\\_drog\\_v\\_cr\\_v\\_roce\\_2006](http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/vyrocní_zpravy/vyrocní_zprava_o_stavu_ve_vecech_drog_v_cr_v_roce_2006)

STRÍŽENEC, Martin. *Spiritualita a jej zisťovanie* [online]. 2005. [cit. 01.07.2011], dostupné z WWW: < <http://www.saske.sk/cas/archiv/1-2005/strizenec.html> >

**Přílohy:**

- I. Průvodní dopis
- II. Přepis znění dotazníku

## Příloha I

### Průvodní dopis

Dobrý den,

jmenuji se Lenka Smejkalová a studuji sociální práci na Filozofické fakultě Karlovy univerzity v Praze.

Chtěla bych Vás tímto požádat o spolupráci při výzkumu, který je součástí mé bakalářské práce na téma „Porovnání principů a podob terapeutických komunit pro závislé na návykových látkách v České republice“.

Cílem mé práce je zjištění a popis rozdílů v podobách terapeutických komunit. Do výzkumu jsou zahrnuty komunity na území České republiky, jejichž cílovou skupinou jsou osoby závislé na návykových látkách.

Vaše komunita by byla v případě spolupráce v dotazníku uvedena pod kódem. Jméno komunity, které bude pod konkrétním kódem nebude známo ostatním účastníkům výzkumu ani hodnotitelům mé práce. Závěry dotazníkového šetření Vám mohu zaslat elektronickou poštou.

V případě zájmu, prosím, vyplňte on-line dotazník (viz. odkaz níže) do 21.7.2011 nebo mne kontaktujte na e-mailové adrese lenkasmejkalova84@seznam.cz.

Odkaz na on-line dotazník:

<https://spreadsheets.google.com/spreadsheet/formResponse?formkey=dHVsz19iTUpuYm5Yb0R5UEpwZ09sbnc6MQ&theme=0AX42CRMsmRFbUy0xMGZlZDFhYS1kNWZILtQ2YjQtYjMzZi0xNjZlMzYyNDViMDY&ptok=666437940947107455&ifq>

Velice Vám děkuji za Váš čas a ochotu.

Lenka Smejkalová, DiS.

## Příloha II.

### Přepis znění dotazníku

Dobrý den. Ráda bych Vás požádala o vyplnění následujícího dotazníku pro mou bakalářskou práci mapující činnost terapeutických komunit v ČR. Dotazník Vám nezabere více než 15 minut. Děkuji.

Otázka č. 1 (*povinná*) – Uveďte, prosím, celý název Vaší komunity

Otázka č. 2. – Kdo je zřizovatelem komunity

- občanské sdružení
- obecně prospěšná společnost
- církev
- jiné .....

Otázka č. 3. – Je komunita určena pro muže i pro ženy ?

- pouze pro ženy
- pouze pro muže
- pro ženy i pro muže

Otázka č. 4. – Pro koho je komunita primárně určena ?

- pouze pro osoby závislé (nebo ohrožené závislostí) na nelegálních návykových látkách
- pouze pro osoby závislé (nebo ohrožené závislostí) na alkoholu
- pro osoby závislé na návykových látkách i pro osoby závislé na alkoholu

Otázka č. 5. – Mohou být do léčby přijaty osoby, které jsou v partnerském vztahu?

- ano
- ne

Otázka č. 6. – Jaké jsou kontraindikace k přijetí do léčby?

Otázka č. 7. – Je léčba rozdělena do jednotlivých fází, které se od sebe liší mírou odpovědnosti svěřené klientovi?

- ano
- ne

Otázka č. 8. – Kdo rozhoduje o postupu klienta do další fáze léčby?

- zaměstnanci komunity
- klienti
- zaměstnanci komunity i klienti
- jiné .....

Otázka č. 9. – Čím je podle Vás Vaše komunita specifická?

Otázka č. 10. – Jaká jsou klíčová pravidla, která by neměl klient během léčby porušit?

Otázka č. 11. – Kdo rozhoduje o tom, že bylo porušeno pravidlo?

- zaměstnanci komunity
- klienti
- zaměstnanci komunity i klienti
- jiné .....

Otázka č. 12. – Je součástí léčebného programu skupinová psychoterapie?

- ano
- ne

Otázka č. 13. – Jakou kvalifikaci pro vedení skupinové psychoterapie má osoba, která ji vede?

- psychoterapeutický výcvik (alespoň dvouletý)
- odborné vzdělání (VOŠ, VŠ v oblastech psychologie, sociální práce, sociální pedagogiky apod.)
- psychoterapeutický výcvik a odborné vzdělání, jiné (jaké)

Otázka č. 14. – Kolik hodin týdně je věnováno skupinové psychoterapii?

Otázka č. 15. – Je při práci s klientem využíván individuální plán v písemné podobě?

- ano
- ne

Otázka č. 16. – Má klient během pobytu v komunitě svého klíčového pracovníka?

- ano
- ne

Otázka č. 17. – Umožňuje Vaše komunita spolupráci s rodinnými příslušníky?

- ano
- ne

Otázka č. 18. – Jak zohledňuje léčebný program spiritualitu klienta?

- nezohledňuje ji, spiritualita je čistě osobní záležitost klienta
- spiritualita je zapojována do léčebného programu jen z vlastního podnětu některých klientů
- léčebný program spiritualitu klienta zahrnuje na úrovni práce s tématem životního smyslu
- náboženská víra je pevnou součástí léčby každého klienta
- jiné

Otázka č. 19. – Spolupracuje komunita s nějakou církví?

- ano
- ne

Otázka č. 20. - Jakou formou se v komunitě pracuje se spiritualitou klienta?

Otázka č. 21. – V čem podle Vás pomáhá klientům zohlednění spirituálního aspektu v léčbě?

Otázka č. 22. – Kdo z níže uvedených pracovníků je v týmu komunity?  
(Lze označit i více možností)

- psycholog
- psychoterapeut
- sociální pracovník
- duchovní
- bývalý uživatel
- pracovní terapeut
- lékař
- jiné.....

Otázka č. 23. – Pokud je členem týmu komunity bývalý uživatel (ex-user), jakou činnost v rámci komunity vykonává?

Otázka č. 24. – Mají pracovníci komunity pravidelné supervize?

- ano
- ne

Otázka č. 25. – Supervize pracovníkům komunity zajišťuje:

- externí supervizor se supervizním výcvikem nebo jinou odbornou přípravou
- supervizor se supervizním výcvikem nebo jinou odbornou přípravou, který je zároveň členem týmu
- jiné .....

Otázka č. 26. – Umožňuje komunita studentské či odborné stáže?

- ano
- ne

Otázka č. 27. – Jaká je Vaše pozice v komunitě?

Děkuji Vám za účast v mém výzkumu a přeji mnoho pracovních úspěchů.