

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie - prezenční forma



Anna Radimecká

Práce s rodinou v terapeutické komunitě WHITE LIGHT I: Co potřebují rodinní příslušníci klientů vědět o léčbě závislosti?

Work with family in therapeutic community WHITE LIGHT I: What do clients' family members need to know about the treatment of addiction?

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PaedDr. Martina Richterová-Těmínová

Praha, 2017

Prohlášení:

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

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

V Praze, 25.4.2017

Anna Radimecká

Podpis:

Poděkování:

Děkuji PaedDr. Martině Richterové-Těmínové za odborné vedení mé práce a cenné rady pro její sepsání. Děkuji terapeutickému týmu terapeutické komunity WHITE LIGHT I za umožnění realizace výzkumu v této komunitě a pomoc při jeho provádění. Dále děkuji rodinným příslušníkům klientů této komunity, kteří byli ochotní se mého výzkumu účastnit. Velký dík také patří mé rodině a přátelům za bezmeznou podporu při psaní této práce i po celou dobu studia.

Identifikační záznam:

RADIMECKÁ, Anna. *Práce s rodinou v terapeutické komunitě WHITE LIGHT I: Co potřebují rodinní příslušníci klientů vědět o léčbě závislosti?*. [Work with family in therapeutic community WHITE LIGHT I: What do clients' family members need to know about the treatment of addiction?]. Praha, 2017. 54 stran, 1 příloha, 2 tabulky. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova. 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK. Vedoucí práce PaedDr. Martina Richterová-Těmínová.

Abstrakt

Výhodiska: Pobytová léčba v TK probíhá v „uzavřeném světě“, kde jsou používána pravidla, struktura a požadavky na klienty, které mohou být pro člověka z „venku“ nesrozumitelné nebo matoucí. Rodiče nebo příbuzní klientů mohou proto v souvislosti s léčbou prožívat různé obavy, potýkat se s nejasnostmi, ale mohou žít i v zajetí různých mýtů a polopравd o závislostech a procesu léčby osob se závislostmi.

Cíl: Cílem výzkumu je zmapovat témata a otázky týkající se procesu léčby závislosti v terapeutické komunitě, které rodiče a další blízké osoby klientů během léčby nejčastěji řeší. Kromě toho také zjišťuji informovanost rodinných příslušníků o léčbě a srozumitelnost procesu léčby v terapeutické komunitě.

Metody: Pro výzkum byl použit kvalitativní přístup formou ohniskových skupin a polostrukturovaných interview s rodinnými příslušníky klientů TK WHITE LIGHT I. Další metodou získání dat bylo zúčastněné pozorování.

Pro zvýšení validity a reliability byla získaná data triangulována..

Sběr dat probíhal v období 11/2016-03/2017 během rodičovských víkendů v TK WL I. Pro analýzu dat byla použita metoda vytváření trsů. Výzkumný soubor tvořilo 22 respondentů.

Výsledky: Z analýzy dat vyplynulo sedm hlavních témat, kterými se respondenti v průběhu léčby nejčastěji zabývali. Těmito jsou témata: budoucnost, návrat domů, následná péče, průběh léčby/zvládání abstinence, komunikace mezi rodinou a klientem, užívání návykových látek v přítomnosti klienta a sociální práce s klienty. Většina rodičů je o léčbě dobře informovaná. Nesrozumitelný v léčbě se zdá pro některé být celý proces léčby, dalšími zmiňovanými tématy byly fáze, funkce ve skupině a pravidla.

Závěry: Témata, která z analýzy vyplynula byla respondenty zmiňována nejčastěji. Hlavní doporučení, které mi z prezentovaných zjištění vyplývá, je, že by TK WHITE LIGHT I mohla zvážit, zda identifikovaná témata pro rodinné příslušníky klientů nezpracovat písemnou formou a nepřístupnit je např. na webu. Odpovědi na otázky, které rodinní příslušníci nebo další blízké osoby klientů TK řeší, by bylo vhodné zpracovat pokud možno jednoduchou a srozumitelnou formou. Poznatky z výzkumu mohou sloužit jako zpětná vazba pro terapeutický tým TK WHITE LIGHT I, podle níž mohou práci s rodinnými příslušníky přizpůsobit.

Klíčové pojmy: terapeutická komunita- rodinná terapie- léčba závislostí- rodiče- klienti

Abstract

Background: Residential treatment in therapeutic community takes place in an "enclosed world" where rules, structure and requirements for clients are used, which can be incomprehensible or confusing for the "outside" person. As a result, parents or relatives of clients may experience different concerns about the treatment, confront ambiguities, but may also be in captivity of various myths and half-truths about addictions and the treatment of dependents.

Aim: The aim of the research is to map out topics and issues related to the treatment of addiction in therapeutic community, which parents and other close persons of clients usually deal with during the treatment. In addition, I try to find out awareness of family members and comprehensibility of the treatment process in TC.

Methods:

For the research, a qualitative approach was used in the form of focus groups and semi-structured interviews with family members of TC WHITE LIGHT I clients. Data collection took place during 11 / 2016-03 / 2017 during parental weekends in TC WL I. For the data analysis, the method of clustering was used.

Results: Data analysis revealed seven main topics that respondents most frequently addressed during treatment. These include: the future, returning back home, after-care, course of treatment / abstinence management, communication between the client and the family, substance abuse in the presence of the client and social work with clients. Most parents are well informed about the treatment. Incomprehensible in treatment seems to be the whole treatment process for some, the other topics mentioned were phases, group functions and rules.

Conclusion: The topics that emerged from the analysis were mentioned most frequently. The main recommendation that emerges from the presented findings is that TC WHITE LIGHT I could consider to write the topics down and publicate them for example on the web. Answers to questions that clients' family members or other close relatives can handle should be processed as simple and comprehensible as possible. Research findings can serve as a feedback to TC WHITE LIGHT I, to improve the work with family.

Key words: therapeutic community-family therapy- addiction treatment- parents-clients

Obsah:

| | |
|--|-----------|
| Teoretická část | 8 |
| 1 Úvod..... | 8 |
| 2 Rodinná terapie a práce s rodinou v léčbě závislosti | 10 |
| 2.1 Rodinná terapie..... | 10 |
| 2.2 Východiska pro práci s rodinou v léčbě závislosti..... | 11 |
| 2.3 Přístupy rodinné terapie používané v léčbě závislosti | 12 |
| 2.4 Využívání rodinné terapie v léčbě závislosti..... | 14 |
| 3 Terapeutická komunita | 17 |
| 3.1 Definice Terapeutické komunity..... | 17 |
| 3.2 Terapeutické komunity v ČR..... | 17 |
| 3.3 Práce s rodinou v terapeutických komunitách..... | 18 |
| 3.3.1 Vývoj přístupu k rodině v terapeutických komunitách..... | 18 |
| 3.3.2 Práce s rodinou v českých terapeutických komunitách..... | 19 |
| 3.4 Terapeutická komunita WHITE LIGHT I | 21 |
| 3.4.1 Historie TK WL 1 | 21 |
| 3.4.2 Cíle TK WL1 | 21 |
| 3.4.3 Pravidla TK WL I | 22 |
| 3.4.4 Fáze léčby v TK WL I..... | 23 |
| 3.4.5 Zapojení rodinných příslušníků do léčby v TK WL 1 | 24 |
| Praktická část | 29 |
| 4 Cíl a design výzkumu | 29 |
| 4.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky..... | 29 |
| 4.2 Design výzkumu | 30 |
| 5 Metodika výzkumu | 31 |
| 5.1 Zdroje dat a metody jejich získávání..... | 31 |
| 5.1.1 Ohniskové skupiny..... | 31 |
| 5.1.2 Polostrukturovaná interview | 31 |
| 5.1.3 Zúčastněné pozorování | 32 |
| 5.1.4 Odborná literatura | 32 |
| 5.2 Metody fixace dat..... | 32 |
| 5.3 Metody analýzy dat | 32 |
| 5.4 Triangulace dat..... | 33 |
| 5.5 Výzkumný soubor | 33 |
| 5.6 Etické aspekty | 33 |
| 5.7 Role výzkumníka..... | 34 |
| 6 Interpretace výsledků | 35 |
| 6.1 Jaká témata v souvislosti s léčbou závislosti v TK rodinní příslušníci klientů nejčastěji řeší? | 35 |
| 6.2 Jsou o léčbě a jejím průběhu rodinní příslušníci klientů od pracovníků TK dostatečně informováni?..... | 42 |
| 6.3 Jaká témata v procesu léčby v TK jsou pro rodiče nejméně srozumitelná?..... | 44 |
| 7 Diskuse | 47 |
| 8 Závěry a doporučení | 50 |
| 9 Použitá literatura..... | 51 |

Seznam zkratek:

A.N.O. – Asociace nestátních organizací

ČR – Česká republika

RVKPP - Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky

TK - Terapeutická komunita (i v množném čísle)

Teoretická část

„Zapojení rodiny do léčby změnilo atmosféru a vzhled celé komunity. Rodiny přinesly do komunity více jemnosti, flexibility a tolerance.“

Kaarina Peltonen

1 Úvod

O účinnosti zapojování blízkých osob do procesu léčby závislostí bylo publikováno mnoho výzkumů. Ty opakovaně prokázaly, že se prací s rodinou zvyšuje úspěšnost léčby klienta. Zapojení rodinných příslušníků do procesu léčby v terapeutických komunitách (dále TK) je však výhodné nejen pro klienta, ale i pro jeho rodinu.

Vývoj přístupu k rodině v TK se v průběhu let vyvíjel, od přístupu, kdy byla rodina vnímána jako negativní činitel až po dnešní přístup, kdy je zapojení rodiny do procesu léčby vnímáno jako důležitá složka programu a někdy je i podmínkou pro vstup a/nebo pro udržení klienta do programu. Přesto ještě v dnešní době není zapojení rodiny do programu TK běžné ve všech zemích. Časté také bývá, že služba pracuje s rodinou pouze okrajově, na bázi informační a zaměřuje se převážně na klienta. Přitom právě TK, jakožto program střednědobé nebo dlouhodobé léčby, nabízí nejvíce prostoru pro práci s rodinou.

České TK jsou svým přístupem k rodině ve srovnání s TK jinde ve světě velmi specifické. Práce s rodinou je dnes nedílnou součástí programu většiny českých TK. Pobytová léčba v TK však probíhá v „uzavřeném světě“, kde jsou používána pravidla, struktura a požadavky na klienty (např. fáze léčby, otevřenost v komunikaci, vyjadřování emocí), které mohou být pro člověka z „venku“ nesrozumitelné nebo matoucí. Rodiče nebo příbuzní klientů mohou proto v souvislosti s léčbou prožívat různé obavy, potýkat se s nejasnostmi, ale mohou žít i v zajetí různých mýtů a polopравd o závislostech a procesu léčby osob se závislostmi. Tato témata se mohou často objevovat během rodičovských skupin a rodinných sezení v TK. Někteří rodiče se však bojí nebo stydí terapeutů na některá z témat zeptat.

Cílem této práce je zmapovat právě tato témata, která souvisí s procesem léčby v TK a rodiče je s terapeuty nejčastěji řeší. Kromě tohoto hlavního cíle ještě zjišťuji, zda rodičům nějaké informace chybí a pokud ano, jaký to má důvod.

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí, teoretické a praktické. V teoretické části se zaměřuji na rodinnou terapii a práci s rodinou a jejich použití v léčbě závislostí. V další části pak definuji terapeutickou komunitu a popisuji práci s rodinou v TK a představuji TK WHITE LIGHT I, ve které probíhal výzkum pro tuto práci a především se pak zaměřuji na model práce s rodinnými příslušníky v této TK.

V praktické části práce se věnuji vlastnímu výzkumu, který jsem realizovala mezi rodiči a dalšími blízkými osobami klientů terapeutické komunity WHITE LIGHT I.

Data jsem sbírala během dvou rodičovských víkendů v TK WHITE LIGHT I, v období 11/2016-03/2017. Pro svůj výzkum jsem použila kvalitativní přístup a data jsem získávala formou ohniskových skupin a polostrukturovaných interview s rodinnými příslušníky klientů.

Téma této práce jsem zvolila z toho důvodu, že jsem od dětství s rodiči jezdila do TK WHITE LIGHT I a zúčastňovala jsem se i rodičovských víkendů. Poté co jsem nastoupila na adiktologii jsem se začala terapeutickými komunitami více zabývat a zajímalo mě co je vlastně obsahem setkání na rodičovských víkendech.

2 Rodinná terapie a práce s rodinou v léčbě závislostí

2. 1 Rodinná terapie

Podle Matsumota (2009) je rodinná terapie jakákoliv forma psychoterapie, která se zaměřuje na rodinu jako jednotku terapie. Rodinná terapie se soustředí na vzorce komunikace a vztahů v rodině jako cíle terapie. RT se zrodila z práce Alfreda Adlera¹ a od té doby byla převzata mnoha teoretickými směry, jako byla například teorie objektivních vztahů² a nedirektivní terapie³. RT má mnoho metod a zaměření, jediným společným rysem je léčba rodiny jako celku, alespoň po určitou dobu.

Podle Kaliny (2001) idea rodinné terapie vychází z předpokladu, že pro změnu jedince, je nutné změnit i kontext, ve kterém žije. V průběhu terapie pak dochází ke změně ve fungování systému rodiny. Terapeut vytváří teorie o procesech, které probíhají uvnitř rodiny a tyto teorie ověřuje. V práci s rodinou hraje terapeut důležitou roli a jeho přístup musí být neutrální.

Rodinná terapie se začala vyvíjet v 50. letech 20. století ve snaze odpovědět na otázky a nedostatky individuální psychoterapie a psychoanalýzy. Na rozvoj rodinné terapie měl velký vliv systemický přístup. Ten vnímá rodinu, vztahy a problémy v ní jako jeden celek, ve kterém symptomatické chování jedince hraje roli ve fungování celku (Gjuričová et Kubička, 2009). Podle tohoto přístupu se rodinný systém skládá ze subsystémů a interaguje s dalšími systémy. Vzhledem k tomu, že se v rodinách uživatelů návykových látek často objevují patologické jevy, je rodinná terapie v léčbě závislostí indikovanou metodou (Kalina, 2001).

Frouzová a Kalina (2008) definují tři vývojová období rodinné terapie v léčbě závislostí podle přístupu, který profesionálové v oboru závislostí k rodině jedince se závislostí v minulosti zaujímal:

- Patologické chování rodinných členů – rodina byla vnímána jako zdroj symptomu, rizikové faktory vedoucí k závislosti byly proto hledány uvnitř rodiny, rodina byla viněna za minulost.
- Patologický rodinný závislostní systém – na rodinu bylo nahlíženo jako na systém, který udržuje závislost, rodina nese zodpovědnost za současnost.
- Využití síly rodinného systému k úzdavě – závislost se děje uvnitř rodinného systému, práce s rodinou může zásadně ovlivnit proces léčby jedince se závislostí, rodina je spoluodpovědná za budoucnost.

¹ Alfred Adler- rakouský lékař a psycholog, zakladatel individuální psychologie

² Teorie objektivních vztahů – psychoanalytický přístup, self je formováno ve vztahu k ostatním v okolí dítěte

³ Nedirektivní terapie – jeden z proudů humanistické psychoterapie, zakladatel C. R. Rogers, dnes známá pod názvem Rogeriánská, psychoterapie orientovaná na klienta

Podobný vývoj přístupu k rodině prodělaly i terapeutické komunity. Ze začátku bylo na rodinu nahlíženo jako na patologického činitele, v pozdějším vývoji se ukázalo, že zapojení rodiny do procesu léčby je nejen výhodné a velmi účinné, ale často i nezbytné⁴ (Kooyman, 2004). Na změnu přístupu k rodině v terapeutických komunitách měl vliv právě i vývoj rodinné terapie (Kalina, 2008).

2. 2 Východiska pro práci s rodinou v léčbě závislosti

Výskyt užívání drog v rodině může být velkým zásahem do rodinného systému.

Podle Copella et al. (Cit. in Butler et Bauld, 2005) bylo odhadnuto, že každý problémový uživatel drog nepříznivě ovlivní alespoň dva členy jeho rodiny. Podle Miller (2005) může rodina hrát důležitou roli jak ve fázi aktivního užívání, tak v procesu uzdravy jejího závislého člena. McIntyre (Cit. in Miller, 2005) uvádí dvě možné funkce užívání drog v rodinném systému. V prvním případě je užívání primárním problémem a způsobuje problémy uvnitř rodiny. V druhém případě je užívání drog symptomem chybějících dovedností rodiny nebo potřeb rodiny či jejího člena, které nebyly dlouhodobě uspokojovány.

Zjištění rodiny o užívání drog jedním z jejích členů je pro rodinu zpravidla velkým šokem. Členové rodiny mohou prožívat pocity hněvu, smutku, zmatku a osamění (Barnardová, 2011). Dle Simse (Cit. in Butler et Bauld, 2005) si také mohou připadat nepřipravení a neinformovaní o problematice drog a závislosti. Rodiny závislých v těchto situacích potřebují podporu, aby se se vzniklou složitou situací vyrovnaly.

V rodině osob se závislostmi se často vyskytuje řada patologií (Kalina, 2001). Závislost bývá spojována s hyperprotektivitou jednoho z rodičů, s citovou deprivací - nepřítomností druhého rodiče, s ranou separací nebo s využíváním závislosti jako zástupného problému za ten ve vztazích mezi některými členy rodiny, např. rodiči (Hajný, 2015).

Pokud se pracuje pouze se závislým a jeho rodina je z léčby vynechána, může po návratu z léčby dojít ke zhoršení výsledků, jichž ve své léčbě dosáhl či dokonce k relapsu nebo recidivě (Kooyman, 2004). Bylo také prokázáno, že pokud jeden člen rodiny drogy užívá, může dojít k převzetí vzorce jeho závislostního chování dalším členem. To platí i u dětí uživatelů drog, které často citově strádají a kromě užívání drog čelí celé řadě dalších negativních následků (Barnardová, 2011).

Výzkumy i praxe ukazují, že zapojením rodiny do procesu léčby se značně zvyšuje její úspěšnost (Barnardová, 2011; Kaufman, 2004) Práce s rodinou klienta je výhodná nejen pro klienta, ale značné benefity přináší právě i jeho rodinným příslušníkům (Radimecký, 2008). Podle Radimecké a Radimeckého (2001) se i přes prokázanou účinnost zapojení rodiny rodinným příslušníkům uživatele návykových látek často nedostává podpory, kterou potřebují. Rodiny jsou při plánování a poskytování služeb často přehlíženy a tak pro ně může být složité najít službu, která by uspokojila jejich potřeby (Bauld et Butler, 2005). Právě proto je pro efektivní práci s rodinou velmi

⁴ Viz. kapitola 3.4.1

důležité průběžně mapovat jejich potřeby a práci těmto potřebám přizpůsobovat (Radimecká et Radimecký, 2001).

2. 3 Přístupy rodinné terapie používané v léčbě závislosti

National Institute for Drug Abuse (2014) uvádí 5 přístupů rodinné terapie, které se podle výzkumů jeví v procesu léčby osob se závislostmi jako efektivní:

Krátká strategická rodinná terapie

Tento přístup je založen na principu rodinných systémů, ve kterém problémové chování jednoho člena rodiny pramení z nezdravých interakcí v rodině. Terapeut si buduje vztah se všemi členy rodiny, pozoruje jak se k sobě členové rodiny navzájem chovají a asistuje rodině při změně nezdravých interakčních vzorců.

Tento přístup může být přizpůsoben celé řadě situací v rodině a může být použit v různých prostředích a léčebných modalitách. Použití může být vhodné jak v ambulantní léčbě, tak v kombinaci s léčbou rezidenční nebo ve formě následné péče, která na rezidenční léčbu navazuje. Dle Kaufmana (2004) se tento přístup nedoporučuje využívat u dospělých klientů, vzhledem k tomu, že jeho účinnost nebyla zatím výzkumy dostatečně podložena.

Ač to není podloženo výzkumy, zdá se, že i u dospělých klientů a jejich rodinných příslušníků může být krátká rodinná terapie účinná. Radimecký (2008) ve svém výzkumu mezi rodiči TK WHITE LIGHT I zjistil, že rodinní příslušníci i klienti krátká rodinná sezení v rámci rodičovských víkendů oceňují a spatřují v něm řadu výhod.

Behaviorální rodinná terapie

Tento přístup kombinuje behaviorální kontraktování⁵ s teorií kontingenčního plánování⁶. Zaměřuje se nejen na užívání návykových látek, ale i na další rizikové chování. Klient a alespoň jeden z jeho rodičů se podílí na plánování léčby a vybírají konkrétní intervenci z nabídky možností. Terapeuti dodávají rodině odvalu k používání strategií naučených během sezení a uplatňování nových dovedností k vylepšení jejich domácího prostředí. Nastavují si cíle jako prevenci užívání návykových látek a snížení rizikového chování. Plnění cílů je hodnoceno a odměňováno na každém sezení. Behaviorální rodinná terapie má pozitivní výsledky jak u mladistvých, tak i u dospělých klientů.

Funkční rodinná terapie

Funkční rodinná terapie kombinuje pohled na fungování rodiny skrz rodinné systémy s behaviorálními technikami s cílem přispět ke zlepšení komunikace mezi členy

⁵ Behaviorální kontraktování (angl. behavioral contracting)- terapeutická technika, při které je uzavřena s klientem smlouva, jejíž cílem je omezit nežádoucí návyky nebo chování.

⁶ Kontingenční plánování (angl. Contingency management, CM)- technika behaviorální terapie, jedinci v terapii jsou odměňováni za pozitivní změny v chování.

rodiny, posílit jejich dovednosti potřebné pro řešení problémů a konfliktů a rodičovské dovednosti.

Hlavní strategie tohoto přístupu zahrnují:

- 1) zapojení rodiny do procesu léčby a zvýšení jejich motivace pro změnu
- 2) navozování změn chování členů rodiny použitím kontingenčního plánování, nácviku efektivní komunikace a řešení problémů, behaviorálními kontrakty a dalšími metodami.

Multidimenzionální rodinná terapie

Tento přístup byl vyvinut pro léčbu mladistvých klientů, u kterých je vysoké riziko poruch chování a kriminality. Cílem je podpořit schopnosti rodiny a spolupráci s dalšími systémy (školy, soudy pro mladistvé). Byl prokázán jako efektivní i u mladistvých užívajících návykové látky s vážnějšími problémy a může usnadnit začleňování mladistvých vězňů zpět do společnosti. Terapie je flexibilní. Podle Kaufmana (2004) se jedná spíše o terapeutický systém, nikoli o univerzální model, který by mohl být použit u všech klientů. Délka terapie, počet a frekvence sezení určuje prostředí, kde léčba probíhá, poskytovatel terapie a rodina.

Multisystemická rodinná terapie

MST je komplexní a intenzivní terapie, která byla prokázána jako účinná i u mladistvých, jejichž problémy s návykovými látkami jsou závažnějšího charakteru a u těch, kteří se dopouštějí trestné činnosti nebo násilného chování. V tomto přístupu je na užívání návykových látek nahlíženo z hlediska charakteristik mladistvého klienta a jeho rodiny, vrstevníků, školy a jeho okolí. Terapeut pracuje s rodinou jako celkem, ale rovněž se uskutečňují setkání zvláště pouze s rodiči a klientem.

Kaufman (2004) kromě těchto přístupů zmiňuje ještě behaviorální kontraktování, síťovou terapii, terapii zaměřenou na řešení, Stantonovy terapeutické metody a další. Většina rodinných terapeutů se však nadržuje pouze jednoho přístupu a používá v práci s rodinou různé techniky.

Podle Podmajerského a Prillingera (Cit. in Kalina, 2003) není až tak důležité jaký přístup rodinné terapie je zvolen, podstatné je spíše to, že se s rodinou pracuje. Podle Satirové (2007) je nejlepší přístup ten, který odpovídá dané situaci a terapeut by měl být schopný svůj postup dané situaci přizpůsobit. To dle mého názoru může pro rodinné terapeuty v oboru adiktologie představovat největší výzvu.

2.4 Využívání rodinné terapie v léčbě závislosti

Rodinná terapie není ústřední metodou používanou v léčbě závislosti, je však žádoucí její použití jako doplňkové služby při práci s klientem (Kalina, 2003). Přitom ne vždy se při práci s rodinou v léčbě závislosti musí jednat přímo o rodinnou terapii. Často se může jednat i o rodinné poradenství nebo skupiny pro blízké osoby závislého (Kalina, 2013). Formy práce s rodinami a míra jejich zapojení se v jednotlivých zařízeních liší. To se patrně odvíjí od odborné kvalifikace členů terapeutických týmů různých adiktologických služeb ve vztahu k rodinné terapii či rodinnému poradenství, ale i od zkušeností pracovníků s tímto přístupem. Dle Kaufmana (2004) má rodinná terapie v léčbě závislého dva hlavní cíle. Prvním cílem je využití silných stránek a prostředků rodiny k nalezení či vyvíjení způsobů, jak se naučit žít bez toho, aby některý z členů rodiny škodlivě užíval návykové látky. Druhým cílem pak je zmírnit dopady závislosti jak na klienta, tak na jeho rodinu.

Podle Čtrnácté (2015) je použití rodinné terapie vhodné zejména u dvou skupin klientů. První skupinou jsou adolescenti a mladí dospělí, kteří s návykovými látkami experimentují nebo jsou v počáteční fázi užívání. Důležitost zapojení rodiny u této skupiny uživatelů byla prokázána řadou výzkumů (Kooyman, 1993; Kaufman, 2004) a spočívá hlavně v tom, že adolescent buď přímo žije s rodinou, nebo se do ní po léčbě vrací a proto je nutné změnit fungování prostředí, do kterého se klient vrací (Matheson et Lukic, 2011). Druhou skupinou jsou pak uživatelé v léčbě a následné péči. Z mého výzkumu v TK WHITE LIGHT I vyplývá, že zapojování příslušníků má své místo i u klientů, kteří se svojí původní rodinou nežili již před léčbou ani se do rodiny vracet neplánují. I tak je pro ně důležité napravit narušené rodinné vztahy a do budoucna získat do budoucna od rodiny podporu, která je jedním z pozitivních faktorů v procesu údravy osob se závislostmi.

Zapojení rodiny do procesu léčby je vhodné ve všech složkách léčebné péče. Prvním místem kontaktu rodičů se službami bývají kontaktní a poradenská centra a ambulantní služby (Čtrnáctá, 2015). V tomto období se většinou nejedná o rodinnou terapii, ale spíše o informační nebo podpůrné psychologické poradenství. V některých menších městech, kde dosud nejsou ambulantní služby zřízeny, jsou kontaktní a poradenská centra nucena pokrývat poptávku po ambulantní léčbě, včetně poradenství rodinného i dlouhodobého.

Některé organizace mají ambulantní služby, které se specializují přímo na blízké osoby uživatelů návykových látek (Čtrnáctá, 2013). Dle Kaliny (2013) jsou ambulantní služby také nejčastějším prostředím využití rodinné terapie v oblasti duševního zdraví.

Největší prostor – zejména z časového hlediska – nabízí pro práci s rodinou dlouhodobé léčebné programy, zejména pak terapeutické komunity. V rezidenční léčbě může být zapojení rodiny do programu benefitem nejen pro rodinu a jejího závislého člena, ale i pro klienty, kteří podporu své rodiny v programu nemají (Peltonen, 2008). Naopak, krátká doba léčby – jež je v ČR typičtější zejména pro

psychiatrické léčebny či nemocnice - může být výrazným limitem pro práci s rodinou. Podle Kaufmana (2004) je však využití rodinných intervencí možné i v podmínkách krátkodobé ústavní léčby. Je však třeba tomuto limitu podmínky pro práci s rodinou přizpůsobit. Rodinná sezení v krátkodobé rezidenční léčbě by podle něj měly být delší a intenzivnější, aby byla práce s rodinou a jejím závislým členem efektivní.

V České republice má zapojování rodinných příslušníků do ústavní léčby bohatou tradici. Prvním, kdo se o práci s rodinou pokoušel, byl Doc. Jaroslav Skála v Apolináři. Dalšími institucemi, které se o zapojování rodinných příslušníků pokoušely, byly terapeutické komunity demokratické linie (Kalina, 2008).

Tyto instituce stály vzorem mnoha službám, které se snažily o zapojení rodinných příslušníků do svého programu. Vhodnou formou pomoci pro rodiče mohou být i svépomocné skupiny typu Al-Anon nebo Nar-Anon⁷, které jim mohou poskytnout důležitou podporu (Kaufman, 2004). Jejich efektivita však není výzkumy příliš prokázána a v českém prostředí nemají tyto skupiny zakořeněnou tradici (Radimecký, 2008). Limity podobných svépomocných skupin, jež úspěšně fungují zejména v anglo-americké kultuře, dokládá i v České republice poměrně málo rozšířené hnutí Anonymních alkoholiků.

V rámci služeb pro uživatele drog se lze setkat s řadou překážek, které práci s rodinou omezují či dokonce znemožňují. S těmito překážkami se lze setkat jak ze strany klienta, tak ze strany rodiny, ale i ze strany zařízení poskytujících služby (Matheson et Lukic, 2011).

Ze strany klienta se můžeme setkat s odmítáním zapojení rodiny do procesu léčby. Nicméně v průběhu léčby lze s tímto postojem klienta pracovat a snažit se ho motivovat k jeho změně. Pokud se to nepodaří, lze rodině doporučit vyhledání péče v jiném zařízení (Čtrnáctá, 2015).

Ze strany rodiny se můžeme setkat s celou řadou překážek. Některé rodiny si udržují své problémy uvnitř rodinné jednotky a nechtějí spolupracovat. V další situaci mohou vinit klienta za současný stav, ve kterém se rodina nachází a odmítají převzít zodpovědnost za vytvoření čeho?. Některé rodiny se bojí stigmatu spojeného s užíváním návykových látek a užívání v rodině před svým okolím tají (Matheson et Lukic, 2011). Výrazným problémem může být užívání návykových látek dalším členem rodiny nebo jiná závažná patologie v rodině (Hajný, 2015).

Problémem, zvláště v rezidenčních programech léčby, může být i velká vzdálenost zařízení od bydliště rodiny klienta (Kooyman, 2004). Podle Radimeckého (2007a) však lze tuto bariéru překonat efektivním využitím příležitostí, které se pro zapojování rodinných příslušníků v průběhu léčby nabízí. Jako nejdůležitější se přitom zdá být první dojem, jaký terapeutická komunita a její pracovníci na rodinné příslušníky – např. když doprovázejí svého člena při nástupu do léčby – udělají.

⁷ Al-Anon – sdružení příbuzných a přátel alkoholiků (www.alanon.cz), Nar-Anon – program pro rodiny a přátelé závislých (www.nar-anon.org)

Další bariéry mohou vytvářet i samotná zařízení poskytující služby uživatelům návykových látek. Některá zařízení se orientují jen na klienta, ne na jeho rodinné příslušníky (Yandoli, Mulleady & Robbins, 1990). Dle Orforda et al. (Cit. in Radimecký, 2007a) mohou někteří pracovníci adiktologických služeb považovat rodinu za negativního činitele a vyhýbat se jejímu zapojení. V jiných případech mohou mít obavy z nedostatečné znalosti problematiky práce s rodinou nebo z velkého personálního a finančního zatížení (Radimecký, 2007a).

3 Terapeutická komunita

3.1 Definice Terapeutické komunity

Dle Kratochvíla (1979, s.12) je terapeutická komunita „zvláštní formou intenzivní skupinové psychoterapie, kde klienti, většinou různého věku, pohlaví a vzdělání, spolu určitou dobu žijí a kromě skupinových sezení sdílejí další společný program další společný program s pracovní a jinou různorodou činností, což umožňuje, aby do tohoto malého modelu společnosti promítali problémy ze svého vlastního života, zejména vztahy k lidem. Komunita je terapeutická proto, že kromě uvedené projekce umožňuje též zpětné informace o maladaptivním chování, podněcuje získání náhledu na vlastní problémy a na vlastní podíl na vytváření těchto problémů, má umožnit korektivní zkušenost a podporuje nácvik vhodnějších adaptivnějších způsobů chování.“

Hlavním cílem TK podpořit osobní růst klientů, čehož lze dosáhnout změnou životního stylu a vzájemnou pomocí mezi členy komunity (Kooyman, 2004). Dle De Leona (2004) lze terapeutickou komunitu chápat jednak jako model, jednak jako metodu. Základním prvkem odlišujícím TK od jiných léčebných přístupů je záměrné využití společenství vrstevníků k usnadnění změny jednotlivce.

První TK byla založena v roce 1947 ve Skotsku britským psychiatrem Maxwellem Jonesem (Kalina, 2001). První TK pro drogově závislé byl pak Synanon založený v roce 1958 Charlesem Dederichem v USA (Nevšímal, 2004). Od té doby však terapeutické komunity prošly celou řadou změn, jak budu níže ilustrovat na jejich vývoji v České republice.

3.2 Terapeutické komunity v ČR

První služby s principy TK v ČR se zakládaly v rámci zdravotnických služeb. Asi historicky nejvýznamnějším zařízením byl Apolinář pod vedením Doc. Jaroslava Skály. Byly zde využívány hlavní prvky TK, přístup se však lišil přísnějším režimem s výraznou represivní složkou (Nevšímal, 2004). Za první klasickou TK se považuje TK v Lobči pro pacienty s neurózami, která byla založena v 50. letech 20. století Prof. Knoblochem.

Terapeutické komunity pro drogově závislé se v ČR začaly zakládat po roce 1990. První komunitou pro drogově závislé byla TK Němčice v jižních Čechách, která byla pro klienty otevřena v roce 1991 (Kalina, 2008). Podobu TK u nás formovaly zkušenosti jak z českých, tak zahraničních zařízení, prudký rozmach užívání nelegálních drog po změně režimu a jasně definovaná návaznost TK na služby péče jí předcházející (Nevšímal, 2004).

TK bývají součástí organizace, která nabízí i další složky péče, případně se může jednat o samostatná zařízení, která jsou provázaná s dalšími službami. TK v ČR jsou sociální služby, většinou provozované nestátními neziskovými organizacemi, případně se může jednat o samostatná oddělení lůžkového zdravotnického zařízení (Adameček, Richterová-Těmínová & Kalina, 2003). TK se řadí do služeb sekundární prevence, v užším rozdělení se jedná o služby vedoucí k abstinenci (Radimecký,

2007b), abstinence však nemusí být cílem, je však podmínkou pro setrvání v léčbě (Adameček et Radimecký, 2015). Délka programu se v rámci zařízení liší jedná se buď o střednědobou léčbu v trvání 6-8 měsíců nebo léčbu dlouhodobou, která trvá v rozmezí 9-15 měsíců (Radimecký, 2007b).

V současné době se dle oficiálních zdrojů v ČR nachází 17 TK pro klienty s různými závislostmi, z toho jich 10 má certifikát odborné způsobilosti (Mravčík et al., 2016). V roce 2000 byla pod Asociací nestátních organizací⁸ založena Sekce terapeutických komunit, která si klade za cíl rozvíjet spolupráci mezi členskými TK a přispívat ke zvyšování kvality tohoto typu léčebné modalit v České republice. Setkání sekce také slouží k výměně informací mezi zařízeními a ke společnému sbírání statistických údajů (Kuda, 2007). Sekce TK A.N.O. dlouhodobě sdružuje 14 zařízení (Mravčík et al., 2016). Jak už jsem zmínila, terapeutické komunity sehrály významnou roli při zapojování rodinných příslušníků do léčby klientů se závislostmi, jež lze v současné době považovat za standardní součást pobytové léčby nejen v terapeutických komunitách, ale i v psychiatrických léčebnách či nemocnicích v ČR. Jak se měnil přístup TK ve vztahu k zapojování rodinných příslušníků v Evropě a hlavně v ČR, stručně popisuji v další části práce.

3.3 Práce s rodinou v terapeutických komunitách

3.3.1 Vývoj přístupu k rodině v terapeutických komunitách

Efektivita zapojování rodinných příslušníků do procesu léčby v TK je již dnes dávno známá po celém světě, byla potvrzena řadou výzkumů a je dnes běžně v praxi využívána. Historicky se však přístup k rodině v léčbě v TK velmi měnil. V začátcích vývoje TK nebylo zapojování rodiny závislého do procesu léčby běžnou praktikou. Původní rodina byla často vnímána jako patogenní činitel, který má na jejího člena negativní vliv (Kooyman, 2004). Do prvních komunit klienti často přicházeli z výkonu trestu a značná část z nich nikdy nepoznala podpůrné rodinné prostředí. Komunita se tak stala jejich náhradní rodinou, která zastávala podpůrnou a výchovnou roli (Kalina, 2008).

Pokud klienti rodinu měli a neměli s ní přetřhané vazby, kontakt s ní jim byl v prvních měsících léčby znemožněn (Kooyman, 2004), což se v řadě komunit v různé míře praktikuje dodnes (Radimecký, 2007a).

Změna tohoto přístupu k rodině ze strany TK nastala v druhé polovině 60. let v USA. Týmy komunit si začaly uvědomovat, že klient se po ukončení léčby vrací k původní rodině a pokud se jí nedostane ze strany komunity žádná péče, může to vést ke zhoršení výsledků, jež klient se závislostí v léčbě dosáhl či dokonce relapsu nebo k recidivě (Kooyman, 2004). Vliv na změnu přístupu k rodinám měl i vývoj přístupu k rodině v rodinné terapii (Kalina, 2008).

V Evropě měla velký vliv na rozvoj práce s rodinou v TK nizozemská komunita Emiliehoeve. Byla prvním terapeutickým programem v Nizozemí, který do léčby

⁸ Asociace nestátních organizací (zkráceně A.N.O) je organizace sdružující 20 klíčových organizací zabývajících se prevencí a léčbou závislostí v ČR (www.asociace.org).

zapojil rodiče a později i další blízké osoby. S rodičovskými skupinami se zde začalo v první polovině 70. let 20. stol. Cílem těchto skupin bylo pracovat na změně rodiny v době, kdy na ní pracuje i jejich dítě v léčbě, přerušit izolaci rodiny od dítěte a zbavit je pocitů viny. Jedním z důvodů vytvoření rodičovské skupiny byla snaha snížit počet předčasných odchodů klientů z léčby (Kooyman, 2004).

V 80. letech 20. stol. se k tomu přístupu připojily také další holandské TK a podobné programy v této době vznikaly i v Irsku, Belgii a Itálii. V římském programu Centro Italiano di Solidarieta začali zapojovat rodinu klienta ještě před nástupem do TK, což se projevilo na extrémně nízkém počtu předčasných odchodů z léčby (Kooyman, 2004). Přitom dle dřívějších výzkumů byly rodinné vlivy často v pozadí předčasného odchodu z léčby a byly právě jedním z důvodů pro nezapojování rodinných příslušníků do procesu léčby v TK (Kalina, 2008). Z toho je zřejmé, že ač rodiny vliv na předčasný odchod z léčby mají, jejich vhodným zapojením se mu dá předejít.

Po zkušenosti z Emiliehoeve zařadil Kooyman v 90. letech 20. stol. mezi 15 terapeutických faktorů léčby v TK i „zlepšení vztahů s původní rodinou“. Napsal, že:

„Vztahy s rodiči a blízkými se za pomoci týmu mění od okamžiku prvního kontaktu po období separace v první fázi programu. V této době chodí rodiče do rodičovských skupin, které někdy začínají už před zahájením léčby. V terapeutických skupinách lze s rodiči vyřešit řadu nedokončených záležitostí, kde jsou rodiče zastoupeni symbolicky (prázdné židle, hraní rolí klienty či terapeuty)“ (Kooyman, 2004, s. 35-36).

Zároveň zdůraznil, že absence jednoho z terapeutických faktorů v léčbě snižuje její účinnost. Z toho lze odvodit, že pokud práce s rodinou v TK chybí, může to mít negativní důsledky jak pro klienta, tak i pro jeho rodinu. Vzhledem k tomu, že dalším z uvedených 15 terapeutických faktorů je i přístup „TK jako náhradní rodina“, Kooyman tak spojil dva původně protichůdné přístupy, čímž se zvýšila úspěšnost léčby (Kalina, 2008).

Dnes je práce s rodinou ústřední součástí programu terapeutických komunit v mnoha zemích, někde však stále ještě běžnou součástí není (Kooyman, 2004).

3.3.2 Práce s rodinou v českých terapeutických komunitách

České TK jsou svým přístupem k rodině klienta ve srovnání se zahraničními velmi specifické. Zapojení rodinných příslušníků a dalších blízkých osob do procesu léčby je dnes nedílnou součástí programu většiny českých TK (Radimecký, 2007a). I přesto že ne všechny komunity mají k dispozici rodinného terapeuta, s rodinou se pracuje vždy, kdy je k tomu příležitost (Adameček et al., 2003). To ostatně po TK požadují i Standardy odborné způsobilosti RVKPP (RVKPP, 2015).

Důvodů, proč jsou české komunity tímto tak specifické, můžeme najít hned několik. Jedním z nich je, že čeští klienti nastupující do TK bývají mladší než je tomu v jiných zemích (Radimecký, 2007). A jak potvrdila řada výzkumů, zapojení rodiny u mladistvých klientů je velmi důležité, vzhledem k tomu, že se do původní rodiny často vracejí (Kooyman, 2004) a kvůli své nezletilosti nemají možnost nastoupit do

pobytové následné péče⁹. Dalším vysvětlením může být čerpání TK ze zkušeností práce s rodinami v Apolináři a v psychoterapeutických TK demokratické linie (Kalina, 2008). Důvodem může být i velká míra horizontální otevřenosti českých TK (Radimecký, 2007a). V případě TK WHITE LIGHT I sehrál inspirativní roli několikaměsíční studijní pobyt jednoho z jejích zakladatelů ve švýcarské terapeutické komunitě Jugendheim Platanenhof v Oberuzwilu, která stavěla na systemickém přístupu a tudíž i na aktivním zapojování rodinných příslušníků do léčby mladistvých členů jejich rodin se závislostmi (WHITE LIGHT I, 2017).

Přestože je práce s rodinou běžná pro všechny české TK, formy práce s rodinami se v jednotlivých zařízeních liší. To může být jednak ovlivněno zaměřením programu na určitou specifickou skupinu, rozdílností potřeb klientů a rodičů, filosofií a délkou programu či ubytovací kapacitou zařízení. Spíše než formy práce s rodinou, je však podstatné to, že je práci s rodinami v TK věnován prostor, což zvyšuje efektivitu léčby klienta a zároveň to pomáhá i jeho rodině (Radimecký, 2007a; 2008).

Nejběžnější formou práce s rodinou v TK jsou rodičovské skupiny (Kalina, 2008). Ty většinou probíhají během návštěv v TK. Velkou výhodou těchto skupin je možnost výměny zkušeností s ostatními blízkými klientů a ujištění, že v této situaci nejsou sami. Pokud TK vlastní rodičovskou skupinu neprovozuje nebo se nachází daleko od bydliště rodičů, je rodičům doporučována skupina pro rodiče v blízkosti jejich bydliště, kam mohou docházet nezávisle na rodičovském programu v TK (Adameček et al., 2003).

Dle výsledků průzkumu mezi rodiči v TK WHITE LIGHT I, je práce s rodinou pouze formou rodičovských skupin nedostatečná a neuspokojuje potřeby rodinných příslušníků klientů (Radimecká et Radimecký, 2001). Některá zařízení také nabízí rodinným příslušníkům klientů několikadenní pobyt v TK, kde se účastní veškerého programu a absolvují rodinná sezení, popřípadě mají možnost si vzít skupinu na vztah se svým dítětem (Radimecký, 2007a). Další formou mohou být hromadná víkendová setkání rodičů, klientů a terapeutického týmu (Adameček et al., 2003). Jeden z prvních ucelených modelů práce s rodinami v TK představil v roce 2001 tým TK WHITE LIGHT I, kde kromě rodičovských skupin během návštěv a možnosti pobytu rodiče v TK, pořádají čtyřikrát ročně tzv. rodičovské víkendy¹⁰. Tento model se osvědčil jako velmi efektivní a jeho prvky dnes v různé míře využívají i další TK v ČR (Radimecký, 2007a).

⁹ Pobytová následná péče v ČR až od 18 let.

¹⁰ Viz. kapitola 3.5.5

3.4 Terapeutická komunita WHITE LIGHT I

Terapeutická komunita WHITE LIGHT I (dále TK WL I) je zařízení poskytující střednědobou pobytovou léčbu závislosti¹¹ v rozsahu 6-8 měsíců. Nachází se v obci Mukařov v Ústeckém kraji. Cílovou skupinou jsou osoby starší 15 let, u nichž byla diagnostikována závislost na užívání návykových látek nebo mají problémy s patologickým hráčstvím, ocitli se v „debaklové“ sociální situaci a nejsou schopni uzdravy ve svém přirozeném prostředí. Zájemci o léčbu musí před nástupem absolvovat detoxifikaci a související lékařská vyšetření ve specializovaném zdravotnickém zařízení.

TK nabízí bezpečné bezdrogové prostředí pro skupinu 15 klientů. Služby jsou poskytovány také rodinným příslušníkům a dalším blízkým osobám klientů. Specifický pro tuto komunitu je individuální, neodsuzující a netrestající přístup, příjemné prostředí a rodinná atmosféra a intenzivní zapojování blízkých osob do procesu léčby (WHITE LIGHT I, 2017).

3.4.1 Historie TK WL 1

TK WL I byla založena PhDr. Josefem Radimeckým Ph.D., MSc. a jeho kolegy v roce 1993, tehdy ještě pod názvem White Light. Nápad na založení komunity vznikl při stáži v terapeutické komunitě ve Švýcarsku v roce 1992. V této době ještě v ČR neexistovaly dotační programy pro financování těchto služeb, proto byla navázána spolupráce se švýcarskými úřady a komunita pracovala se švýcarskými klienty až do roku 1996. Komunita byla umístěna ve staré faře ve Verneřicích v Ústeckém kraji.

V roce 1996 se změnil model švýcarské protidrogové politiky, který mimo jiné omezil používaný přístup sociálního překořenění a tím zanikla i potřeba posílat švýcarské klienty na léčbu do zahraničí. Současně se změnila i situace ve financování služeb v ČR a v reakci na to byla založena terapeutická komunita pro české uživatele drog pod dnešním názvem WHITE LIGHT I. Provoz TK WL 1 byl zahájen 4. listopadu 1997 nástupem prvního klienta. Mezi tímto obdobím se rozpadl terapeutický tým a bylo nutné vybudovat a zaškolit nový. V roce 1998 se komunita přestěhovala do vlastního objektu ve vedlejší obci Mukařov, ve kterém sídlí dodnes. V roce 1999 byl zahájen ucelený model práce s rodinnými příslušníky klientů, téhož roku se uskutečnil první tzv. rodičovský víkend. K tomuto modelu terapeutický tým přikročil jednak s cílem zvýšit úspěšnost léčby klientů TK, jednak s cílem poskytnout terapeutickou podporu jejich rodinnými příslušníkům. Tento model se týmu osvědčil a nyní rodičovský víkend probíhá v TK WL 1 čtyřikrát ročně (WHITE LIGHT I, 2017).

3.4.2 Cíle TK WL1

Hlavním cílem práce s klienty v TK WL 1 je podpořit jejich osobnostní růst a přispět k dosažení celkové změny jejich chování ve vztahu kužívání drog. Toho je dosahováno prostřednictvím dílčích cílů, které se mohou lišit v závislosti na individuální situaci a potřebách klienta (WHITE LIGHT I, 2016).

¹¹ Střednědobá pobytová léčba- v TK v délce 6-8 měsíců, v ústavní léčbě 3-5 měsíců

Tyto dílčí cíle jsou:

- znovuobnovit jejich psychické a fyzické síly;
- osvojovat si základní sociální dovednosti, pracovní a hygienické návyky;
- učit se postupně přebírat odpovědnost za sebe i za své jednání;
- osvojovat si dovednosti řešit problémy a krizové situace;
- naučit se reálnému sebehodnocení a sebedůvěře;
- zlepšovat vztahy k druhým lidem i k sobě samým.

3.4.3 Pravidla TK WL I

Pravidla v TK by měla být jasná a srozumitelná a nemělo by jich být mnoho (Adameček et al., 2003). Jak zmiňuje Kooyman: „*Terapeutická komunita s příliš mnoha pravidly je mrtvá*“ (Kooyman, 2004, s 33). Nejdůležitější okruh pravidel se vyskytuje v každé komunitě a je nazýván pravidly základními¹².

Základní pravidla vycházejí ze zkušeností a tradice terapeutických komunit a jsou neměnná. Jejich porušení může vést k vyloučení klienta z TK. Porušení těchto pravidel je vždy posuzováno individuálně a diskutováno mezi členy terapeutického týmu i skupinou klientů. Vyloučení klienta je vždy nejkrajnější způsob řešení těchto situací. V případě vyloučení se terapeutický tým snaží zprostředkovat klientovi nástup do jiné TK v ČR. Hlavním smyslem těchto pravidel je snaha zabezpečit pro klienty bezpečné, podpůrné bezdrogové prostředí, které je předpokladem pro využití potenciálu skupinové práce s klienty. K dodržování těchto i dalších pravidel se klient zavazuje při přijímacím rituálu po nástupu do TK (WHITE LIGHT I, 2016).

Tato pravidla TK WL 1 jsou závazná jak pro klienty, tak i pro terapeutický tým a zní takto:

- Nebudu užívat ani manipulovat s drogami, léky či alkoholem a nebudu v jejich užívání podporovat ani ostatní klienty.
- Nebudu se dopouštět násilí v jakékoliv formě.
- Nebudu krást, lhát ani podvádět.

Další pravidla v TK WL1 často řazena mezi základní:

- Zdržím se navazování partnerských a/nebo sexuálních vztahů.
- Budu se zúčastňovat všech skupinových aktivit.
- Budu respektovat rozhodnutí skupiny a týmu.
- Budu aktivní při dosahování svých cílů v léčbě

Kromě těchto a dalších psaných pravidel, se v TK vyskytují také pravidla nepsaná. Ta často mívají větší váhu než pravidla oficiální. Některá mohou být pro fungování TK užitečná, jiná naopak mohou odporovat pravidlům základním a mít destruktivní

¹² V literatuře lze nalézt též pod pojmem kardinální (Kalina, 2008) nebo klíčová pravidla (Broža, 2007).

charakter. K nepsaným pravidlům lze také zčásti zařadit pravidla nevědomá, která si do komunity přináší každý z jejích členů (Broža, 2007).

3.4.4 Fáze léčby v TK WL I

Smyslem rozdělení léčby v TK do jednotlivých fází je strukturovat a zároveň podpořit proces změny jednotlivých klientů (Adameček, 2007). O přestup do další fáze si klient musí zažádat a žádost musí být zhodnocena a odhlasována celou skupinou a terapeutickým týmem. Úspěšný přestup potvrzuje posun klienta v léčbě a jeho součástí bývá přestupní rituál (Adameček et Radimecký, 2015).

Hlavními kritérii pro postupy ve fázích dle Adamečka (2007) jsou

- Čas strávený v programu
- Splnění všech povinností spojených s jednotlivými fázemi
- Zřetelné pokroky v osobním růstu

Členění a délka fází se v jednotlivých TK liší. Pravidlem však bývá rozdělení léčby do tří nebo čtyř fází. V TK WL I je pobyt členěn do čtyř fází, které se liší hlavně mírou odpovědnosti klienta.

Tab č. 1: Rozdělení léčby fází v TK WL I

| Fáze | 0. | 1. | 2. | 3. |
|------------|-------------|------------|------------|-------------|
| Název fáze | Rozhodovací | Adaptační | Nácviková | Odpoutávací |
| Délka | 1-4 týdny | 2-3 měsíce | 2-3 měsíce | 1-3 měsíce |

0. fáze - rozhodovací

Tato fáze trvá maximálně 1-4 týdny. Během této doby se klient rozhoduje zda hodlá v komunitě setrvat. První týden je tzv. „v hájení“, což znamená, že klient není sankcionován. V této fázi klienta programem provází starší sourozenec, který mu je určen při nástupu do komunity. Klientovi je zakázán kontakt s osobami vně komunity a má zákaz poslechu vlastní hudby. Klient nesmí sám opustit prostředí TK, pokud mu to neschválí skupina nebo terapeutický tým. V prvním týdnu není klient bodován, v dalších týdnech této fáze se boduje s pomocí staršího sourozence. Klient nemá hlasovací právo.

Klient se musí rozhodnout zda chce v TK zůstat a přestoupit do 1. fáze. Podmínkou přestupu je zvládnutí režimu TK, musí prezentovat svůj životní příběh na autobiografické skupině „Řeka života I“ a musí se připravit k obhajobě přestupu do 1. fáze na velké komunitě.

1. fáze- adaptační

První fáze trvá maximálně 2-3 měsíce od nástupu klienta do TK. V tomto období se klient učí zvládat režim, práci s deníkem, přijímat skupinové normy, učí se snášet kritiku od ostatních. Klient by měl přemýšlet o sobě, uvědomovat si své přednosti a

chyby a toho samého si všímat i u ostatních klientů. Minimálně 1x za 14 dní by se měl setkávat se svým osobním terapeutem nad terapeutickou smlouvou nebo individuálními tématy. Do dvou týdnů od vstupu do této fáze by měl klient navázat písemný kontakt s rodiči nebo jinými blízkými osobami.

Klient dostává základní zodpovědnosti ve skupině jako je „zvířeták“ nebo šéfkuchař a připravuje si dvě skupiny na témata, která si sám zvolí a klub nebo vzdělávání pro skupinu. V této fázi by měl klient absolvovat prvo výjezd domů.

2. fáze- nácviková

Tato fáze bývá zpravidla nejdelší částí pobytu v TK a trvá většinou 2-3 měsíce. Klient dostává ve skupině role s větší odpovědností a aktivně se spolupodílí na organizaci a řízení života komunity. Klient by si měl v této fázi budovat představu o své budoucnosti a získat náhled na svojí minulost, současnou situaci a svojí závislost. Klient častěji opouští komunitu a vyjíždí na víkendy domů- nejvýše 1x za 3 týdny. Klient v této fázi musí absolvovat životopisnou skupinu „Řeka života II“ a nejméně dvě dynamické skupiny na témata doporučená skupinou. Klienti dělají doprovod mladším klientům při cestách mimo komunitu a působí v roli staršího sourozence.

3. fáze - odpoutávací

V poslední fázi se klient postupně od komunity odpoutává. Tato fáze trvá 1-3 měsíce a její průběh je stanoven individuální terapeutickou smlouvou. Klienti si v tomto období mohou již najít zaměstnání mimo TK, stále se však zúčastňují některých částí programu a jsou zodpovědní za plánování některých skupinových aktivit. Klient by měl mít jasně formulovaný svůj postoj k předmětu své závislosti, být pozitivním vzorem pro mladší klienty ve skupině a předávat jim tradice TK. Před odchodem si klient nachází program následné péče a ve spolupráci s ním si hledá bydlení a zaměstnání. Klienti v této fázi již u sebe mohou mít mobilní telefon a většinou mají samostatný pokoj, pokud to kapacita TK umožňuje. Jezdí častěji na výjezdy, většinou tráví jeden týden v komunitě a jeden týden doma, pokud mu to situace umožňuje (WHITE LIGHT I, 2016).

3.4.5 Zapojení rodinných příslušníků do léčby v TK WL 1

Jak už bylo zmíněno v předchozí kapitole, tým TK WHITE LIGHT I představil jeden z prvních ucelených modelů práce s rodinami v TK v České republice. Zapojení blízkých osob do procesu léčby se během let stalo velmi důležitou a účinnou součástí programu komunity. Zapojení rodiny do programu není povinné, je však klientům i členům jejich rodin důrazně doporučováno. Terapeutický tým se snaží o co nejintenzivnější komunikaci a práci s rodinou.

Zde jsou vyjmenovány nejdůležitější formy práce s rodinami, které se v TK WL 1 používají (Radimecký, 2008):

- přítomnost rodičů při nástupu do TK a na přijímací rituálu, přítomnost rodičů při ukončovacím rituálu
- návštěvy- rodičovské skupiny, rodinná sezení
- pobyt rodičů v komunitě
- tripartitní smlouva
- rodičovské víkendy

Přijímací a ukončovací rituál

První setkání terapeutů a komunity s rodinou klienta probíhá při nástupu klienta do zařízení. Terapeut ve službě nejprve vede pohovor s klientem a rodiči, poté je svolána mimořádná skupina a probíhá první část přijímacího rituálu. Při tomto rituálu se klient a rodiče poprvé seznámí se skupinou.

Při ukončování léčby klienta je rovněž prováděn rituál a klient má možnost pozvat své blízké na slavnostní oběd a skupinu, kde rituál proběhne (WHITE LIGHT I, 2016).

Návštěvy

Jednou měsíčně se v TK konají návštěvní dny. V jejich rámci mají blízké osoby klientů možnost se zúčastnit rodičovské skupiny. Smyslem skupiny je informovat blízké o aktuálním dění v komunitě, o programu na další, nadcházející období a samozřejmě je zde vyhrazen i prostor pro diskusi nad problémy, které blízké osoby v souvislosti s léčbou klienta prožívají nebo řeší. Další možností jsou během návštěv individuální rodinná sezení. Ta nabízí prostor pro řešení vztahů a problémů v rodině, o kterých rodinní příslušníci nebo klienti nejsou schopni hovořit bez podpory terapeuta (WHITE LIGHT I, 2016).

Pobyt blízkých v TK

Rodiče/partneři klientů mají možnost absolvovat několikadenní pobyt v komunitě. Pobyt absolvují částečně v roli klienta, musí tedy dodržovat všechny části programu. Podmínkou je, že si během pobytu musí vzít skupinu na téma řešené mezi rodičem a klientem. Často se tohoto pobytu rodiče obávají. Ti, kteří však tento pobyt absolvovali si ho velmi chválí, vzhledem k tomu, že mohou zblízka poznat fungování komunity a vidět člena své rodiny v úplně nové roli (Radimecký, 2008). TK umožňuje pobyt i dětem svých klientů, jehož cílem je prohlubovat vzájemný vztah mezi klientem-rodičem a jeho dítětem či dětmi.

Tripartitní smlouva

Tzv. tripartitní smlouva je posledním krokem spolupráce s rodiči klientů. Jedná se o smlouvu mezi rodiči, klientem a komunitou. Klient zpracovává návrh smlouvy ještě před odchodem z programu TK WL 1. Smlouva obsahuje základní plán klienta po odchodu z léčby. Ujednání se týkají především základních pravidel soužití mezi

klientem a jeho rodinnými příslušníky, krizového plánu pro případ relapsu, hledání zaměstnání a bydlení, finančních otázek apod. Obsah je konzultován s rodiči a osobním terapeutem a podle toho případně obměněn nebo doplněn. Smlouva je všemi stranami podepsána (WHITE LIGHT I, 2016). Její plnění hodnotí klienti při opakovacím pobytu, případně při účasti již bývalého klienta a členů jeho rodiny na rodičovském víkendů, kam mohou přijet i po ukončené léčbě.

Rodičovské víkendy

Jednou z forem práce s rodinou v TK WL I jsou tzv. rodičovské víkendy. Rodičovské víkendy se konají čtyřikrát ročně v rekreačním zařízení mimo TK¹³ za účasti všech klientů, pokud možno všech rodičů, partnerek či partnerů, případně dětí a dalších blízkých klientů a obvykle celého terapeutického týmu. Často se víkendů zúčastňují i bývalí klienti TK s jejich rodinami.

Víkend probíhá formou intenzivní psychoterapie. Je dán přesně stanovený program, jehož součástí jsou oddělené rodičovské a klientské skupiny, společné skupiny a individuální práce s jednotlivými rodinami – sezení rodinné terapie. Dále je zde prostor pro volnočasové a sportovní aktivity, jejichž cílem je posílit atmosféru vzájemné důvěry a spolupráce mezi všemi účastníky a aktivní odpočinek od terapie (Radimecký, 2008).

Tab.č. 2: Program rodičovského víkendů (Radimecký, 2008, upraveno)

| Pátek | |
|---------------|--|
| Čas | Program |
| 17:00 | Sraz rodinných příslušníků v TK |
| 17:30 | Odjezd do rekreačního střediska |
| 18:30 | Večeře |
| 19:30-21:00 | Úvodní komunita |
| Sobota | |
| Čas | Program |
| 8:00 | Snídaně |
| 9:00-10:00 | Společná skupina |
| 10:30-12:00 | Oddělené skupiny, rodičovská/klientská |
| 12:30 | Oběd |
| 14:00-18:00 | Individuální rodinná sezení/Volno |
| 18:30 | Večeře |
| 19:30-21:00 | Večerní klub |
| Neděle | |
| Čas | Program |
| 8:00 | Snídaně |
| 9:00-10:30 | Společná skupina |
| 11:00-12:30 | Závěrečná společná komunita |
| 12:30 | Oběd |
| 14:00-18:00 | Odjezd do TK, možnost setrvat s dětmi v TK |

¹³ Kvůli nedostatečné kapacitě TK + jsou na neutrální půdě, kde klienti nemají „navrch“.

Průběh rodičovského víkendu

V této části vycházím z práce Radimecké a Radimeckého (2001) a Radimeckého (2008).

Rodičovský víkend začíná v pátek navečer úvodní komunitou. Ta si stanovuje několik cílů. Prvním cílem je vzájemné seznámení účastníků. Dalším cílem je zmapování očekávání účastníků, které pak terapeutický tým využívá jako vodítko při oddělených skupinách i individuální práci s rodinou. Dále je představen program víkendu a informace organizačního charakteru. Terapeuti se také snaží navodit atmosféru důvěry a spolupráce, hlavně u nových účastníků mohou panovat obavy ze společného víkendu, proto se je snaží pomocí her zahnat a účastníky uvolnit.

Sobotní den začíná společnou skupinou. Na skupině je představen program sobotního dne a vyhrazen prostor pro dotazy či připomínky k programu a organizačním záležitostem. Pokud během sobotního rána přijede ještě někdo nový, skupina se znovu představuje. Poté je vyhraněn prostor pro vnesení tématu do skupiny. S tématem může přijít kdokoliv z rodičů či klientů.

Sobotní dopoledne zahrnuje ještě jednu skupinu, tentokrát skupinu oddělenou. Část terapeutického týmu vede skupinu klientskou, druhá část pak skupinu rodičovskou. Témata či obsah skupin vychází především z očekávání a potřeb blízkých osob, respektive klientů. Vzhledem k tomu, že do programu nastupují stále noví klienti, a tím se mění i složení blízkých osob, témata skupin se většinou opakují. Témata jsou často podobná v obou oddělených skupinách, výstupy z nich však bývají různé. Proto jsou témata vnášena i do společných skupin, kde je téma konfrontováno v přítomnosti všech účastníků.

Sobotní odpoledne je věnováno individuálním rodinným sezením. Všechny rodiny absolvují sezení v rozsahu 45 minut, které je vedeno dvěma terapeuty (ve složení muž a žena), z nichž jeden je klientův osobní terapeut. Současně tak pracují tři až čtyři dvojice terapeutů, střídavě pod externí supervizi.

Sezení často předchází zpracování zadané samostatné přípravy všech členů rodiny. Řešení zpracovaného zadání slouží k zahájení sezení a otevření konkrétního problému, který se následně během sezení řeší. Na řešení problému je však většinou nutné navázat i v dalších sezeních, která se domlouvají individuálně (např. v průběhu měsíčních návštěv nebo v jiném termínu).

Odpolední blok nabízí kromě rodinných sezení také prostor pro společné trávení volného času. Toho rodiny využívají různě, v závislosti na jejich zájmech. Některé rodiny volno využijí ke sportovním aktivitám nebo výletům, jiné se věnují dalšímu rozebírání tématu z rodinného sezení.

V sobotu večer je na programu společný večerní klub. Tato součást programu slouží především k relaxaci po náročném sobotním dni. Večerní klub připravují klienti pro ostatní účastníky víkendu. Na programu bývá divadlo, různé scénky ze života komunity nebo společenské hry. Klubu se účastní všichni přítomní, včetně terapeutického týmu.

Poslední částí programu je společná závěrečná komunita, která slouží k reflexi a zhodnocení prožitého víkendu. Zúčastnění hodnotí co je na programu oslovilo, co jim chybělo, jak víkend naplnil jejich očekávání a s čím z víkendu odjíždějí. Tyto reflexe jsou důležitým zdrojem zpětné vazby nejen pro klienty a jejich rodinné příslušníky, ale také pro terapeuty, kteří pro ně program vytvářeli. Rodinní příslušníci ještě vyplňují zpětnovazebný dotazník. Komunita také slouží ke společnému rozloučení účastníků.

Toto byl výčet pouze nejčastějších způsobů práce s rodinou v TK WL 1. Intenzivnější spolupráce závisí na individuálních potřebách klienta a jeho rodiny. Rodiny mohou individuálně zažádat i o další rodinná sezení, kterých využívají např. když přivezou klienta z výjezdu do TK apod.

Praktická část

4 Cíl a design výzkumu

4.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem výzkumu je zmapovat témata a otázky týkající se procesu léčby závislosti v TK, které rodiče a ostatní blízké osoby klientů během léčby nejčastěji řeší. Kromě toho také zjišťuji informovanost rodičů o léčbě a srozumitelnost procesu léčby v TK pro ně.

Výzkumné otázky

Pro dosažení cíle práce, formuluji hlavní výzkumnou otázku:

1) Jaká témata v souvislosti s léčbou závislosti v TK rodinní příslušníci klientů nejčastěji řeší?

Kromě hlavní výzkumné otázky, jsem se zaměřila na zodpovězení dvou podotázek:

2) Jsou o léčbě a jejím průběhu rodinní příslušníci klientů pracovníky TK dostatečně informováni?

3) Jaká témata v procesu léčby v TK jsou pro rodiče nejméně srozumitelná?

První otázkou chci zjistit témata týkající se léčby závislostí v TK, která rodiče klientů nejčastěji řeší.

Druhou otázkou se pak zaměřuji na získání informací týkajících se léčby v TK. Jsou rodiče dobře informováni o léčbě? Pokud se jim zdá informovanost nedostatečná, souvisí to se špatnou komunikací mezi rodiči a klientem? Je důvodem špatné informovanosti strach ze směřování otázek rodičů směrem k terapeutům?

Třetí otázkou chci zjistit, zda rodinní příslušníci klientů narážejí v procesu léčby závislosti v TK na témata, která jsou pro ně nesrozumitelná. Vzhledem k tomu, že se při vstupu klienta do TK rodiče často setkávají s touto formou léčby poprvé, mohou jim některé části procesu léčby připadat nesrozumitelné.

4.2 Design výzkumu

Pro svůj výzkum jsem zvolila kvalitativní přístup, data jsem získávala formou ohniskových skupin a polostrukturovaných interview s rodiči a dalšími blízkými osobami klientů TK WHITE LIGHT I. Pro zvýšení validity a reliability získaných dat jsem tyto zvolené metody porovnávala také s poznatky z vlastního pozorování během rodičovských víkendů a odborné literatury.

„Kvalitativní přístup je v psychologických vědách přístupem využívajícím principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky. V jeho rámci cíleně pracujeme s reflexní povahou jakéhokoli psychologického zkoumání. Pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných psychologických fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativní metod.“ (Miovský, 2006, s. 18). Podle Brymana (2001) tento přístup při sběru a analýze dat upřednostňuje slova a jejich význam před kvantifikovatelnými daty.

Kvalitativní výzkum jsem zvolila z toho důvodu, že pro zodpovězení výzkumných otázek bylo potřeba zjistit subjektivní pohledy a názory respondentů, o něž mi šlo. Navíc, výhodou zvolení kvalitativního přístupu bylo, že pro výzkum stačil malý počet respondentů (Miovský, 2006).

5 Metodika výzkumu

5.1 Zdroje dat a metody jejich získávání

K získání výzkumných dat jsem využila tři metody. První metodou byly ohniskové skupiny, druhou zvolenou metodou pak byla polostrukturovaná interview. Rozhovory a ohniskové skupiny probíhaly v období 11/2016-03/2017 během dvou rodičovských víkendů v TK WHITE LIGHT I, kterých jsem se se souhlasem klientů, rodinných příslušníků a terapeutů zúčastnila. Díky tomu jsem mohla použít i další metodu používanou v kvalitativním výzkumu, kterou bylo vlastní zúčastněné pozorování (Bryman, 2001). Zdrojem dat pro teoretickou část práce byla odborná literatura vztahující se ke zkoumanému tématu.

5.1.1 Ohniskové skupiny

Ohniskové skupiny jsou metodou kvalitativního výzkumu, které jsou prováděny s větším počtem účastníků, obvykle se jedná alespoň o 3 respondenty (Miovský, 2006). Jsou charakteristické tím, že výzkumník se zaměřuje na diskusi a skupinovou interakci mezi účastníky, která během skupiny vzniká. Tím se liší od skupinového interview, které ač je také prováděno s více respondenty, se zaměřuje pouze na odpovědi jednotlivých respondentů ve skupině a skupinové interakci se vyhýbá (Bryman, 2001). Výzkumník v pozici moderátora skupiny určuje téma diskuse – tzv. ohnisko, které by mělo vycházet z cíle výzkumu a výzkumných otázek. U zaměření ohniska je také důležité, aby bylo ohraničené a srozumitelné pro všechny účastníky (Miovský, 2006).

Ohniskové skupiny pro tento výzkum probíhaly v rámci rodičovských skupin na rodičovských víkendech. Účastnili se jich všechny blízké osoby klientů přítomné na daném rodičovské víkendu. První skupiny se zúčastnilo 12 osob, druhé pak osob 10. Vzhledem k tomu, že se v období mezi rodičovskými víkendy proměnilo složení skupiny klientů, tím pádem i jejich rodinných příslušníků, každý z respondentů se zúčastnil pouze jedné ze skupin. Průměrná délka skupiny byla 1,5 hodiny.

5.1.2 Polostrukturovaná interview

Druhou zvolenou metodou byla polostrukturovaná interview tváří v tvář. Pro polostrukturované interview jsem si předem vytvořila seznam otázek a témat, kterými jsem se během rozhovorů chtěla zabývat. Tento seznam byl pro mě jakýmsi průvodcem interview a zároveň i pojistkou, která zaručovala, že žádné z důležitých témat neopomenou. Zároveň mi však tento typ interview umožnil se během interview doptávat i na otázky a témata, které z rozhovoru vyplynuly a nebyly součástí mnou předem připraveného seznamu (Bryman, 2001). Během interview jsem si průběžně ověřovala, zda jsem správně pochopila a interpretovala odpovědi respondenta, případně jsem si nechala odpověď respondentem upřesnit nebo vysvětlit (Miovský, 2006).

Hlavním důvodem zvolení polostrukturovaných interview jako druhé metody získání dat bylo, doplnit data získaná z ohniskových skupin a probrat vybraná témata více do

hloubky. Zároveň to pro respondenty představovalo větší svobodu vyjádření, kdy se mnou mohli mluvit i o tématech, o kterých na skupině mluvit nechtěli.

Délka interview byla 15-20 minut.

Témata ohniskových skupin i polostrukturovaných interview byla stejná a korespondovala s cílem práce a výzkumnými otázkami.

5.1.3 Zúčastněné pozorování

Během účasti na rodičovských víkendech jsem mohla sledovat interakce mezi jednotlivými členy (např. na společných skupinách) a naslouchat diskusi o tématech, která klienti a jejich rodinní příslušníci probírali. Z těchto částí programu jsem si také dělala poznámky, které mi sloužily jako další zdroj dat ke stanoveným výzkumným otázkám, ale i pro analýzu dat z ohniskových skupin a rozhovorů a jejich následnou interpretaci (Miovský, 2006).

5.1.4 Odborná literatura

Vstupní data vztahující se ke mnou zkoumanému tématu mi poskytla rešerše a analýza odborné literatury. Použitá literatura mi také sloužila jako vodítko a inspirace pro přípravu struktury ohniskových skupin a rozhovorů, stejně jako pro triangulaci dat při její následné interpretaci.

5.2 Metody fixace dat

Pro fixaci dat jsem použila dvě metody.

První metodou bylo nahrávání audiozáznamu na diktafon. Výhodou použití audiozáznamu pro fixaci dat bylo, že jsem si nemusela psát vše co se při rozhovoru řeklo, ale jen věci, které mi přišly podstatné (Miovský, 2006).

O možnost nahrávání rozhovorů jsem respondenty požádala, všichni zúčastnění s ním souhlasili. Audiozáznam jsem následně přepsala do textové podoby a po přepsání rozhovorů smazala. Na audiozáznam byl rovněž zachycen informovaný souhlas respondentů. Audiozáznam jsem měla k dispozici pouze já pro účely této práce, nebyl zpřístupněn třetím stranám.

Druhou metodou byl písemný záznam na záznamový arch. Výhodou záznamového archu bylo, že jsem před sebou během rozhovorů měla strukturu interview, které jsem se držela a mohla jsem tak probrat s respondenty všechna témata, která jsem probrat zamýšlela. Zároveň jsem psaním poznámek mohla doplnit poznatky, které audiozáznam zachytit nemohl (Miovský, 2006). Záznamové archy jsem po transkripci do elektronické podoby zničila.

5.3 Metody analýzy dat

Pro analýzu získaných dat této práce jsem zvolila metodu vytváření trsů. Touto metodou jsem seskupila určité výroky do skupin (trsů) na základě jejich vzájemného překryvu. Tím vznikly obecnější kategorie, které jsou charakteristické určitými opakujícími se znaky.

V případě mé práce se jednalo o překryv tematický, což znamená, že jsem do společných trsů zahrnovala pasáže z rozhovorů, které se týkaly úzce ohraničených témat (Miovský, 2006). Z nich jsem získala okruhy témat, které uvádím níže v odpovědích na stanovené výzkumné otázky.

5.4 Triangulace dat

V průběhu analýzy dat jsem měla možnost mezi sebou porovnávat data ze 4 zdrojů - z odborné literatury, ohniskových skupin, individuálních rozhovorů a z vlastního pozorování. Porovnávání dat z více zdrojů zvyšuje pravděpodobnost validity a reliability získaných informací, které jsem následně použila i pro svoje interpretace a závěry (Bryman, 2001).

5.5 Výzkumný soubor

Základní vzorek tohoto výzkumu tvořil rodiče a další blízké osoby klientů TK WHITE LIGHT I, kteří absolvovali rodičovský víkend v listopadu 2016 nebo březnu 2017. Výzkumu se zúčastnilo celkem 22 osob. V 18 případech se jednalo o rodiče klientů, ve 3 o sourozence klientů a v jednom případě šlo o přítelkyni klienta. Je důležité poznamenat, že vzhledem k výměně klientů v TK během období mezi sběry dat, se žádný z respondentů neúčastnil výzkumu dvakrát.

Pro výběr výzkumného vzorku jsem zvolila metodu záměrného výběru přes instituci, která mi umožnila snazší přístup k vybrané cílové skupině. Metoda záměrného výběru je postup, kdy výzkumník cíleně vyhledává respondenty podle určitých vlastností a kritériem výběru je právě vybraná vlastnost nebo stav. V případě záměrného výběru přes instituci využíváme určitého typu služeb nebo činnosti instituce, které pracují s cílovou skupinou, kterou pro náš výzkum vyhledáváme (Miovský, 2006). V případě této práce byla touto institucí TK WHITE LIGHT I a cílovou skupinou byly blízké osoby klientů. Respondenti z ohniskových skupin byli označení pod kódy OS1 nebo OS2.

Na ohniskové skupině jsem účastníkům nabídla možnost absolvování individuálního interview. Na interview se dobrovolně přihlásilo 11 lidí, tedy polovina všech respondentů. Pro individuální polostrukturovaná interview jsem se rozhodla hlavně proto, abych mohla vybraná témata probrat s respondenty více do hloubky. Vzhledem k tomu, že se daní respondenti přihlásili k účasti na interview sami a dobrovolně, byla pro interview použita metoda samovýběru (Miovský, 2006). Respondenti z polostrukturovaných interview byli označení pod kódy R1-R11.

5.6 Etické aspekty

Respondenty jsem seznámila s podobou a účelem výzkumu a podmínkami účasti v něm. Tyto informace jim byly podány jak v ústní, tak v písemné formě (viz příloha 1). Byli informováni, že účast ve výzkumu je dobrovolná a mají možnost z něj

kdykoliv odstoupit a nemusí odpovídat pokud nechtějí. Výzkum byl od počátku anonymní, respondenti byli označeni kódy, není proto možné, aby kdokoli odhalil jejich identitu. Respondentům bylo vysvětleno, že získané informace budou sloužit pouze k účelům zpracování této bakalářské práce. Rozhovory byly nahrávány na audiozáznam, o možnost nahrávání jsem respondenty požádala. Nahrávky a zápisy z rozhovorů jsem po transkripci smazala nebo zničila. Informovaný souhlas byl rovněž fixován na audiozáznam. Respondentům jsem nabídla zaslání finální verze práce po jejím dokončení. O tuto možnost žádný z oslovených respondentů neprojevil zájem. Z toho můžu usuzovat, že se neobávali, že bych data získaná v rozhovorech s nimi nějak zneužila nebo nedodržela zásady jejich anonymity v mé práci.

5.7 Role výzkumníka

K respondentům jsem přistupovala v pozici stážistky, studentky adiktologie, kterou předtím neznali. To mohlo vést k nedůvěře ze strany respondentů a ke zkreslení odpovědí. Dalším výrazným ovlivněním mohlo být to, že výzkum probíhal v TK, kde pracují oba moji rodiče a respondenti mohli mít obavu mi některé věci říct narovinu. S tímto problémem jsem se ovšem nesečkala, nemyslím si proto, že by to mělo na výsledcích výzkumu nějaký vliv.

6 Interpretace výsledků

6.1 Jaká témata v souvislosti s léčbou závislosti v TK rodinní příslušníci klientů nejčastěji řeší?

V této otázce se snažím zjistit jaká témata rodinní příslušníci během léčby v TK nejčastěji řeší. Ze získaných dat vyplynulo 7 hlavních témat, o které se respondenti nejčastěji zajímali. Témat se během skupin a rozhovorů objevilo více, ale již se mezi respondenty neobjevovaly tak často, většinou pouze u jednotlivců a často souvisely s aktuálním stavem určitého klienta.

1) Budoucnost

Co bude po léčbě? Tuto otázku zmínili během rozhovorů všichni respondenti a téma budoucnosti se objevilo i na obou ohniskových skupinách. Během léčby jsou klienti po většinu času v bezpečném prostředí TK. Terapeuti se snaží klienty i rodiče připravit na to, že přechod z TK „ven“ nebude jednoduchý. Obavy z toho co bude po léčbě jsou tedy naprosto na místě. Rodiče často nevědí, co po léčbě očekávat, jak se ke klientovi chovat, jak nastavit hranice nebo jak s klientem komunikovat.

R1+R2: *„Spíš než o léčbě, máme starosti, co bude po ní. Co jako rodiče můžeme udělat, co naopak dělat nemáme a co dělat, když nastavená pravidla nefungují.“*

Rodiče mají obavu z toho, co bude po léčbě, nevědí jak se ke klientovi po léčbě chovat, zejména v případě, že nebude pravidla v tzv. tripartitní smlouvě dodržovat.

R7: *„Pochopitelně řešíme i budoucnost. Hodně nás zajímá, jestli řeší i otázku náplně svého života, aby dokázal vyměnit alkohol za nátku jinou náplň toho svého volného času nebo toho svého života“*

Rodiče se zajímají, zda má klient představu o tom, co bude dělat po léčbě, zda si našel nějakou smysluplnou náhradu za užívání alkoholu.

OS1: *„No a teď uvidíme, co bude. Zkušenosti velí neplánovat na dýl jak na týden dopředu.“*

Rodiče se snaží neplánovat na dlouho dopředu. Ze zkušeností vědí, že to nemá smysl. Lze se domnívat, že je zajímají hlavně aktuální činy a postupují proto po malých krůčcích.

R9: *„No řešíme budoucnost hlavně, jasně. Není škola, není nic, takže za mě aspoň dokončit léčbu i s doléčovákem, začít hledat práci a řešit bydlení no, nebo si i dodělat školu. My jako jsme schopný nějak pomoc, ale chceme vidět z druhý strany nějaký výsledky. Nechci se dočkat toho, že řekne: ale ty si mě do toho natlačila a já tohle dělat nechci.“*

Budoucnost je v současné době pro rodiče hlavním tématem. Jsou schopni klientce pomoci a podpořit ji, ale chtějí vidět snahu a nějaké konkrétní výsledky. Mají

vytvořenou představu o tom, co by si měla po léčbě zařídit, ale chtějí, aby si to zařídila sama, aby je později neobviňovala, že ji do něčeho nutili.

V souvislosti s tématem budoucnosti respondenti také často mluví o následné péči a návratu domů. Vzhledem k tomu, že se tato témata objevovala u všech respondentů, rozhodla jsem se je zahrnout do samostatných kategorií.

2) Návrat domů

Ať už se jednalo o návrat domů pouze na výjezd, nebo o trvalý návrat po skončení léčby, toto téma se v rozhovorech vyskytlo velmi často. V případě návratu domů na výjezd bylo nejčastější otázkou, jak se mají respondenti před klientem chovat a jak s ním komunikovat.

V případě trvalého návratu domů po léčbě se rodiče obávají, že nebudou vědět, jak se ke klientovi chovat, jak s ním správně komunikovat a jak nastavit pravidla. Často se také obávají, že nezvládnou uhlídat klientovu abstinenci. Pro rodiče je někdy těžké začít klientovi důvěřovat po všem, co s ním zažili.

Problémem v obou případech může být, že se klient vrací do místa, kde užíval drogy a kde má kontakty z drogové scény.

Někteří rodiče jsou už předem rozhodnutí, že se klient po skončení léčby domů nevrátí a musí nastoupit do pobytové následné péče nebo si sehnat vlastní bydlení v jiném městě.

OS2: „*My chceme, aby se vrátila domů, je jí 16, není možný, aby šla bydlet sama. Ale jak to máme zvládnout? Co udělám, když nevydrží abstinovat? Přece jí nemůžu krejť, ale nechci, aby šla do ústavu. Dám jí zázemí, dám jí podporu, ale rozhodnout se musí sama.*“

Problém může představovat nezletilost klienta. V takovém případě nemá možnost nastoupit do pobytové formy následné péče a proto se tito klienti obvykle vracejí domů k rodičům. Rodiče se tak mohou setkávat s obavami, jak návrat klienta zvládnout a jak uhlídat jejich abstinenci. Rodič zdůrazňuje, že je připraven klientce pomoci, ale je si vědom toho, že rozhodnutí, jak se chovat a žít, je hlavně na ní.

R9: „*Jedna věc, ve který máme jasno je, že není doma, takže z léčby není návrat domů. My máme jasno, bydlet spolu nebudeme, sežrali bysme se.*“

V tomto případě mají rodiče již předem s klientkou dohodnuto, že se domů nevrátí a půjde do chráněného bydlení v jiném městě. Otázkou však je, zda by si za svým rozhodnutím stáli i pokud by přišla náhlá změna situace.

OS1: „*Domů už se vrátit nemůže, to je jasný. Tady ho každé zná a všichni lidi, se kterejma se tu bavil berou. Oni by si ho tu našli i kdyby nechtěl, oni se vždycky navzájem najdou.*“

Téma návratu do místa, kde klient užíval, řeší nejen rodiče, ale často i klienti. Známa místa mohou klientům připomínat doby, kdy užívali a způsobovat jejich bažení. Velkým rizikem může být i setkání s bývalými kamarády nebo tzv. toxi známými, kterému se klienti po návratu domů často nevyhnou. Rodiče si tento fakt velmi dobře uvědomují a vědí, že návrat klienta domů by pro něj byl velkým ohrožením.

R3: „*On se chce vrátit domů, ale my si nemyslíme, že je to moc dobrý nápad. Vlastně si ani nemyslíme, že je dobrý nápad vracet se do stejného města. Ale furt lepší aby sem šel na doléčovák, než zpátky domů. Ne že bychom ho doma nechtěli, to ne, jen si myslíme, že když jeho bratr hulí, tak to pro něj není bezpečný.*“

Podobné téma jako u předchozího výroku. V tomto případě hrozbu představuje kromě „toxi“ známých i další člen rodiny, který užívá návykové látky.

3) Následná péče

Velkým tématem, hlavně pokud už je klient ve vyšší fázi léčby, je otázka následné péče. Rodinní příslušníci klientů často vědí, že jenom léčba v TK nestačí. O existenci „doléčováků“ většinou vědí nebo se o nich dozví v TK. Často však nevědí, co si pod pojmem následná péče představit, co všechno zahrnuje a jak to funguje. U dospělých klientů je často zajímavá chráněné bydlení.

OS2: „*Co to je vlastně ten doléčovák? Je to nutný? Když o tom slyším, tak nevím, jak to zkombinovat s tím, že bude chodit do školy. Jak je to časově náročný?*“

Někteří rodiče se v TK s pojmem následné péče setkávají poprvé. Mohou mít pochyby, zda je nutné, aby klient do „doléčováku“ docházel. Někteří mohou mít obavy, zda není docházení do následné péče příliš časově náročné. V tomto případě se rodič obává, že klient nebude docházení do následné péče společně s docházením do školy zvládat.

OS2: „*Když skončí pobytový doléčovák, je možné do něj dál docházet ambulantně?*“

OS2: „*Jak dlouho by měl klient chodit po léčbě na terapii? Půl roku na doléčováku se mi zdá docela málo.*“

Rodiče si uvědomují, že 6 měsíců chráněného bydlení a následné péče nemusí být dostatečné. Proto otázky často směřují k ambulantní následné péči a k optimální délce terapie po léčbě v TK.

R11: „*Pokud nechce, nemůžete je nutit do doléčováku chodit. Dcera už je z TK 3 roky pryč a chodí každých 14 dní na terapii a je s tím spokojená. Bez toho to prostě nejde. Pokud to nemá jako potřebu, tak to prostě nejde.*“

Rodiče, kteří si zkušeností s TK i s následnou péčí prošli, dobře vědí, že ukončením pobytu v TK léčba nekončí. Zároveň jsou si vědomi toho, že vyvíjet na klienta nátlak je zbytečné a často i kontraproduktivní. Klient sám musí mít potřebu dál do následné péče docházet.

4) Průběh léčby, zvládání abstinence

Co bude po léčbě, je jistě důležitá otázka. Co ale také řeší všichni rodiče je, jaký je současný stav klientů. Kontakt mezi rodiči klienty je v průběhu léčby omezený. Navíc komunikace ze strany klienta může vážnout a rodiče se od něj pak mnoho informací o současném stavu nedozvědí, případně se jim od něj může dostávat informací zkreslených. Rodiče proto zajímá, jak se klientovi v léčbě vede, jak se v ní posouvá, jestli zvládá abstinenci a jestli se u něj neobjevují tzv. chutě. Někteří rodiče mají obavy, že současný stav je podmíněn pouze bezpečným prostředím a řádem v TK.

R7: „*Prioritně nás zajímá, jestli syn zvládá abstinenci a zvládá to, že je bez alkoholu, jestli nemá ty chutě, to je samozřejmý.*“

Současný stav klienta je v současné době pro rodiče prioritní záležitostí.

OS2: „*Vypadá, že to všechno zvládá. Zajímalo by mě, jestli se tak chová, protože nad ní visí Damoklův meč nebo to má už v hlavě srovnaný. Bojím se, že až nebude mít řád, nevydrží čistá.*“

Klientka podle rodičů v současné době vypadá, že vše zvládá. Otázkou však je, zda to není způsobeno pouze řádem v TK a zda zvládne i přechod z léčby ven.

R8: „*No já jsem teď docela spokojenej, protože vidím ty pokroky na synovi, takže to je fajn.*“

Rodič vidí posun klienta v léčbě a je s ním spokojený.

R4: „*Určitě nás hlavně zajímá jak na tom je teď, je na něm vidět velkej posun, ale celou tu léčbu to bylo takový proměnlivý. Brzo z léčby bude odcházet, tak se bojíme, jestli na to už je připravený.*“

Rodiče na klientovi vidí posun, vzhledem k průběhu jeho léčby se však obávají, zda už je na odchod z TK připravený.

5) Komunikace mezi rodiči a klientem, nastavení pravidel

Komunikace mezi rodiči a klientem bývá často narušena již před vstupem do léčby. Někteří klienti jsou navíc málo sdílní a komunikovat s nimi je pro rodiče problém. Během léčby se snaží společně s terapeuty způsob komunikace v rodině změnit a nastavit pravidla. Rodiče se však často obávají, že po odchodu z léčby nebudou umět s klientem komunikovat a že klient nastavená pravidla komunikace nebude dodržovat. Komunikaci mezi rodinou a klientem po léčbě ošetřuje tripartitní smlouva. Otázky týkající se komunikace právě často směřují k této smlouvě nebo k nastaveným pravidlům komunikace.

OS1: „*Jak vlastně funguje ta třístranná smlouva a co obsahuje?*“

R2: „*Jak si máme nastavit pravidla a jak zajistit, aby je dodržoval?*“

Právě třístranná (tripartitní) smlouva by měla nastavit pravidla komunikace a chování mezi klientem a jeho rodinnými příslušníky po léčbě. Otázkou však je, zda jí klient, případně jeho rodina, bude po léčbě opravdu dodržovat.

OS2: „Je rozdíl mezi tím, co člověk řekne a co udělá.“

Tento výrok může být platný jak ze strany klienta, tak i jeho rodiny. Klient může rodině naslibovat spoustu věcí, otázkou však je, zda je uskutečnit. Ze strany rodiny si zase její členové mohou nastavit různá pravidla, ale to nepřináší jistotu, že je budou dodržovat ve všech případech.

R8: „Já si řeknu, že jsem o něčem přesvědčenější, ale babička to vždycky obrátí a viní mě za to: „Vy se o toho kluka ani nepostaráte.“ Pořád ho v tom chování podporuje.“

V některých případech může být problém v komunikaci a nastavení pravidel nejen mezi klientem a rodiči, ale i mezi dalšími členy, zpravidla širší rodiny. V takovém případě, může každý z členů ke klientovi přistupovat jinak a nastavená pravidla tím porušovat, což představuje riziko možného relapsu.

6) Užívání alkoholu a dalších návykových látek v přítomnosti klienta

Toto téma může být u rodičů dosti kontroverzní. Často nevědí, jak se před svými dětmi v tomto ohledu chovat. Někteří se snaží před klienty alkohol (případně další látky) schovávat a nepít před nimi. Jiní zastávají názor, že si na ně stejně musí zvyknout a je zbytečné se před nimi přetvařovat. Rodiče, kteří mají doma nebo v okolí ještě někoho užívajícího návykové látky, vyjadřují obavy z toho, že klientovi způsobí chuť nebo budou důvodem jeho relapsu.

OS1: „Mě by zajímalo, jak se chovat, když přijede dcera na výjezd domů. Mám před ní schovávat alkohol a hrát si na suchou domácnost? A co s tím, až bude po léčbě? Přece před ní nemůžu furt všechno zamykat.“

V tomto případě se jedná o otázku chování před klientkou, když přijede domů na výjezd. Rodič si neví rady, zda má před ní alkohol schovávat a přetvařovat se či nikoli. Je si vědom skutečnosti, že se nemůže před dcerou do nekonečna přetvařovat a hlídat, zda je všechen alkohol bezpečně schovaný.

R3+R4: „Co máme dělat když syn přijede domů na výjezd a v domě bydlí i jeho bratr, který užívá marihuanu? On jí sice má schovanou někde venku a domů jí nenosí, ale to na něm přece pozná, že je zhulenej.“

Rodiče si nevědí rady v situaci, kdy bratr klienta užívá marihuanu. Lze se domnívat, že mají obavu z toho, že klient po příjezdu domů na bratrovi užití drogy pozná a bude mít chuť.

OS2: „U nás doma je v bezpečí. Ale když je u mámy, kde je i její bratr, kterej bere, tak se bojím, že to nezvládne. Bojím se, že jí stáhne dolů jako předtím, to s ním začala brát.“

Podobný případ jako u předcházejícího výroku. V této situaci však nemají užívajícího člena doma, ale u matky klientky, kde klientka střídavě před léčbou bydlela. Rodič má obavu, že přítomnost bratra povede k relapsu klientky, předpokládá totiž, že právě s ním drogy brát začala.

OS2: *„Pivo přece není perník.“*

Rodiče někdy mohou žít v zajetí různých mýtů o drogách. Jedním z takových nejčastějších je, že alkohol nepovažují za drogu nebo závažnost užívání alkoholu podceňují. V tomto případě respondent nepovažuje užívání alkoholu za tak závažné jako užívání pervitinu.

7) Sociální práce s klienty

Další velkou skupinou témat, kterou rodiče řeší, jsou témata, která spadají do sociální práce s klienty. Vzhledem k tomu, že se do TK často dostávají klienti v „debaklové“ sociální situaci, je často nutné s nimi tyto problémy řešit. Klienti do TK často přicházejí s dluhy, bez bydlení, někteří nikdy nepracovali nebo aspoň ne legálně, někdy nemají dokončené odborné vzdělání. Není tedy divu, že jejich rodinní příslušníci mají o tuto problematiku starost a zajímá je, jak se v TK řeší. Z rozhovorů a skupin vyplynula tři hlavní témata, která v této oblasti řeší a těmi byly dluhy, práce a bydlení.

OS1: *„Jak terapeuti řeší dluhy s klienty, mají dostatek prostoru na to je řešit?“*

R1: *„Určitě nás zajímalo, jak terapeuti řeší s klienty dluhy, to bylo u nás hodně podstatný.“*

Klienti do TK často přicházejí s mnoha dluhy. Jejich řešení je součástí sociální práce s klienty v TK. V těchto případech rodiče zajímá, jak v TK dluhové poradenství probíhá, kolik času mu je věnováno a jaké jsou jeho výstupy.

OS1: *„Můžou si klienti ve 2. fázi domlouvat pohovory?“*

Klienti si většinou hledají práci již během léčby v TK. Najít si práci ještě před odchodem z léčby je pro klienty určitě výhodnější, než kdyby si ji hledali až po odchodu z TK. Pro klienty i jejich rodiny to může znamenat alespoň nějakou jistotu, kterou po léčbě mají. Klientům je tedy ve vyšších fázích umožněno práci hledat na internetu, domlouvat si pohovory a případně na ně i chodit.

R5: *„Hodně řešíme práci po léčbě, nemá hotovou školu, takže asi nebude jednoduchý najít něco pořádného a hlavně si chce ještě dodělat střední, tak aby to zvládala i s prací a doléčovákem.“*

Někteří klienti mají ukončené pouze základní vzdělání. V případě, že si chtějí další vzdělání doplnit, nastává otázka, zda je to časově zvladatelné s prací a docházením do programu následné péče.

R2: *„Ted'ka už je skoro na konci léčby, tak řešíme hledání zaměstnání. Bydlení má naštěstí zařízený díky tomu, že jde do doléčováku. Ale z té práce máme docela obavy no, nikdy pořádně nepracoval, tak asi nebude lehký něco sehnat a hlavně taky jestli má přiznat, že užíval drogy, to taky řešíme. Má hodně dluhů, takže to chce nějakou práci, aby je taky zvládal splácet. My už jsme za něj zaplatili dost.“*

Rodinní příslušníci za klienty často dluhy nebo jejich část splácejí. V případě, že si klient po léčbě najde práci, přirozeně očekávají, že bude schopný si své dluhy splácet sám. S tím ale souvisí otázka, zda bude klient schopen najít práci, která ho uživí a zároveň bude schopen i splácet dluhy. V tomto případě rodiče také zajímá, zda je vhodné, aby klient zaměstnavateli přiznal svou drogovou minulost, či by ji měl raději tajit.

Výše prezentovaná témata 1) – 7) byla rodinnými příslušníky klientů zmiňována nejčastěji. Samozřejmě se objevila i další témata, ale již ne v takové míře. Většinou se jednalo o otázky, které souvisely přímo s aktuálním stavem určitého klienta:

- **Kapesné – OS1:** *„Kolik bychom měli dávat kapesného a za co ho vlastně utrácí?“*
- **Dárky- R1:** *„Pořád tady slyším, jak někdo po skončení léčby dostane auto, mobil, tohleto nebo támhleto. To jim máme dávat odměnu za to, že prošli léčbou?“*
- **Zdravotní stav – R9:** *„Co mě zajímalo byl dopad té Céčkový žloutenky, co se s tím dá a nedá dělat.“; R10:* *„Hodně jsme řešili zdravotní stav, hlavně tu žloutenku. V komunitě je v bezpečném prostředí, kde se může dát do kupy z toho interferonu, když je jí blbě, tak si prostě může jít lehnout. Až bude venku a bude chodit do práce, nikoho tohle zajímat nebude.“*
- **Pravidla pro rodiče – OS1:** *„Existují nějaká univerzální pravidla pro rodiče, kterými bychom se měli řídit?“*
- **Délka léčby- R6:** *„Proč je léčba takhle konkrétně dlouhá?“*

6.2 Jsou o léčbě a jejím průběhu rodinní příslušníci klientů od pracovníků TK dostatečně informováni?

U této otázky mě zajímalo, zda se rodinným příslušníků klientů dostává od pracovníků komunity dostatek informací o léčbě v TK. V případě, že si respondenti nepřipadali dobře informovaní, zajímalo mě proč tomu tak je.

1) Informace nechybí, stačí se zeptat

Většina rodičů nepocituje, že by jim nějaké informace chyběly. Pokud jim nějaké informace chybí, nemají prý problém se pracovníků TK zeptat. Nedostatečná informovanost jim připadá spíše jako neschopnost nebo strach se terapeutů zeptat.

R9: „*Já myslím, že ani ne, co jsem potřebovala, jsem se vždycky zeptala, asi není nic co by mi chybělo. Vim, že mám možnost se zeptat.*“

R5: „*Když mi nějaké informace chyběly, tak jsem se vždycky zeptala. Máme přece vždycky možnost terapeuty kontaktovat.*“

R3+R4: „*My jsme s TK hodně v kontaktu, takže když jsme něco potřebovali vědět, tak jsme se vždycky zeptali.*“

2) Informace byly strohé nebo chyběly

Někteří rodiče pocítovali nedostatek informací především před vstupem klienta do léčby nebo na začátku léčby. Informace publikované na webových stránkách TK jim přišli strohé, ocenili by, kdyby se o léčbě dozvěděli víc. Nutno podotknout, že se jednalo o případy, kdy šel klient do léčby v TK poprvé, jeho rodinní příslušníci tedy nevěděli, co mají očekávat.

R8: „*No v podstatě, zevrubný informace ano, ale aby člověk věděl co může očekávat, to ne. Samozřejmě člověk si něco přečte, tak má nákou obecnou povědomost o tom, co by to mělo být, ale ten přímý kontakt, ta zkušenost, ta tady chyběla, takže jsem nevěděl, co to bude.*“

R7: „*Spíš jsme neměli úplně představu jak to tady bude probíhat, protože to, že jsme si přečetli, že jsou tady nějaké skupiny, dělené skupiny, individuály, je pro nás nebo byl pro nás doposud pojem absolutně abstraktní. Netušili jsme, co to obnáší, jak to probíhá, co od toho máme očekávat anebo co se očekává od nás.*“

R6: „*Rozhodně by bylo příjemnější mít na začátku více informací, protože bychom nebyly tak nejistí.*“

V některých případech respondenti pocítovali nedostatek informací ze strany klienta. Většinou to bylo tím, že ze strany klienta vázla komunikace a rodiče si museli informace zjišťovat sami.

R7: „Spíš to byly nejasnosti než nejistoty, protože syn je málo sdílný, takže vlastně z jeho strany jsme se nebyli schopni dozvědět postup léčby, co vlastně tady řeší a co je předmětem toho řešení tady.“

R2: „Často jsme se museli s informacema obracet na terapeuty, protože ze syna něco dostat byl občas docela problém.“

Někteří respondenti by ocenili větší možnost kontaktu s terapeuty. Otázkou však je, zda se terapeuty snažili kontaktovat v případě, že nějaké informace potřebovali.

R6: „Chybí mi větší provázanost mezi rodinou klientů a terapeuty, ty kontakty jsou dost omezené, ráda bych se dozvěděla víc.“

3) V získávání informací významně pomáhají setkání s ostatními rodiči, klienty a terapeuty

Pro rodiče často bývají významným zdrojem informací právě rodičovské víkendy, ale i další společná setkání s ostatními rodiči, klienty a terapeuty. Vnímají je jako prostor, kde se nejen mohou informovat o léčbě, ale i vyměňovat si informace a zkušenosti mezi sebou.

R8: „No, já to řeknu takhle, ty informace, co člověk dostane, tak je to řeknu takovej obal, tady když se sedí v tom kruhu a rozebíraj se osudy jednotlivých účastníků, když do toho vstupují ty rodiče, tak člověk si teprve utvoří nějaký obrázek, protože, v duchu s tím buď souhlasí nebo nesouhlasí, nebo si představuje co by udělal on.“

R5: „Hodně pomáhají setkání s ostatními rodičema a klientama, on to každé má trochu jinak, ty příběhy jsou hodně podobný, ale ta omáčka kolem je přece jenom všude jiná.“

R7: „To, že o tom tady mluvěj i ty klienti, i ty rodiče i koneckonců terapeuti, tak to dostává jasnější obrysy.“

4) Rodiče by ocenili informační materiál ze strany TK

Většina rodičů při otázce, zda by ocenili nějaký informační/edukační materiál ze strany TK, byla jednoznačně pro. Přestože řada z nich se cítila dobře informovaná, mít před sebou nějaký materiál, podle kterého by se dozvěděli alespoň základní informace, by jim přišlo užitečné.

R7: „Určitě ano, protože je tu asi i víc lidí, kteří rodiče ještě mají a rodiče se zajímají o tu jejich léčbu, tak si myslím, že by to asi pomohlo možná více lidem.“

R10: „Určitě jo. Spousta lidí si připadá, že otravuje, že zasahuje do té léčby a to je pak ten hlavní problém v získávání informací.“

6.3 Jaká témata v procesu léčby v TK jsou pro rodiče nejméně srozumitelná?

Rodinní příslušníci klienta se jeho nástupem do TK s touto formou léčby často setkávají poprvé. Proces léčby v TK pro ně tedy může představovat velkou neznámou a některé součásti programu pro ně mohou být nesrozumitelné nebo nepochopitelné. V této otázce se snažím zjistit, zda tomu tak opravdu je. Z výsledků jsou patrna čtyři hlavní témata, u nichž se rodinní příslušníci klientů potýkají s nesrozumitelností.

1) Celý proces léčby

Hlavně v případě, že se s terapeutickou komunitou klient i jeho rodina setkávají poprvé, může se celý proces léčby jevit jako nesrozumitelný. Z některých výpovědí vyplývá, že se někteří rodiče ani nesnaží pochopit nebo se nezajímají o to, co a proč se v TK děje a spoléhají na terapeutů, že vědí, jak s klienty pracovat. Někteří rodiče jsou toho názoru, že když to funguje, nezbyvá věřit. Naproti tomu rodiče klientů, kteří už nějakou léčbou prošli, ať už v TK nebo v jiné formě pobytové léčby, nemají s porozuměním procesu problém. Setkala jsem se i s názorem, že respondentovi proces přišel přirozený a nebylo čemu nerozumět.

R8: „No protože je to naše první zkušenost, tak jsem neměl představu, jakým způsobem to bude postupovat, co to se synem udělá, jestli tady vydrží, protože jedinou zkušenost, kterou máme bylo v léčebně, kde předčasně skončil, protože nebyl schopný se přizpůsobit. Vybodoval se, takže jsme nevěděli, jak to bude fungovat tady, i když samozřejmě když jsme sem se synem přijeli, tak na mě to působilo sympaticky tady. A syn sem chtěl, takže jsem věřil, že tady zůstane, ale nevěděl jsem prostě jak to bude fungovat.“

R6: „No tak ségra už v komunitě byla, takže to my jsme věděli, jak to probíhá. I když přece jenom každá ta komunita je v něčem trochu jiná.“

R11: „Já jsem neměla žádnou, že bych něčemu nerozuměla, jak některý lidi říkají: „A prosimtě čím je tam jakou léčeš, oni tam žvaněj čtyři hodiny denně a to je má jako vyléčit jo?“ Já říkám jo, přesně to, protože nic jinýho nemáme, protože jinej vstup do toho druhýho než slova v té první fázi nemáš a pak ty činy no. Já jsem moc otázek neměla, mě to všechno přišlo takový přirozený.“

R2: „Člověk se spoléhá na terapeutů, že vědí co dělají a umí s problémy klientů pracovat.“

R10: „Nezbyvá než věřit.“

V porozumění procesu léčby se zdá být významným několikadenní pobyt v TK.

R5: „Mně v tomhle hodně pomohl pobyt v komunitě, kde jsem si za ten týden co jsem tam s dcerou byla, mohla na vlastní kůži zažít, jaký to je a co to všechno obnáší.“

R11: „Týdenní pobyt ve WL mi dal opravdu hodně, dodneška na něj vzpomínám jako na nejdůležitější týden v mém životě.“

Nejvíc se mi líbil výrok jedné z respondentek o procesu léčby: „Když to funguje, musíš věřit. Musíš věřit, protože to nejde změřit.“

2) Fáze léčby

Poměrně často zmiňovaným tématem byly fáze léčby. To, že je léčba strukturována do fází, rodiče vědí. S fázemi však také souvisí pohyb mezi nimi, sesazování z fází a možnost nepřestoupení do další fáze.

R4: „Kdy mohou terapeuti rozhodnout o nepřestoupení do další fáze?“

O přestoupení do další fáze rozhoduje skupina a terapeuti společným hlasováním. V případě, že skupina přestup odhlasuje, ale terapeuti nejsou přesvědčeni, že klient splnil všechny požadavky pro přestup, mají právo „veta“ a mohou rozhodnout o nepřestoupení klienta do vyšší fáze.

R5: „Dcera byla dvakrát sesazena z fáze za porušování pravidel. Moc jsem nerozuměla tomu, jak to sesazování funguje a co to pro ní bude znamenat.“

Sesazen může být klient pro porušení pravidel. Někdy se může jednat i o případy, kdy klient poruší pravidla základní, pokud se terapeuti rozhodnou, že klient nebude z TK vyloučen. Klient se vracejí do fáze předchozí a s tím přichází i o privilegia fáze vyšší.

R3: „Zezačátku jsme moc nechápali jak funguje pohyb mezi fázemi a co všechno musí klient splnit, aby mohl do další fáze přejít.“

3) Funkce ve skupině

Často otázky respondentů směřují i k různým funkcím ve skupině. Rodiče často nemají přehled o tom, jaké funkce může klient během léčby zastávat nebo co tyto role obnášejí. Důvodem může být zkreslený pohled z informací, které rodičům o pracovní terapii podávají klienti.

R8: „Nevím jestli to jsou důležitý informace, který nám chyběj, ale řeknu to obecně, když třeba syn řekne, že má na starosti kuchyň, tak mě by zajímalo teda, jestli má kuchyni na starosti tak, že tam drbe podlahu nebo že vaří anebo, že objednává a určuje, co se bude jíst.“

R9: „Jo to jo, tak já jsem něco věděla z léčebny, ale co jsem nevěděla, to jsem si nějak stihla načíst, samozřejmě člověk neví co znamená která funkce, ale my jsme celou dobu nějak byli v kontaktu.“

4) Pravidla

Dalším zmiňovaným tématem byla pravidla. Mezi pravidly základními se jednalo především o pravidlo, které klientům nedoporučuje navazování vztahů v léčbě.

R3: *„Jsou to přece dospělý lidi, tak proč se jim zakazuje navazovat vztahy, jakej to má důvod?“*

R2: *„Moc nerozumím, jak je to s těmi pravidly, která si klienti nastavují sami ve skupině. Kdo rozhoduje o tom jestli budou platit nebo ne a kdo dohlíží na jejich dodržování?“*

Tato tři témata společně s celým procesem léčby byla v rozhovorech zmiňována nejčastěji. Další témata se vyskytovala většinou v individuálních případech. Těmito tématy byly např.: denní cíle, hodnocení klientů, témata skupin apod.

7 Diskuse

V teoretické části práce se věnuji tématu využívání rodinné terapie a dalších forem práce s rodinou v léčbě závislostí s hlavním zaměřením na zapojení rodinných příslušníků do procesu léčby v terapeutických komunitách. Práce s rodinou v terapeutických komunitách je prokázána jako jedna z velmi důležitých složek jejich programu léčby osob se závislostmi. Formy práce se v jednotlivých zařízeních liší, jako důležitá se však jeví znalost potřeb rodinných příslušníků (Radimecká et Radimecký, 2001). Ve své práci jsem se snažila zmapovat témata a otázky, které rodinní příslušníci klientů v souvislosti s léčbou závislosti v TK řeší.

Z analýzy a porovnání dat z vyplynulo sedm hlavních témat, kterými se respondenti v průběhu léčby nejčastěji zabývali. Těmito tématy jsou: budoucnost, návrat domů, následná péče, průběh léčby/zvládání abstinence, komunikace mezi rodinou a klientem, užívání návykových látek v přítomnosti klienta a sociální práce s klienty. Kromě toho se objevila řada dalších témat, jež se však objevovala minimálně nebo pouze v individuálních případech, proto mezi nejčastější témata zahrnuta nebyla. Rodinní příslušníci klientů však mohou některému z těchto témat přikládat větší význam než těm, jež byla zařazena mezi hlavní. Já jsem však v práci zjišťovala právě témata, která se vyskytovala nejčastěji a významem těchto témat pro rodinné příslušníky klientů TK WL I jsem se nezabývala.

Limitem této výzkumné práce je, že se zabývá pouze úzce ohraničenými tématy, která jsou spíše povrchnějšího a informačního rázu. Rodinní příslušníci často při terapii řeší témata týkající se vztahů s klienty, fungování rodiny a podobně. Tato hlubší témata se v mém výzkumu objevovala spíše okrajově a proto jsem se rozhodla se jimi v práci nezabývat.

Pro identifikaci těchto témat by zřejmě bylo vhodnější zúčastnit se jako pozorovatel rodinných sezení, kde je jim věnována větší pozornost. Určitě by bylo vhodné se na tato témata zaměřit v dalším výzkumu.

Pro mnou stanovené výzkumné otázky se ohniskové skupiny, polostrukturovaná interview a zúčastněné pozorování nicméně jeví jako vhodné metody. Polostrukturovaná interview dávala jednotlivým respondentům možnost otevřenějšího vyjádření. Ohniskové skupiny naproti tomu nabízely interakci mezi respondenty a z diskuse vzniklé při skupině pak často některé z hlavních témat, jež jsem prezentovala, vyplynulo. Zúčastněné pozorování nabídlo další poznatky pro doplnění dat získaných z interview a skupin.

Součástí výzkumu byly také dvě podotázky. V první z nich jsem zjišťovala, zda jsou rodinní příslušníci klientů o léčbě dostatečně informovaní. Z výsledků je patrné, že většina rodičů je o léčbě dobře informovaná. Navíc zpravidla vědí, že mají možnost kontaktovat v případě potřeby terapeuta a této příležitosti i využívají. Někteří rodinní příslušníci pociťovali nedostatek informací hlavně před nástupem klienta do léčby nebo na jejím počátku. Jednalo se zejména o rodinné příslušníky klientů, kteří

nastupovali do léčby v TK poprvé, tudíž neměli příliš jasnou představu, co mohou očekávat.

U některých respondentů se zdá, že problém v získávání informací má původ ve vážnoucí komunikaci mezi klientem a rodinou. V těchto případech dostávali rodinní příslušníci od klienta pouze strohé informace a nedokázali si představit jak vlastně jeho léčba probíhá a informace si museli zjišťovat sami. Někteří respondenti pociťovali malou provázanost mezi rodinou klienta a terapeutu. Otázkou však je, zda se o větší kontakt s terapeutu snažili. Pokud se rodinní příslušníci klienta chtějí s terapeutu více kontaktovat a získávat informací, nabízí se otázka jak zajistit bezpečné prostředí pro klienty. Někteří klienti se přílišným kontaktem s jejich rodinou mohou cítit poškozováni.

Informace o léčbě podává terapeut pouze osobám, které klient sám zvolí, ale množství informací, které se smí podávat již specifikováno není.

Významnou roli v získávání informací mají pro respondenty setkání s ostatními rodiči, klienty a terapeutu. Podle jejich výpovědí jim tato setkání pomohla vytvořit si jasnější obrázek a oceňovali i možnost výměny informací a zkušeností mezi ostatními rodiči.

Rodinní příslušníci klientů by podle výsledků ocenili informační materiál ze strany TK. I respondenti, kteří se cítili dobře informovaní, považovali tento nápad za užitečný. Pro získání odpovědí na tuto podotázku by možná bylo vhodnější použít formu dotazníku než rozhovorů.

V druhé podotázce jsem se zabývala součástmi procesu léčby, které mohou být pro respondenty nepochopitelné nebo nesrozumitelné. Pro některé je nesrozumitelný celý proces léčby, zvláště když se s touto formou léčby setkávají poprvé. Důvodem však může být i to, že se někteří rodinní příslušníci proces léčby ani pochopit nesnaží nebo se o něj nezajímají. V těchto případech spoléhají na terapeutu, že si s problémy klientů dokážou poradit.

Naopak rodinní příslušníci klientů, kteří už léčbou v TK nebo jinou formou léčby prošli, nemají s porozuměním procesu léčby problém. Významný se v tomto ohledu jeví být několikadenní pobyt rodičů v TK, kde mají možnost si zažít, jak léčba probíhá. Většina rodinných příslušníků se však tomuto pobytu vyhýbá ze strachu, co by je tam čekalo.

Dalším, často zmiňovaným tématem, pro rodiče klientů nesrozumitelným, byly fáze léčby. Respondenti věděli, že je léčba strukturována do fází, často však nerozumí tomu, jak se ve fázích postupuje a co je jejich účelem. S tím souvisí i další zjištěné téma, kterým byly funkce ve skupině. Respondenti často nevědí, co která funkce znamená a co je jejím posláním. Lze se domnívat, že neporozumění struktury a hierarchie v léčbě, může pramenit např. i z absence rozdělení rolí v rodině. Dále z výsledků jako nesrozumitelná vyplynula pravidla léčby, což může souviset s absencí nebo se špatným nastavením pravidel v rodině klienta.

Limitů práce lze nalézt hned několik. Prvním limitem je malý počet respondentů ve výzkumném vzorku. Výzkumu se nezúčastnili všichni rodinní příslušníci klientů TK

WHITE LIGHT I, nelze tedy říci, že stejná témata probírají naprosto všechny blízké osoby v této TK. Dalším limitem je, že byl výzkum prováděn pouze v jedné TK, výsledky tedy nelze generalizovat na všechny rodinné příslušníky klientů českých TK. Dalším limitem mohlo být, že jsem svojí analýzou ovlivnila výsledky výzkumu, jiný výzkumník by mohl získaná data interpretovat jinak..

8 Závěry a doporučení

Cílem práce bylo zmapovat témata související s léčbou závislosti v TK, která rodinní příslušníci klientů v TK nejčastěji řeší. Pro výzkum byl použit kvalitativní přístup s cílem zjistit subjektivní pohledy a názory respondentů.

Z odpovědí na hlavní výzkumnou otázku vyplynulo 7 hlavních témat a řada dílčích témat, jež byla podrobněji diskutována v kapitole 6 a 7. Hlavní doporučení, které mi z prezentovaných zjištění vyplývá, je, že by TK WHITE LIGHT I mohla zvážit, zda identifikovaná témata pro rodinné příslušníky klientů nezpracovat písemnou formou a nezpřístupnit je např. na webu.

Odpovědi na otázky, které rodinní příslušníci nebo další blízké osoby klientů TK řeší, by bylo vhodné zpracovat pokud možno jednoduchou a srozumitelnou formou.

Přestože se, jak vyplývá z výzkumu, rodinným příslušníků od pracovníků TK informací v průběhu léčby dostává v převážné míře dostatek, písemné zpracování odpovědí na otázky – mnou identifikovaná témata – by mohla usnadnit situaci řadě rodinných příslušníků před vstupem klienta do programu léčby v TK. Zejména pak těm, jejichž člen rodiny nastupuje do programu pobytové léčby v terapeutické komunitě poprvé.

Poznatky z výzkumu mohou sloužit jako zpětná vazba pro terapeutický tým TK WHITE LIGHT I, podle níž mohou práci s rodinnými příslušníky přizpůsobit.

Případně může sloužit i dalším TK při zapojování rodinných příslušníků do procesu léčby klientů se závislostmi.

V dalších výzkumech by bylo vhodné zaměřit pozornost na větší počet respondentů ve více terapeutických komunitách a poznatky v nich získané mezi sebou porovnat. Případně se nabízí možnost, zaměřit pozornost na „hlubší“ terapeutická témata, zaměřujících se na vztahy v rodinách klientů, jež jsou předmětem rodinných sezení a společných skupin klientů a jejich rodinných příslušníků.

9 Použitá literatura

Adameček, D. (2007). Fáze komunitního programu. In Nevšímal, P. (Ed.), *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Česká praxe*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje-Magdaléna o.p.s.

Adameček, D. & Radimecký, J. (2015). Terapeutická komunita v adiktologii. In Kalina, K. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Adameček, D., Richterová- Těmínová, M. & Kalina, K. (2003). Rezidenční léčba v terapeutických komunitách. In Kalina, K. et al., *Drogy a drogové závislosti- mezioborový přístup*. Kap 8/8. Praha: NMS-Úřad vlády ČR.

Al-Anon/Alateen. (2015). Al-Anon/Alateen [Online]. Retrieved April 15, 2017, from <http://alanon.cz/>

Asociace nestátních organizací. (2017). Asociace nestátních organizací [Online]. Retrieved April 24, 2017, from <http://www.asociace.org/>

Barnardová, M. (2011). *Drogová závislost a rodina*. Praha: Triton.

Broža, J. (2007). Pravidla terapeutické komunity. In: Nevšímal, P. (Ed.). *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Česká praxe*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje- Magdaléna o.p.s.

Bryman, A. (2001). *Social Research Methods*. New York: Oxford University Press.

Butler, R. & Bauld, L. (2005). The Parents' Experience: Coping with drug use in the family. *Drugs: education, prevention and policy*. 12 (1), p. 35-45. doi: 10.1080/0968763042000275308

Copello, A., Orford, J., Velleman, R., Templeton, L. & Krishnan, M. (2000). Methods for reducing alcohol and drug related family harm in non-specialist settings *Journal of Mental Health*, 9 (3), 329-343. Cit. in Butler & Bauld (2005).

Čtrnáctá, Š. (2013). Kdo je klientem? Rodina, uživatel nebo jeho blízcí? Různé terapeutické perspektivy. In *Rodina a drogy. Sborník odborné konference*. Praha: SANANIM.

Čtrnáctá, Š. (2015). Rodinná terapie. In Kalina, K. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

- De Leon, G. (2004). Terapeutické komunity pro drogové závislosti: Vývoj v Severní Americe. In Nevšímal, P. (Ed.). *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. Vznik a vývoj*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje- Magdaléna o.p.s.
- Frouzová, M. & Kalina, K. (2008). *Rodinná terapie a práce s rodinou*. In Kalina, K. et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Gjuričová, Š. & Kubička, J. (2009). *Rodinná terapie. Systemické a narativní přístupy*. Praha: Grada Publishing.
- Hajný, M. (2015). Rodinné faktory vzniku závislosti. In Kalina, K. et al. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia Nova.
- Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K. (2013). Vývoj a přehled rodinně terapeutických přístupů: Česká republika v mezinárodním kontextu. In *Rodina a drogy. Sborník odborné konference*. Praha: SANANIM.
- Kaufman, E. (2004). *Substance abuse treatment and family therapy: A Treatment Improvement Protocol (TIP) 39*. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Retrieved from: <http://store.samhsa.gov/shin/content//SMA15-4219/SMA15-4219.pdf>
- Kooyman, M. (2004). Terapeutická komunita pro závislé. In Nevšímal, P. (Ed.). *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. Vznik a vývoj*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje- Magdaléna o.p.s.
- Kratochvíl, S. (1979). *Terapeutická komunita*. Praha: Academia.
- Kuda, A. (2007). Vzájemná spolupráce TK. In: Nevšímal, P. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Česká praxe*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje- Magdaléna o.p.s.
- Mateson, L. J. & Lukic, L. (2011). Family Treatment of Adolescents and Young Adults Recovering From Substance Abuse. *Journal of Family Psychotherapy*, 22 (3), 232-246. doi: 10.1080/08975353.2011.602620

Matsumoto (Ed.). (2009). *The Cambridge Dictionary of Psychology*. New York: Cambridge University Press.

McIntyre, J.R. (1993). Family treatment of substance abuse. In S. L. A. Straussner (Ed.), *Clinical work with substance-abusing clients*. New York: Guilford Press. Cit. in Miller (2005).

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.

Miller, G. (2005). *Learning the Language of Addiction Counselling*. 2nd ed. New Jersey: John Wiley & sons.

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Tion Leštinová, Z., Rous, Z., Kiššová, L....Vopravil, J. (2016). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015. Praha: Úřad vlády ČR.

Nar-Anon Family Groups. (2017). Nar-Anon Family Groups [Online]. Retrieved April 24, 2017, from <http://www.nar-anon.org/>

National Institute for Drug Abuse (2014). Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment: A Research Based Guide.

Nevšímal, P. (Ed.). (2004). *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. Vznik a vývoj*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje- Magdaléna o.p.s.

Orford, J., Guillermina, N., Davies, J., Nava, A., Mora, J., Rigby, K. et al. (1998). Social support in coping with alcohol and drug problems at home: Findings from Mexican and English families. *Addiction Research*, 6 (5), 396-420. Cit. in Radimecký (2007a).

Peltonen, K. (2008). Integration of Family Treatment into the Mikkeli Community. *International journal of therapeutic communities*, 29 (1). Retrieved from: <http://www.eftc-europe.com/tcjournal/issues/29.1.pdf>

Podmajerský & Prillinger (2001). Ozdravenie rodiny a jednotlivcov pri drogových závislostiach. *Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholný obzor)*, 36 (3), 183-189. Cit. in Kalina (2003).

Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (2015). *Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby*. Praha: Úřad vlády ČR.

Retrieved from: https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/certifikace/Standardy_odborne_zpusobilosti_uprava_zari_2015.pdf

Radimecká, I. & Radimecký, J. (2001). Model práce s rodinnými příslušníky v terapeutické komunitě pro závislé. *Konfrontace*, 12 (3), 115-119; 12 (4), 181-187.

Radimecký, J. (2007a). Programy pro rodinné příslušníky. In Nevšímal, P. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Česká praxe*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje-Magdaléna o.p.s.

Radimecký, J. (2007b). TK v systému služeb pro uživatele návykových látek. In Nevšímal, P. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Česká praxe*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje-Magdaléna o.p.s.

Radimecký, J. (2008). *Zapojování blízkých osob do léčby uživatelů drog v podmínkách terapeutické komunity*. Disertační práce. Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky. Školitel: Doc. PhDr. Eva Šotolová, Ph.D. Praha. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/125070/24379840/>

Satir, V. (2007). *Společná terapie rodiny*. Praha: Portál.

Sims, H. (2002). *Families in Focus England: a report on a series of consultative conversations held in urban and rural areas of England during late 2001 and early 2002*. London: ADFAM. Cit. in Butler & Bauld (2005).

WHITE LIGHT I, z.ú. (2016). *Operační manuál terapeutické komunity WHITE LIGHT I. Interní materiál*. Mukařov: TK WHITE LIGHT I.

WHITE LIGHT I, z.ú. (2017). [Online]. Retrieved April 12, 2017, from <http://www.wl1.cz/>

Yandoli, D., Mulleady, G. and Robbins, C. (1990). Family therapy and addiction. G. Bennett (Ed.), *Treating drug abusers* (pp. 48-66). New York: Routledge.

10 Přílohy

Příloha 1- Informace pro účastníky výzkumu

Informace pro účastníka výzkumu

Název bakalářské práce : Co by měli rodiče klientů TK WHITE LIGHT I vědět o léčbě závislosti. *(původní název, pozn. autora)*

Cíl práce: Cílem práce je zmapovat témata, která jsou ve středu zájmu rodičů klientů terapeutické komunity WHITE LIGHT I

Řešitel: Anna Radimecká, kontakt: anna.radimecka@seznam.cz

Vedoucí práce: PaedDr. Martina Richterová-Těmínová

Kontakt: teminova@sananim.cz

Vedoucí stáže v TK WHITE LIGHT I: PhDr. Josef Radimecký PhD., MSc.,

kontakt: radimecky@wl1.cz

Řešitelka je studentkou 3. ročníku bakalářského studia adiktologie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Výzkum je prováděn v rámci závěrečné bakalářské práce. Účast ve výzkumu je dobrovolná, účastník může od výzkumu kdykoliv odstoupit bez udání důvodu. Výzkum je od počátku anonymní, nebude tedy možné aby Vás podle výsledků kdokoliv identifikoval. Záznam rozhovorů bude fixován na audiozáznam, který bude sloužit pouze pro účely bakalářské práce a po přepsání rozhovorů bude smazán. K záznamu bude mít přístup pouze řešitelka práce, nebude poskytnut třetím stranám. Výsledky budou zveřejněny v závěrečné práci řešitelky. Informovaný souhlas bude zaznamenán na audiozáznam.

V případě dalších otázek nebo zájmu o výsledky práce mě neváhejte kontaktovat!

