

Terapeutická komunita pro drogově závislé II.



Česká praxe





Terapeutická komunita pro drogově závislé II.

Česká praxe



PODĚKOVÁNÍ

Rádi bychom poděkovali Středočeskému kraji a Magistrátu hl. m. Prahy za to, že vznikla tato publikace, zvláště chceme poděkovat hejtmanovi Středočeského kraje – Ing. Petrovi Bendlovi, dále členovi Rady Středočeského kraje Mgr. Josefovi Vackovi, krajské protidrogové koordinátorce PhDr. Pavle Doležalové, pražské protidrogové koordinátorce Mgr. Nině Janyškové a MUDr. Petrovi Nevšímalovi.

Tato publikace vznikla ve spolupráci Středočeského kraje – Krajské protidrogové komise, Magistrátu hl. m. Prahy a Terapeutické komunity Magdaléna v Mníšku pod Brdy.

© MUDr. Petr Nevšímal ed.

MUDr. David Adameček, ing. Martina Berdychová, PhDr. Jiří Broža, Šárka Čtrnáctá, PhDr. Pavla Doležalová, MUDr. Jiří Dvořáček, PhDr. Magdaléna Frouzová, Mgr. Pavel Hanzal, MUDr. Petr Jeřábek, Mgr. Petra Kabátková, MUDr. et PhDr. Kamil Kalina, Mgr. Michal Kostka, Mgr. Václava Křesadlová, Mgr. Aleš Kuda, MUDr. Stanislav Kudrle, Mgr. Gabriela Mahrová, Mgr. Pavla Makovská-Dolanská, Mgr. Josef Radimecký, PhDr. Martina Richterová-Těmínová, RNDr. Martin Rataj, Jan Sobotka, 2007

Cover a typy, ©Tomáš Didunyk, 2007

ISBN 978-80-7106-937-9

Obsah

Slovo editora -----	9
----------------------------	---

I. TK v systému péče o drogově závislé

1. TK v systému služeb pro uživatele návykových látek – J. Radimecký (přístupy v léčbě uživatelů NL ve světě a v Česku a místo TK v protidrogových službách) -----	12
<i>Poznámky, literatura</i> -----	16
2. Klientela TK – P. Jeřábek (charakteristika klientely TK vzhledem k etiologii závislosti a osobnostní charakteristiky klientů vyšetřovaných autorem Rorschachovou metodou v PL Bílá Voda)–	18
<i>Literatura</i> -----	28
3. Filosofie léčby – M. Richterová-Těmínová (ideové zázemí léčby v TK s ohledem na historické prameny) -----	31
<i>Literatura</i> -----	34
4. Cíle léčby – M. Richterová-Těmínová (diskuse nad možnými a dosažitelnými cíly léčby) -----	35
5. Etika práce v TK – D. Adameček (etické otázky léčby, kodex)–	38
<i>Poznámky, literatura</i> -----	39
6. Vzájemná spolupráce TK – A. Kuda (popis dosavadní 8-leté spolupráce TK v rámci A.N.O.) -----	40
7. Vnější podmínky fungování TK a její financování – M. Berdychová (legislativní rámec a jeho vývoj, v němž jsou TK provozovány, problematika neziskového sektoru) -----	42
8. Kontrolní mechanismy – J. Radimecký (formy a nástroje kontroly efektivity vynakládaných prostředků na provoz TK) -----	49
<i>Poznámka, literatura</i> -----	56

II. Prostředí terapeutické komunity

1. Zázemí TK – J. Sobotka (význam a popis zázemí v česko-moravských TK včetně významu bezdrogového prostředí) -----	60
<i>Poznámky</i> -----	63

2. **Hierarchie a demokracie** – A. Kuda (význam uspořádání TK
a rozbor způsobu rozhodování) ----- 64
Poznámky----- 67
3. **TK a místní komunita** – M. Berdychová (význam začlenění TK
do regionu a související aspekty či problémy) ----- 68

III. Terapeutické metody

1. **Profily TK pro drogově závislé** – K. Kalina (charakteristika účinného
profilu TK a výsledky autorova výzkumu dokreslujícího prolínání
amerického a evropského modelu v českomoravských TK)----- 72
Poznámky, literatura, přílohy 1, 2, 3 ----- 75
2. **Pravidla TK.**
- a. **Klíčová pravidla a režim** – J. Broža
(význam hlavních pravidel a režimu pro léčbu v TK)----- 82
Poznámky----- 90
- b. **Fáze komunitního programu a způsob přijetí do TK**
– D. Adameček (popis fází programu,
jejich charakteristika a cíle) ----- 91
Poznámky, literatura----- 96
- c. **Denní program** – G. Mahrová
(struktura a rytmus denního programu) ----- 96
Poznámky----- 99
3. **Péče o každodenní chod komunity** – G. Mahrová
(význam sebeobslužných činností v TK) ----- 100
Poznámky----- 102
4. **Rituály TK** – Š. Čtrnáctá (popis a význam rituálů v životě TK) – 103
Literatura----- 107
5. **Terapeutické programy** ----- 108
- a. **Skupinové terapie** – P. Nevšímal (formy skupinové práce
a psychoterapie v TK) ----- 108
Literatura----- 116
- b. **Specifické skupinové techniky** ----- 117
1. *Neverbální techniky* – V. Křesadlová (význam a možnosti
práce s nonverbalitou) ----- 117
2. *Arteterapie* – P. Doležalová
(užití a možnosti arteterapie v TK)----- 120
Literatura----- 126
3. *Holotropní dýchání* – S. Kudrle
(využití HD v terapii v TK Němčice) ----- 126

c.	Individuální terapie – P. Nevšímal (formy a cíle individuální terapie a individuální práce klientů v TK) –	130
	<i>Literatura, přílohy 1, 2</i> –	134
d.	Programy pro rodinné příslušníky – J. Radimecký (význam a způsoby práce s bližními klientů) –	136
	<i>Literatura</i> –	148
e.	Zdravotní péče – P. Nevšímal (aspekty zdr. péče o klienty v TK) –	150
	<i>Literatura</i> –	153
f.	Sociální práce – P. Makovská-Dolanská (způsoby a cíle sociální práce v TK) –	153
g.	Volný čas – M. Kostka (nakládání s volným časem v TK) –	159
	<i>Poznámky, literatura</i> –	167
h.	Zátěžové programy – M. Rataj (význam a praxe zátěžových programů) –	167
ch.	Keramika – V. Křesadlová (léčebný efekt tvůrčího procesu v rámci keramiky) –	170
i.	Společné programy TK v ČR –	173
	1. <i>Olympiáda TK</i> – M. Rataj –	173
	2. <i>Kulturfest</i> – V. Křesadlová –	175

IV. Psychoterapeutický proces v terapeutické komunitě

– K. Kalina (individuální a skupinový charakter a jednotlivé činitele terapeutického procesu) –	177
<i>Poznámky, literatura</i> –	188

V. Terapeutický tým

1. Složení terapeutického týmu – J. Broža (složení ter. týmu s ohledem na osobnostní dispozice a profesní zázemí) –	192
<i>Poznámka</i> –	199
2. Vzdělávání pracovníků TK – M. Frouzová (historický exkurz do problematiky vzdělávání ve světě a v ČR a nejdůležitější okruhy vzdělávacího procesu) –	200
<i>Literatura</i> –	217
3. Manuál supervize TK – M. Frouzová (kontrakt, způsob a techniky poskytování supervize) –	218
<i>Literatura</i> –	222
4. Případová studie supervize TK – M. Frouzová (popis vlastní zkušenosti s vývojem supervize v TK) –	223

VI. TK ve specifických podmínkách

1. **TK v podmínkách psychiatrické léčebny** – J. Dvořáček
(možnosti aplikace modelu TK v PL a její limity) ----- 240
Literatura ----- 246
2. **TK pro adolescenty** – P. Kabátková
(možnosti léčby dospívajících a její aspekty v TK) ----- 247
Žkratky, literatura ----- 261
3. **Léčba závislosti na drogách matek s dětmi v TK** – P. Hanzal -- 263
(specifika programu TK Sananim Karlov)
4. **Duální diagnózy** – P. Nevšímal (možnosti léčby klientů
s duální dg. v TK a její limity) ----- 273
Poznámka, literatura ----- 281

VII. Efektivita a budoucnost TK

1. **Úspěšná léčba v TK pro drogově závislé a její předpoklady,
kvantitativní a kvalitativní hlediska** – K. Kalina (výsledky, kritéria
a prediktory úspěšné léčby) ----- 284
Poznámky, literatura ----- 291
2. **Budoucnost TK** – M. Frouzová (možné osudy TK pro drogově
závislé v kontextu společenského vývoje) ----- 294

Přílohy (Základní informace pro klienty užívané v TK Magdaléna)

- Pravidla v terapeutické komunitě ----- 304
Obsah léčebných fází a přestupy ----- 305
Odpovědnostní funkce ----- 307
Program týdne ----- 310

Autoři ----- 312

Adresář TK ----- 317

Slovo editora

Tato publikace navazuje na knihu *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. – Vznik a vývoj* vydanou Středočeským krajem v r. 2004. V ní jsme se mohli dozvědět o historických kořenech a souvislostech vývoje této ojedinělé terapeutické metody jak ve světě, tak v Česku, o užití modelu TK pro léčbu drogově závislých, jeho základních principech a účinných faktorech ve světě.

Původní česká odborná literatura na toto zajímavé téma byla dosud kupodivu velmi chudá. Přitom u nás již od padesátých let 20. století vznikaly a velmi efektivně působily mnohé terapeutické komunity nejen v oboru adiktologie a některé z nich byly na špičkové úrovni srovnatelné se světem (např. komunity zakládané odborníky jako jsou F. Knobloch, J. Skála, S. Kratochvíl). Po dlouhou dobu byla jedinou komplexnější monografií na téma terapeutické komunity publikace Stanislava Kratochvíla z r. 1979, a to i přes současný rozvoj protidrogových komunit od devadesátých let.

Když jsme spolu s kolegy v r. 1998 zakládali terapeutickou komunitu, museli jsme vycházet z ústně předávané tradice zkušenějších odborníků v oboru a ze stručných materiálů o TK Němčice omezených v podstatě jen na základní pravidla. To přinášelo nutnost celý koncept TK od základu promyšlet a přibližovat realitě použitelné v našich podmínkách. Podobným procesem procházely všechny zakládající týmy komunit v Česku, což s sebou neslo mnohé pochybnosti a nejistoty, nutnost experimentovat a na základě zkušeností koncept neustále aktualizovat. Nicméně pravděpodobně díky kombinaci tradice skupinových psychoterapeutických výcviků a českých zkušeností v komunitní léčbě závislých u nás vznikly komunity, které jsou svou efektivitou přinejmenším srovnatelné s obdobnými zařízeními ve světě.

V poslední době se praxe v jednotlivých komunitách standardizovala a vzájemně přibližovala výměnou zkušeností na poli sekce terapeutických komunit A.N.O. Komunity v Česku si tak jsou ve svých základech velmi podobné a nyní se jimi inspirují i komunity vycházející z jiných (např. křesťanských) ideových základů.

Díky této tradici kvalitní otevřené mnohaleté spolupráce mohla vzniknout i tato publikace popisující současnou českou praxi. Edičním záměrem bylo co nejdříve postihnout celý proces léčby klientů závislých na drogách v TK a podat ucelený přehled o našem současném stavu znalostí a praktických dovedností. Na publikaci se proto podílí deset bývalých nebo současných vedoucích TK a další významní odborníci z oboru působící v jejich managementu nebo na jejich supervizi.

Doufám, že se tento záměr zdařil, a věřím, že tato publikace přispěje k dalšímu rozvoji odborné diskuse na téma léčby závislých a k rozšíření znalostí studentů i budoucích spolupracovníků v našem zajímavém oboru.

I. TK v systému péče o drogově závislé



TK v systému služeb pro uživatele návykových látek

Josef Radimecký

Hlavní vlivy na rozvoj služeb

Spektrum různorodých a na sebe vzájemně navazujících služeb, jež nabízejí pomoc uživatelům návykových látek (a jejich blízkým) v různých fázích jejich užívání drog a pokusů své závislé chování změnit, neexistuje v podobě, jak ji známe dnes, příliš dlouho. Různé typy drogových služeb vznikaly a vyvíjely se v průběhu posledních zhruba 70 let a jejich podoba a priority byly ovlivňovány jednak širším dobovým kontextem, jednak posuny ve vědě a výzkumu. Pod pojmem dobový kontext se skrývá celá řada historických, kulturních, sociálních a politických vlivů, které determinovaly dobový pohled společnosti na užívání drog v různých etapách jejího vývoje i na jejich uživatele, stejně jako názor, kdo je na problém užíváním návykových látek odborníkem a jak tento problém řešit (Stimson, 1990). Vědě a výzkumu vděčíme za různé koncepty závislosti od původního medicínského-biologického pojetí až k současně akceptovanému bio-psycho-sociálnímu modelu závislosti (Edwards a kol., 1981), které ovlivňovaly a dodnes ovlivňují charakter a nabídku drogových služeb.

Diagnóza „drogová závislost“

Počátky budování systému služeb pro uživatele návykových látek lze patrně datovat do roku 1934. Právě tehdy byla v USA „drogová závislost“ poprvé v historii lidstva definována jako nemoc, když byla její diagnóza zařazena do kategorie „duševních poruch“ Standardního klasifikovaného názvosloví nemocí Americké psychiatrické asociace (Szasz, 1985). Podle některých autorů byla hlavním motivem pro tento krok snaha odborné obce, aby bylo se „závislými“ lidmi ze strany nepřátelsky naladěné většinové společnosti zacházeno lépe a byla jim poskytnuta odpovídající pomoc (Heather a Robertson, 2000). Nevyhnutelným důsledkem tohoto kroku bylo, že se koncept závislosti jako

nemoci stal legitimním objektem vědeckého zkoumání a hledání způsobů, jak uživatelům alkoholu a jiných drog pomoci se z jejich závislosti „vyléčit“.

Ne snad, že by před rokem 1934 neměli lidé s užíváním návykových látek problémy. Ale vzhledem k tomu, že se zhruba do počátku 20. století ve větší míře jednalo o příslušníky bohatších vrstev, bylo užívání látek měnicích vědomí společností vnímáno převážně jako soukromá záležitost (Berridge, 1989). Lidé, kteří si na užívání drog vypěstovali návyk měli možnost si návykové látky obstarávat v lékárnách, kde byly volně dostupné a víceméně jen v ojedinělých případech vyhledávali pomoc lékařů. Ti se na léčbu závislého chování, v podobě jak ji známe dnes, nespécializovali. Až rozšíření užívání návykových látek mezi příslušníky potenciálně nebezpečných vrstev obyvatel – chudinou, umělci, galerkou a/nebo cizinci – změnilo náhled společnosti na užívání alkoholu a jiných drog jako na chování ohrožující veřejnou morálku a národní zájmy (Manderson, 1999). To vedlo k vzednutí odsuzujícího přístupu dobových moralistů, jež vyústilo v USA v zavedení desetileté neúspěšné alkoholové prohibice a k postupnému zavádění prohibice i na další typy do té doby volně dostupných drog. Jak již bylo zmíněno, reakcí obce amerických psychiatrů na dobový postoj společnosti vůči uživatelům návykových látek bylo uznání závislosti jako nemoci. To na jedné straně pomohlo řadě lidí, aby přestali být společností kvůli užívání alkoholu (drog) obviňováni a mohli podniknout kroky pro svoji úzdravu, na straně druhé učinil tento krok na dlouhou dobu hlavními odborníky na léčbu závislého chování lékaře – psychiatry.

Tři hlavní přístupy k uživatelům drog

Monopol lékařů-psychiatrů, z nichž někteří se na léčbu závislosti postupně specializovali a věnovali se jí buď ambulantní formou ve svých ordinacích nebo v za tím účelem budovaných rezidenčních odvykacích klinikách, trval ve světě zhruba do 80. let 20. století, i když v České republice se s ním bylo možné setkat ještě v první polovině 90. let (Kalina, 1993). Tito specialisté používali dva hlavní léčebné přístupy: 1) *preskripci* zprvu původně užívané látky (např. heroinu či morfinu), později substituční látky metadonu či dalších preparátů a 2) *léčbu k abstinenci* zpravidla sestávající z detoxifikace a z různé dlouhé odvykací léčby v různé míře kombinující medikaci, behaviorální a psychoterapeutické postupy.

Impulz ke vzniku nových typů služeb, jež primárně neusilují o odrazení uživatelů drog od dalšího užívání, ale o minimalizaci rizik s jejich chováním spojených, je přisuzován nástupu HIV/AIDS na počátku 80. let minulého století a rychlosti jejího šíření mezi injekčními uživateli drog v některých částech světa. Proto bylo riziko šíření HIV/AIDS mezi uživateli drog tehdy definováno jako větší problém než užívání ilegálních drog *per se* (Stimson, 1995). To vedlo

ke vzniku celého spektra služeb v literatuře často souhrnně označovaných jako přístup *harm reduction* (Hunt a kol., 2003), který tvoří vedle preskripce a léčby k abstinenci třetí základní přístup k uživatelům návykových látek a současně přivedl do služeb pro uživatele drog i představitele jiných profesí (Berridge, 1989), jež se postupně stále více uplatňovaly i v tradičních léčebných programech dosud vyhrazených převážně zdravotnickému personálu.

Současné terapeutické komunity ve světě

Současné terapeutické komunity v Evropě obvykle pracují jako rezidenční programy léčby pro uživatele drog (Page, 1983) a vycházejí ze dvou předcházejících konceptů. Prvním je „komunita jako metoda“ (Lloyd a O’Callahan, 1995), druhým je původní model „svépomocných terapeutických komunit pro uživatele drog“, jež vznikaly v USA po roce 1958. První model staví na průkopnické práci Maxwella Jonese a jeho kolegů z nemocnice v Belmontu v letech 1947–1959. Ti se snažili nahradit dosavadní dominanci zdravotnického personálu v psychiatrických odděleních vybudováním demokratického systému (odtud pojem demokratické TK) prostřednictvím zavedení spolurozhodování pacientů. Jones definoval pět základních principů terapeutické komunity (Jones, 1953), jež jsou obecně, i když v různých modifikacích akceptovány i v současných terapeutických komunitách pro uživatele drog.

Sám Jones (1979) nazývá jím vytvořený typ komunit jako „staré“, zatímco „nové“ (nebo též hierarchické) jsou podle něj rezidenční „*terapeutické komunity pro uživatele drog*“ jako byl Synanon (první svépomocná komunita vybudovaná ex-userem Dederichem v roce 1958 v USA) a jeho pozdější modifikace. Americké svépomocné komunity využívaly skupinu vrstevníků pro řešení problémů svých rezidentů zpravidla bez účasti profesionálů. Jejich filosofie vycházela ze základních principů Anonymních alkoholiků (Anonymní alkoholici, 1989), kteří vnímají závislost jako nemoc, vůči níž je jedinec bezmocný, a jediným řešením je absolvovat 12 kroků pro spirituální probuzení a nabytí víry ve „vyšší moc“, jež mu může pomoci. Tyto komunity používaly tzv. Minnesotský model (tj. model závislosti jako nemoci), který vnímá jednotlivce jako nemocného (tj. bezmocného) v permanentním stadiu úzdravy (Cook, 1988) a je založen na abstinenci od drog. Tento přístup je podroben odborné kritice řady autorů (např. Smith a kol., 1985).

První terapeutické komunity pro uživatele drog se v Evropě objevily zhruba v 70. letech 20. století (Kooyman, 1993). Od té doby se jejich evropské modifikace posunuly směrem od modelu závislosti jako nemoci k více holistickému přístupu. Zdá se, že se adaptovaly na zvýšené požadavky na profesionalitu, vzdělávání a výzkum v oblasti léčby uživatelů drog, což dokumentovala řada autorů. Např. Hesta (1984) na příkladech zavádění nových terapeutických metod

(např. psychodrama, bonding terapie) a na důrazu, který byl kladen na potřebu zapojovat rodinné příslušníky do léčby uživatelů drog. Wallace (1992) referuje o zavedení bio-psycho-sociálního přístupu, který komunitám dovolil uplatňovat biologicky, psychologicky a sociálně-environmentálně založené intervence. Broekaert a kol. (1999) píše o posunu od původně konfrontačního přístupu terapeutických komunit k více terapeutickému, tj. založenému na dialogu mezi rezidenty a personálem. Názor o významném posunu v léčbě závislého chování v terapeutických komunitách podporuje i Roldan (2001), který zdůrazňuje potřebu pomoci drogově závislým uvědomit si prostřednictvím práce s přenosy a protipřenosi ve skupinové terapii jejich potřeby v interpersonální oblasti.

Současný model terapeutických komunit definuje De Leon (1995, 2000) jako program rezidenční léčby účelně využívající skupinu vrstevníků k facilitaci sociální a psychosociální změny v chování jednotlivce. Všechny aktivity jsou tudíž uzpůsobeny tak, aby přispívaly k dosahování terapeutických a výchovných změn v chování jednotlivce, přičemž všichni zúčastnění jsou mediátory těchto změn. Hlavním cílem komunit je podpořit osobní růst klientů – uživatelů drog (Světová federace terapeutických komunit, 1982).

České terapeutické komunity v systému služeb pro uživatele drog

V České republice začaly být terapeutické komunity budovány po změně společenského řádu po roce 1990 (Nevšímal, 2004). Ale oficiálního uznání jako legitimní léčebné modality pro uživatele návykových látek se jim dostalo až v roce 2005 po schválení zákona č. 379/05 Sb. o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami, v němž jsou terapeutické komunity definovány jako služba odborné péče (§ 20, písm. h).¹ Jejich rámcová definice se objevuje i v poslední verzi návrhu zákona o sociálních službách, který od první poloviny 90. let 20. stol. v několika verzích opakovaně zpracovává ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) a dosud neúspěšně předkládá ke schválení Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR.

Tato dichotomie odráží specifické podmínky českých terapeutických komunit, které 1) dlouho čekaly na své oficiální uznání jako legitimní drogové služby a jejich představitelé se je pro jistotu snažili začlenit do obou typů zákonů. Nebylo totiž jasné, zda některý ze zmíněných zákonů bude kdy schválen a pokud ano, který dříve a 2) v naprosté většině jsou nuceny získávat část finančních prostředků na svůj provoz z rozpočtů ministerstva zdravotnictví (MZ) i práce a sociálních věcí². I proto zpravidla svoji práci s klienty deklarují jako léčbu (pro MZ) a resocializaci (pro MPSV) uživatelů drog. Z toho je patrné, že jed-

ním z problémů, s nímž se terapeutické komunity v otázce zařazení do systému služeb pro uživatele návykových látek (patrně nejenom v ČR) potýkají, je skutečnost, že jsou svým mezioborovým charakterem a postupy integrujícími intervence z oborů zdravotnictví, sociální práce či výchovy a vzdělávání – obtížně zařaditelné do „škatulek“ zdravotnické péče, sociálních služeb či školství. Jde tedy doslova o mezioborový a mezirezortní typ drogových služeb obtížně zařaditelný v úzce oborovém chápání, jež je v českém prostředí poměrně tradiční.

S ohledem na tři zmíněné hlavní přístupy k práci s uživateli návykových látek se terapeutické komunity řadí do skupiny služeb „léčby“ k abstinenci, jež spadají do širší kategorie sekundární prevence. Jsou určeny pro ty uživatele návykových látek, kteří se z řady různých důvodů rozhodli naučit se žít bez užívání drog. Klienti do nich mohou být referováni z předcházejících typů drogových služeb, ať už z nízkoprahových kontaktních center, z ordinací lékařů poskytujících ambulantní či substituční léčbu, z detoxifikačních jednotek nebo i z krátkodobých programů rezidenční léčby v psychiatrických léčebnách. Délka programu (od střednědobé, tj. 6–8 měsíců po dlouhodobou, tj. 9–15 měsíců), jeho struktura a nároky na klienty vedou k tomu, že jejich služeb využívá jen relativně malá část všech problémových uživatelů drog. Na jejich práci s klienty na cestě k trvalé abstinenci nebo ke kontrolovanému užívání navazují již jen doléčovací programy resp. programy následné péče ambulantního či rezidenčního typu. Terapeutické komunity tak v uceleném systému služeb pro uživatele drog představují typ služby s vysokým prahem, jež tvoří jakýsi pomyslný předvrchol v pyramidě služeb pro uživatele drog na cestě k vyřešení problémů spojených s užíváním návykových látek.

Poznámky

1. „Rezidenční péče v terapeutických komunitách, kterou je program léčby a resocializace ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče a v nezdravotnických zařízeních v obvyklém rozsahu 6 až 15 měsíců.“
2. I když v současné době je vedle ministerstva práce a sociálních věcí na základě dohody s pracovníky ministerstva zdravotnictví hlavním donorem provozu terapeutických komunit mezirezortní Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky při Úřadu vlády ČR, jež se zaměřuje na financování mezioborových služeb pro uživatele drog.

Literatura

- Anonymní alkoholici (1989): *Anonymní alkoholici: Příběh o tom, jak se tisíce mužů a žen vyléčilo z alkoholismu, český překlad*, Alcoholics Anonymus World Services, Inc. New York City.
- Berridge, V. (1989): Historical Issues. In: MacGregor, S., (Ed.): *Drugs and British Society: Responses to a Social Problem in the Eighties*, London: Routledge.
- Broekaert, E., Van der Straten, G., Kooyman, M. (1999): The therapeutic community for ex-addicts: A View from Europe. *Therapeutic Communities*, 20(4), str. 255–265.
- Casriel, D. (1963): *So Fair a House: The Story of Synanon*, Prentice Hall Inc., Englewood Cliffs, New York.

- Cook C. C. H. (1988): The Minnesota Model in the Management of Drug and Alcohol Dependency: miracle, method or myth? Part 1. The Philosophy and the Programme. *British Journal of Addiction*. 83, str. 625–634.
- De Leon, G. (1995): Residential therapeutic communities in the mainstream: Diversity and issues. *Journal of Psychoactive Drugs*, 27(1) str. 3–15.
- De Leon, G. (2000): *The Therapeutic Community, Theory, Model and Method*. New York, Springer Publishing.
- Edwards, G., Arif, A. & Hodgson, R. (1981): Nomenclature and classification of drug use and alcohol related problems. *Bulletin of the World Health Organization*, 59, str. 225–242.
- Frye, R. V. (1986): To fill the void: Heterodox programming in a drug-free residential treatment from addiction- Utilizing a Theoretical Position from Evolutionary Biology. *Journal of Psychoactive Drugs*. 18(3), p. 267–275.
- Heather, N. a Robertson, I. (2000): *Problem Drinking*, Oxford: Oxford University Press.
- Hesta, H. (1984) „The third generation of concept therapeutic communities: A change of the concept from self-help to more professionalism. *Proceedings of the First European Conference on Milieu Therapy*. Katrineholm, Sweden: Vallmotorp Foundation.
- Hunt, N., Ashton, M., Lenton, S., Mitcheson, L., Neolez, B. a Stimson, G. (2003): A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use, <http://forward-thinking-on-drugs.org/review2-print.html>
- Jones, M. (1953): *The Therapeutic Community: A new Treatment Method in Psychiatry*, Basic Books, New York.
- Jones, M. (1979): Therapeutic communities: old and new, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 6/2, str. 137–149
- Kooyman, M. (1993): *The Therapeutic community for addicts: Intimacy, parents involvement and treatment success*, Swets en Zeitlinger, Amsterdam.
- Lloyd, C. a O'Callaghan, F. (1999): Hierarchical therapeutic communities: The jewel in the crown or the poor relation among treatment approaches to chronic addiction? *Therapeutic Communities*, 20 (4), str. 266–279.
- Manderson, D. (1999): Symbolism and racism in drug history and policy, *Drug and alcohol review* 18, str. 179–186.
- Nevšimal, P. Ed. (2004): *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. – Vznik a vývoj*, Stře- dočeský kraj a Magdaléna, o. p. s., str. 192–196.
- Page, R. C. (1983): Social change in a therapeutic community. *The International Journal of the Addictions*, str. 769–776.
- Roldan, G. (2001): Treatment of drug addicts by a professional staff team using a therapeutic community and group psychotherapy. *Therapeutic Communities*, 22(1), str. 29–40.
- Simpson, D., Joe, G., Rowan-Szal, G., Greener, J. (1997): Drug Abuse Process Components that Improve Retention. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 4(6), str. 567–572.
- Smith, D. E., Milkman, H. B., Sunderwirth, S. G. (1985): Addictive Disease: Concept and Controversy. In: Frye, R. H. (1986).
- Stimson, G. (1990): AIDS and HIV: the challenge for British drug services. *British Journal of Addiction* 85, str. 329–339.
- Stimson, G. (1995): AIDS and injecting drug use in the United Kingdom, 1987–1993: the policy response and the prevention of the epidemic. *Social Science and Medicine* str. 699–716.
- Szasz, T. (1985): *Ceremoniální chemie: Rituální perzekuce drog, toxikomanů a dealerů*, česká verze Votobia 1996.
- Vos, H. (1984): Separational Conflicts and Their Impact on the Therapeutic Community. *Journal of Psychoactive Drugs*, 16(1), str. 57–62.
- Wallace, B. (1992): *The Chemically Dependent: Phases of Treatment and Recovery*. New York, Brunner/Mazel Publishers.

I. Epidemiologický a anamnestický popis

Popisná data týkající se klientely českých terapeutických komunit (TK) sdělil r. 2002 Nevšimal (35). Na základě dotazníkového šetření u 261 klienta zjistil, že bylo mezi nimi 64% mužů a 36% žen o věkovém průměru 23 let. Svůj zdravotní stav hodnotilo jako dobrý 50% respondentů, 30% udávalo drobné, 15% chronické a 5% závažné problémy. Objektivně byla u 38% zjištěna virová hepatitida typu B nebo C. 50% mělo základní vzdělání, 25% bylo vyučeno, 25% s maturitou. 25% mělo stálější zaměstnání, 15% příležitostné, 60% žádné (z toho 40% bylo evidováno na pracovním úřadu), 45% mělo stabilní ubytování (ve svém), 20% provizorně (pronájem), 25% neuspokojivé (toxi-byt), 7% v azylu, 4% nebydlela. 50% bylo bez problému se zákonem, u 22% probíhalo trestní stíhání, 25% bylo odsouzeno (převažoval podmíněný trest), 4% byla uložena ochranná léčba. Preferenční droga: byli vesměs závislí na heroinu nebo na pervitinu v poměru 50 : 50, 40% užívalo obě látky, 50% navíc marihuanu, 1/3 alkohol. 94% si drogu aplikovalo intravenózně (i. v.). První i. v. užití průměrně v 17, 5 letech, průměrná doba i. v. užívání 5 let.

Co přinášejí podobná data klinikovi? Je nutno uvážit některé metodologické chyby: např. na TK Fides Bílá Voda bylo v té době doporučováno, aby se klient před plánovaným nástupem do TK zaregistroval na pracovním úřadě, což řada kandidátů (původně neregistrovaných) učinila. Mnoho dat je znepokojivých, např. promořenost virovými hepatitidami, která od doby Nevšimalova sledování zřejmě dále vzrostla. Řada sociálních charakteristik poukazuje na nutnost socioterapeutické podpory, což je známo.

Co z podobných epidemiologicko-anamnestických popisů nevyplývá, je odpověď na zásadní rozpor: na jedné straně lidská bytost jako jedinečná bio-psycho-socio-spirituální entita; na straně druhé zdevastovaný toxikoman, kterého se zřídka vlastní rodina. Jaké jsou síly a mechanismy, které určují, že se osud jedince ubírá autodestruktivním směrem? Je osoba náhodnou obětí drogové mafie a má prostě smůlu nebo existuje něco jako predispozice k dro-

gové kariéře? Na tyto otázky se pokouší odpovědět adiktologická teorie zkoumáním složitých etiopatogenetických vlivů, které jsou zřejmě (podstatnou měrou) společné celému okruhu látkově závislých jedinců včetně alkoholiků, u kterých se většinou s podobnými výzkumy začalo.

II. Etiologie drogové závislosti

V literatuře týkající se etiologie drogové závislosti panují dvě shody: 1. velké množství různých názorových pohledů; 2. drogová závislost je velmi složitý jev kombinované bio-psycho-socio-spirituální povahy, přičemž spirituálním se chápe kontinuum existenciální-religiózní.

V českém písemnictví rozdělil etiologické faktory drogové závislosti do 4 tříd Urban, 1973 (50), který uvažoval činitele: 1. farmakologické (droga); 2. somatické a psychické (osobnost); 3. environmentální (prostředí); 4. precipitující (podnět). Uvedené vlivy jsou v každém jednotlivém případě drogové závislosti přítomny všechny, a to ve složitých vzájemných příčinných interakcích. Takové schéma nazval Urban jako interakční čtyřstěn drogové závislosti.

Obdobně pojednávají o problému Bruno a kol., 1991 (6), když považují hledání jediné (nutné a postačující) příčiny zneužívání drog za nemožný a zbytečný úkol. Namísto toho zdůrazňují interakci 3 základních faktorů: jedince, prostředí a substance. V současné době se preferuje členění na následující etiologické okruhy (15) 1. genetické a biologické; 2. psychopatologie, osobnost a temperament; 3. psychologické; 4. sociokulturální.

1. Genetické a biologické modely

■ a) Genetické faktory

Z epidemiologických studií je dokumentována familiární tendence ke vzniku látkové závislosti. Meuller a kol., 1988 (34) zjistili signifikantně vyšší prevalenci drogové závislosti mezi biologickými příbuznými hospitalizovaných drogově závislých. Shuckit, 1987 (41) našel, že monozygotní dvojčata vykazovala vyšší shodu v preferenci nealkoholové drogy než dvojčata dizygotní.

Pokud se týká výzkumu konkrétních genetických variant, je nutno zmínit klasickou práci Bluma a kol., 1996 (4), jež zjistila souvislost mezi výskytem syndromu narušené závislosti na odměně (RDS-reward deficiency syndrome) a variantní podobou genu pro receptor D2, označovanou jako alela A1. RDS zahrnuje různé formy a stupně impulzivního, kompulzivního a adiktivního chování (včetně závislosti na psychotropních látkách). Etiopatogenetický mechanismus se vysvětluje geneticky podmíněnou nižší densitou receptorů D2 a z toho vyplývající nižší dopaminergní aktivitou v mozgovém systému odměny.

Důležitá je interakce mezi vrozenou vulnerabilitou a environmentálními rizikovými faktory. Kendler, 1995 (18) v této souvislosti zdůrazňuje genově environmentální interakci (GxE) spíše než jen „aditivní“ model, který předpokládá nezávislost patogenního vnějšího prostředí na genotypu.

■ b) *Neurobiologie drogové závislosti*

Neurobiologický model drogové závislosti vychází z ústřední role mozkového systému odměny (brain reward mechanismus) Morfologicky se jedná o mesolimbický dopaminergní systém s klíčovými strukturami: nucleus accumbens, ventrální tegmentální area a jejich propojení s některými limbickými oblastmi a s mozkovým kortexem. Mesolimbický dopaminergní systém zaujímá klíčovou roli ve formování spojení mezi významnými kontextuálními podněty a vnitřními averzivními či odměňujícími ději. Dopaminergní aktivace učí organismus rozpoznávat takové podněty. Dle některých autorů (43, 52), dlouhodobé neuroadaptivní změny v těchto oblastech v důsledku chronického užívání drog úzce souvisí s nutkavým charakterem chování zaměřeném na získání drogy a též s relapsem.

20
Systém odměny lze chápat jako oblast, která konvertuje emoce v motivovanou akci a pohyb, respektive moduluje signály z limbických oblastí (zejména z amygdaly, frontálního kortexu a hippocampu) a překládá je do motorických projevů cestou výstupů do extrapyramidového systému (23, 39). Systém odměny je evolučně starým, přirozeným a nezbytným funkčním systémem, regulujícím udržení dlouhodobé homeostázy organismu. Všechny druhy savců jsou náchylné k návyk-formujícímu efektu opioidů a psychostimulancií. Rekreační užívání těchto látek představuje pravděpodobně významné riziko pro většinu, ne-li všechna individua (9).

Drogy využívají řadu stejných centrálních neurochemických cest jako přirozené zdroje odměny (např. potrava, tekutiny, sex), u kterých jsou tyto cesty substrátem motivačních účinků potřebných k zachování kontinuity jedince. Na rozdíl od přirozeného zdroje odměny, účinek drog není závislý na stimulaci periferních sensorických receptorů, neboť droga vstupuje do mozku a přímo aktivuje klíčové centrální mechanismy. Výsledkem této zkratky je vynechání některých adaptivních mechanismů, které představují omezení v účincích přirozených zdrojů odměny (8).

Jak shrnuje Dvořáček (9), neurobiologický model závislosti byl v 90. letech chápán spíše v souvislosti se systémem lokalizovaným do základních struktur systému odměny, vysvětlovaným na buněčné a molekulární úrovni změnami v jednom neurotransmiterovém systému a v jedné transdukční cestě. Akcentoval se význam mesolimbického dopaminergního systému, tj. propojení oblastí area ventralis tegmentalis Tsai s nucleus accumbens septi a odtud dále do prefrontálního kortexu. Postupně je zaznamenán přechod k modelu více

komplexnímu a dynamickému, se zapojením více funkčních okruhů. Dopaminergní projekce z ventrální tegmentální arey směřuje i do dalších limbických oblastí – do tuberculum olfactorium a amygdaly. Nucleus accumbens septi se funkčně liší od striata. Získává silné excitační aferenty z limbických struktur (prefrontální kortex, hippocampus, amygdala). Za jeho klíčovou funkční strukturu se pokládá triáda složená z: 1. dendritických trnů GABA-inerního medium spiny neuronu; 2. excitačního glutamátového zakončení z prefrontálního kortexu a hippocampu; 3. inhibičního zakončení dopaminových buněk z ventrální tegmentální arey. V této triádě probíhá dopaminová modulace hlavního excitačního přívodu do výstupních neuronů (38).

V širším pojetí je za základní anatomický substrát systému odměny považována tzv. prodloužená (extended) amygdala, předpokládaná již r. 1923 Johnstonem. Tvoří ji: mediální zadní oblast nucleus accumbens (zvaná shell), jádro bed nucleus striae terminalis, sublentikulární substantia innominata a centrální jádro amygdaly. Prodloužená amygdala dostává aferentaci z limbických struktur, jako je bazolaterální amygdala a hippocampus. Eferenty vysílá do mediální části ventrálního pallida a do laterálního hypothalamu (10, 16, 24, 25). Neurotransmitterově se zde uplatňují především: dopamin, glutamát a opioidní peptidy.

Celý systém odměny je úzce funkčně spojen se systémem stresovým (hypothalamo-pituitarno-adrenálním a extrahypothalamickým kortikoliberinovým) a s tzv. kortiko-thalamo-striatální smyčkou (24).

2. Psychopatologie, osobnost a temperament

V adiktologické literatuře se v úvahách o etiologii látkových závislostí rozumí pod pojmem psychopatologie především oblast nepsychotických poruch. Výzkumné práce na toto téma existují zhruba od počátku 60. let minulého století. Zpočátku byl zájem soustředěn převážně na alkohol. McCordovi zjistili v r. 1960 (31), že agrese a sadistické chování u delikventních chlapců predikuje vývoj alkoholismu v dospělosti. Dalšími zjištěními bylo, že dětská hyperaktivita kombinovaná s poruchami chování souvisí s výskytem alkoholismu v dospělosti. Tarter a kol., 1977 (48) našli vyšší výskyt dětské hyperaktivity a minimální mozkové dysfunkce u primárních neboli „esenciálních“ alkoholiků než u „reaktivních“. U nealkoholických drog jsou výzkumné závěry obdobné. Boyle a kol., 1992 (5) na základě výsledků prospektivní studie konstatoval asociaci mezi poruchami chování v časně adolescenci a užíváním drog. Skupina dětí byla poprvé vyšetřena ve věku 12–16 let kvůli užívání psychotropních látek (tabák, alkohol, marihuana, tvrdé drogy) a současně byl sledován výskyt psychických poruch (poruchy chování, pozornosti, emoční problémy – pocity úzkosti a deprese). Následné sledování bylo provedeno za 4 roky. Zjistila se statisticky významná souvislost mezi poruchami chování v časně adolescenci a užíváním marihuany a tvrdých drog v pozdní adolescenci.

22

Hesselbrockovi s Epsteinovou, 1999 (15) konstatují, že je těžké stanovit specifický etiologický mechanismus, který spojuje problémové chování dětského věku s rozvojem alkoholismu nebo abúzu drog v dospělosti. Koncept „problémového chování dětského věku“ zahrnuje široké spektrum behaviorálních problémů dětí, jako je hyperaktivita, minimální mozková dysfunkce, emoční problémy a deviantní chování (včetně vandalismu, agrese, hostility). Tato konstelace často predikuje problémové užívání psychotropních látek v adolescenci a výskyt či závažnost poruch spojených s užíváním látek u dospělých pacientů. Je však těžké identifikovat specifické chování, které ovlivňuje rozvoj abúzu. O to se pokusil Windle, 1996 (55) a našel vysokou vzájemnou korelaci mezi různými druhy tzv. externalizovaného chování (poruchy chování, porucha pozornosti/hyperaktivita, porucha opozičního vzdoru) mezi adolescenty. Adolescentní „střední“ pijáci vykazovali vyšší frekvenci těchto poruch než „lehčí“ pijáci a problémoví pijáci vykazovali více problémového chování než „střední pijáci“. Výsledky studie ukazují na přímo úměrný vztah mezi problémovým chováním dětského věku a vyšší konzumace či závažností alkoholických problémů v adolescenci. Hesselbrock, 1986 (14) rozdělil problémové chování na hyperaktivitu, deficit pozornosti, impulzivitu a jiné problémové chování a zkoumal jejich prediktivní hodnotu ve vztahu k alkoholismu. Zjistil, že problémové chování souvisí s určitým typem alkoholismu v dospělosti, jmenovitě s alkoholismem spojeným s antisociální poruchou osobnosti.

Další práce se týkaly výzkumu temperamentu jako rizikového faktoru abúzu alkoholu a drog. Temperamentové charakteristiky mohou predikovat behaviorální problémy a pozdější abúzus látek, zvláště v adolescenci. Temperamentem se rozumí rozdíly v aktivitě, v reakcích na změny v okolí či ve vzrušivosti (1). Tyto rozdíly jsou vrozené a tvoří rané stavební kameny pro pozdější osobnost jedince (49). Blockovi a Keyes 1988 (3) hovoří v této souvislosti o přizpůsobivosti *ego* a o *ego* kontrole a ve své longitudinální studii zjistili, že dívky, které měly tyto *ego* funkce sníženy, užívaly ve 14 letech marihuanu. Na druhé straně užívání marihuany chlapci bylo predikováno jejich nízkou *ego* kontrolou, ale nikoliv dřívější přizpůsobivostí *ego*.

Některé teoretické modely považují temperament za klíčový pro rozvoj závislosti na alkoholu. Cloningerova, 1987 (7) hypotéza uvažuje, že na základě biologicky dané osobnostní charakteristiky je možno rozlišovat mezi 2 typy alkoholismu. Typ 1 charakterizují tři vrozené osobnostní dimenze: nízké vyhledávání nového, vysoké vyhýbání se ohrožení, vysoká závislost na odměně. Typ 2 je spojován s opačným rozměrem těchto charakteristik. Masse a Tremblay, 1997 (30) zjistili, že dva z těchto typologických rysů jsou prediktorem časného výskytu užívání látek. Ve studii předškolních dětí konstatovali, že vysoká míra vyhledávání nového a nízké vyhýbání se ohrožení (měřeno

v 6 letech věku) predikovalo časný výskyt kouření cigaret, opíjení se a užívání jiných drog v adolescenci.

Tarter, 1988 (46) a Tarter s kol., 1990 (47) navrhli širší temperamentový model alkoholismu, který zahrnuje 6 dimenzí temperamentu, které mohou být vrozené: úroveň aktivity, stálost období pozornosti, schopnost se utiřit, emocionalita, reakce na potravu, sociabilita. Se zvýšeným rizikem rozvoje alkoholické problematiky byla spojována nízká kapacita pozornosti, vysoká emocionalita, nízká sociabilita. K tomu doplnili J. Lerner s Vicarym, 1984 (29) a Ohannesian s Hesselbrockem, 1995 (37), že některé trsy temperamentových rysů, které vytvářejí tzv. „těžko vychovatelný temperament“ (vysoká úroveň aktivity, nízká flexibilita a nízká orientace na úkoly, nestabilita nálad, sociální stažení), souvisí s užíváním nebo abúzem látek.

Wills a kol., 2001 (54) se zabývali rizikovými faktory u časného výskytu látkového abúzu, a to z hlediska teorie zvládnání stresu (stress-coping theory). Za nejdůležitější proměnné považují negativní afekty, nízkou odolnost k zátěži a užívání látek vrstevníky.

3. Psychologické modely

Na rozdíl od předchozích etiologických okruhů, neuvažují se zde biologické, hereditární a temperamentové vlivy, ale pouze psychologické koncepce.

■ a) Psychoanalytické modely

Wurmser, 1984 (56) považuje látkově závislé za jedince se závažnými intrapsychickými konflikty zvláště ve smyslu přísného superega, přičemž tyto osoby požívají alkohol nebo drogy za účelem úniku od pocitů zlosti a strachu.

Krystalova teorie, 1984 (26) vychází z teorie objektivních vztahů a předpokládá narušení symbiotického vztahu k matce, což vede posléze k touze po sjednocení s ideálním objektem, která však současně přináší hrůzu z možných zranění, ke kterým ostatně u toxikomanů dochází. Dále se Krystal věnuje alexithymii, kdy si jedinec pomocí drogy zajišťuje odpojení od svých bolestivých emocí.

McDougal, 1989 (33) nabízí, že všechny adiktivní poruchy jsou psychosomatickými obranami proti psychickým konfliktům a bolesti.

Khantzian, Halliday a McAulife, 1990 (20) vycházejí ze self-deficientního přístupu a za příčinu abúzu považují inadequate ego. Požívání látek se podle této koncepce považuje za automedikaci ego-deficitu.

K tomu dodávají Leeds s Morgenstemem, 1996 (27), že drogově závislí jsou heterogenní skupinou a ne všichni trpí jednou formou osobnostní patologie, nicméně výzkumné studie naznačují, že významný podíl pacientů trpí skutečně poruchou osobnosti.

Jak shrnuje Frouzová, 2003 (11), psychoanalytické teorie se soustředí na nevědomé konflikty, deficity a deformace intrapsychických struktur a interních objektních vztahů. Vycházejí buď z koncepce pudů a jejich (ne)zvládnání nebo ze vztahů s ostatními lidmi. Braní drog je produktem konfliktu mezi potlačenou myšlenkou a obranou vůči ní. Léčba vychází z představy, že po zvědomění si toho, co jsme potlačili na určitém stupni vývoje, můžeme problém vyřešit lépe.

■ b) *Teorie: behaviorální, kognitivně behaviorální a sociálního učení*

Shodně s historickým přehledem Hesselbrocka a kol., 1999 (15) je možno shrnout, že dle klasických behaviorálních modelů je užívání látek naučené a udržované skrze klasické nebo operantní podmiňování. Současnější kognitivně behaviorální modely nebo teorie sociálního učení uvažují navíc myšlenky a pocity jako důležité determinanty chování a odpovědí na environmentální vlivy.

4. Sociokulturální modely

Jako pozoruhodnost možno uvést, že Numan, 2004 (36) vyšetřil v Jemenu pomocí dotazníku SCL-90 soubor 800 dospělých kuřáků khatu a nezjistil u nich žádnou signifikantní patologii. Nález vysvětluje tím, že khat se v Jemenu kouří běžně.

Obecně se ze sociokulturálního spektra zdůrazňují zejména:

■ a) *Rodinné faktory*

V naší literatuře podali charakteristiku patogenního rodinného prostředí toxikomanů Vojík s Břicháčkem, 1987 (51). Zdůrazňují „pólový přístup rodiny k dítěti“: protektivnost, pečlivost, autoritativnost, dominantnost rodičů – oproti malé důslednosti, sníženému zájmu, odmítavosti, hostilitě (takovou charakteristiku bych označil jako ambivalentní vztah – *pozn. autora*). Patogenní rodina se dále charakterizuje jako dysfunkční, se sníženou soudržností, uvolněnými interperzonálními vztahy a s chudým nebo uvolněným způsobem života. Objevuje se méně společných aktivit, více rodinných konfliktů, ztráta stabilní rodinné struktury, dezorganizace, traumatizace, deprivace.

Nověji McCrady a kol., 1998 (32) zdůrazňují koncept „rodinné poruchy“, čímž mají na mysli mechanismus kodependence, který „udržuje v chodu“ abúzus alkoholu nebo drogy u některého člena rodiny.

Whitfield, 1991 (53) popisuje vývoj pojetí kodependence včetně Johnsonova popisu co-alkoholismu z r. 1973 (17). Kodependenci definuje jako poruchu ze ztráty sebehodnoty neboli dysfunkci, která je spojena se zaměřením na potřeby a chování druhých. Je naučeným chováním, pseudoadaptací, která má domněle chránit právě já před nebezpečím zvenku. V kodependentním vzta-

hu je možné se skrýt, ale i ztratit v něm svoje pravé já. Jedná se o fenomén klíčový pro dysfunkční rodiny. Kodependence vychází z pocitu defektnosti, neadekvátnosti, rozštěpenosti, nízkého sebehodnocení, studu, strachu z opuštění či ze ztráty identity. Kodependentovo sebehodnocení je měřeno tím, jak vnímá, že jej vnímají ostatní. Snaží se kontrolovat druhé a tak vlastně vylučuje možnost být osloven vlastními potřebami. Takové nutkové zacházení se sebou a s druhými vede k poruše ve vztazích, kodependentovo sebepojetí je nízké nebo nejasné, je pro něj téměř nemožné vytvoření zralých funkčních hranic a separace. Vytváří si tak pokřivenou a nedefinovanou představu o sobě a o světě, je přitahován k dysfunkčním vztahům, jejichž výsledkem je udržování pocitu oběti. Dysfunkční adaptace zpočátku poskytuje určitou úlevu, ale v této iluzivní odpovědi se trvalé řešení nenajde. Dalším krokem bývá vytvoření jiné adiktivní vazby, jiné závislosti, např. na alkoholu nebo drogách. Kodependence se prolíná řadou diagnostických jednotek, přestože není v diagnostických manuálech akceptovaná. Patogeneticky vzato se kodependence rozvíjí například tzv. „zraňováním“. Whitfield se zde odvolává na teoretiky psychologie self a objektních vztahů, jako je Guntrip (12) nebo Kohut (22). Má se v podstatě jednat o dětskou internalizaci rodiči projikované neadekvátnosti, špatnosti a fantazie, přičemž tato internalizace vede ke tvorbě falešného deficientního self-konceptu, tzv. falešného já. Pravé já je permanentně traumatizováno, a proto se obranně stahuje (odštěpuje) a zanořuje hluboce do nevědomé části psyché. Toto dále vede k distorzi mentální reprezentace vztahů k objektům, přičemž tyto reprezentace jsou nabyty emocemi a mají tendenci ožít v částečných objektech.

Dle Batesonovy teorie alkoholismu z r. 1972 (2), se fragmentované ego cítí lépe v opojení, kde si vytváří iluzivní pocit patřičnosti, adekvátnosti a celistvosti, dochází k iluzivnímu naplnění „žízň po Bohu“.

Podle mého názoru je kodependentní model rodiny ideově blízký Stierlinově koncepci „zhoubného vztahového klinče“, která hovoří o používání diskvalifikující strategie ve vztahu. Diskvalifikující strategie používá dle Simona a Stierlina 1984 (42) následující postupy: 1. dosažení bezmocnosti a probouzení pocitů viny u partnera rozehráním symptomů nebo masochistickým chováním či vzájemnou mystifikací; 2. dvojné vazby; 3. vyhýbání se definici vztahu, vedoucí roli a vlastní odpovědnosti. Z terapeutického hlediska je úkolem klinčů uvolnit a umožnit dialog. Uvolnění klinče v sobě nese subjektivní riziko prohry (knokautu) nebo vítězství, což obsahuje i možnost ztracení kontaktu mezi partnery (a toto riziko může být pro subjekt předběžně nepřijatelné – pozn. autora).

■ b) *Vlivy vrstevníků*

Skupinový vliv vrstevníků bývá tradičně považován za rizikový faktor pro iniciaci požívání alkoholu nebo drog (54). Vrstevníci ovlivňují chování, hodnoty a postoje adolescentů. Segal a Steward, 1996 (40) zmiňují pozitivní vnímání účinků psychotropní látky skupinou adolescentů, například redukci tenze po vypití alkoholu, což je pak důvodem dalšího užívání látky. V jejich studii považovali adolescenti za nejdůležitější příčiny dalšího užívání alkoholu: kontakt s přáteli, zmírnění tenze a anxiety – speciálně v přítomnosti druhého pohlaví, možnost dostat se do rauše, dodat si odvahy, zmírnit nudu.

■ c) *Sociální vlivy*

Segal se Stewardem rovněž zjistili, že při vývoji látkové závislosti interagují současné změny sociokulturálních podmínek s individuálními proměnnými. Kulturální vakuum, vznikající snížením významu rodiny, vede ke glorifikaci zábavy a násilí stejně jako k požívání psychotropních látek spojenému se sexuální promiskuitou, jako únikovému prostředku od problémů s identitou, frustrací, zklamáním či nudou.

■ d) *Socioekonomický status*

Za zmínku stojí zjištění Hawkinse a kol., 1992 (13) o bimodální distribuci abúzu psychotropních látek. Na jedné straně našel pozitivní korelaci mezi úrovní vzdělání rodičů a kouřením marihuany a pitím alkoholu u adolescentních dětí; na druhé straně konstatuje, že chudoba spojená s poruchami chování dětí je rizikovým faktorem pozdějšího alkoholismu a abúzu drog.

III. Adiktologická teorie a terapeutická praxe

Jak je vidět z dosavadního přehledu, výzkumné práce týkající se etiologie látkových závislostí předkládají ověřená data především z oblasti dědičnosti, z monitorování behaviorálních projevů a z pokusů na krysách. Výzkum osobnostní patologie zůstává především u popisných charakteristik, zaměřených zvláště na problematiku širokého spektra poruch chování. Berou se v potaz vývojové aspekty, sledování se zastavuje u staršího školního věku, v novějších pracích se dochází až k věku předškolnímu. Časnější vývojové fáze jsou z výzkumného hlediska těžko přístupné. Způsob subjektivního prožívání závislého jedince bývá objektivními metodami obtížně uchopitelný.

Z medicínského hlediska se nejméně posledních 200 let traduje základní trajektorie: „od etiologie k terapii“. Současná adiktologie však dosud neumí provádět genetické inženýrství a rovněž farmakologický přístup má svoje limity. Na základě výsledků lékových studií se např. od naltrexonu očekává pouze

snížení touhy po alkoholu a zlepšení adherence k léčbě (45). U závislosti na opioidech se při jeho podávání zjišťuje zmírnění kriminálních konsekvencí, ale nikoliv stabilní a dlouhodobá abstinence (21).

Pokud se týká symptomatologie drogově závislých: např. hyperaktivitu vidíme na TK často u klienta v subjektivně prožívané zátěži nebo se jedná o obranu. Přechodně bývá u psychotických komplikací, ale jako trvalý osobnostní rys jsem ji viděl velmi vzácně. Na druhé straně pozorujeme často: nápadnosti v komunikaci klientů (inkongruence, ambivalence, dvojná vazba); extrémní interpersonální sensitivitu; silnou touhu po přijetí spolu s vysokou mírou anticipace odmítání, ale se silnou aktuální vděčností za přijetí; zvláštní druh (ne)angažovanosti ve vztazích; specifický způsob empatie, zvláště k podobně založeným jedincům; jindy extrémně rychlé hroucení se do černé díry zvané beznaděj.

Specifickou otázkou je charakter toxikomanických osobnostních obran. V letech 1996–1998 jsem se pokusil psychodiagnosticky vyšetřit soubor 90 ústavně léčených toxikomanů. Jejich popisné charakteristiky udává tabulka:

Tabulka 1: Charakteristiky vyšetřovaného souboru

Pohlaví	57 mužů (63, 3%)	33 žen (36, 7%)	celkem 90
Věk	16 – 32 let (průměr 21 let a 3 měsíce)		
Délka abúzu	8 měsíců až 16 let (průměr 4 roky a 8 měsíců)		
Preferovaná droga	F11. 21-heroin (44 případy)	F15. 21-pervitin (33)	ostatní (13)
Aplikace	i. v. (84)	inhalace (6)	

Soubor byl vyšetřen především Rorschachovou projektivní metodou. Z výsledků je pozoruhodný nález nízké úrovně defenzivní organizace v pojetí O. Kernberga, 1970 (19) a P. Lerner, 1991 (28), charakteru primitivní dissociace (splittingu), projektivní identifikace nebo popření (nepřítomnost H-odpovědí, kinestetický šok na tabuli III.). Alespoň jeden ze sledovaných znaků se vyskytl ve ¾ protokolů (tabulka č. 2). Nálezy přitom nevykazují statistickou závislost na věku nebo na délce drogové kariéry.

Tabulka 2: Nízká úroveň defenzivní organizace u drogově závislých

Sledovaný jev	Počet	%	Kumulativní součet (přítomen alespoň 1 sledovaný znak)	Kumulativní %
Splitting	13	14, 4	13	14, 4
Projektivní identifikace	33	36, 7	38	42, 2
Chybí H -odpověď (lidská nebo antropomorfická)	8	8, 9	46	51, 1
Kinestetický šok na tabuli III.	50	55, 6	68	75, 6

Za zmínku dále stojí interpretace problematického sebepojetí (nález defektní odpovědi v 60% protokolů) a emoční lability a nepřiměřenosti (Rot-šok 56, 7%, Fb-šok 74, 4% a Hd-šok 70 % probandů).

S přihlédnutím k běžné terapeutické praxi nabízím hypotézu jednotící toxikomanické dispozice: 1. nízká integrace sebepojetí, 2. interpersonální senzitivita (pocit ohrožení ve vztazích, nízká frustrační tolerance), 3. nižší úroveň defenzivní organizace (časté popření, projekce, štěpení apod.), 4. emoční labilita a nepřiměřenost. Jinými slovy: nejhlubší emoce toxikomanů bývají často subjektivně nepřijatelné a nežádoucí, obrany odpovídají síle dissociovaných a popřených emocí a jsou na vývojově nízkém stupni (primitivní) a energeticky extrémně náročné. V konečném důsledku dochází u jedince k podstatné redukci využívání řady možností, které přináší život. Abúzus psychotropních látek by se tak mohl chápat jako součást dlouhodobé defenzivní (únikové případně autodestruktivní) strategie.

Literatura

1. Atkinson, R. L. et al. (1993): *Psychologie*. Praha, Victoria Publishing, 1995.
2. Bateson, G.: *The Cybernetic of Self: A Theory of Alcoholism*. In: Bateson, G.: *Steps Toward an Ecology of Mind*. New York, Ballantine Books, 1972.
3. Block, J., Block, J. H., Keyes, S.: Longitudinally foretelling drug usage in adolescence: Early childhood personality and environmental precursors. *Child Development*, 59, 1988: 336–355.
4. Blum, K., Cull, J. G., Braverman, E. R., Comings, D. E.: Reward Deficiency Syndrome. *American Scientist*, 84, 1996: 132–145.
5. Boyle, M. H. et al.: Predicting substance use in late adolescence: Results from the Ontario child health study follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1992: 761–767.
6. Bruno, F. a kol. (1991): *Drogy-drogová závislost*. Olomouc, Sananim, 1996: 21–34.
7. Cloninger, C. R.: Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science*, 236, 1987: 410–416.

8. Di Chiara, G.: Drug addiction as dopamine-dependent associative learning disorder. *European Journal of Pharmacology*, 375, 1999: 13–30.
9. Dvořáček, J.: Neurobiologie závislosti. *Acta psychiatrica postgradualia bohemica*, 1, 2003: 53–80.
10. Epping-Jordan, M. P., Markou, A., Koob, G. F.: The dopamine D-1 receptor antagonist SCH 23390 injected into the dorsolateral bed nucleus of the stria terminalis decreased cocaine reinforcement in the rat. *Brain research* 1998, 784: 105–115.
11. Frouzová, M.: Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti. In: Kalina, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup*; 1. díl. Praha, Úřad vlády České republiky, 2003: 124–130.
12. Guntrip, H.: *Psychoanalytic theory, therapy and the self*. New York: Basic Books, 1971.
13. Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Miller, J. Y.: Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112(1), 1992: 64–105.
14. Hesselbrock, M. N.: Childhood behavior problems and adult antisocial personality disorder in alcoholism. In: Meyer, R. E. (Ed.): *Psychopathology and addictive disorders*. New York, Guilford Press, 1986: 78–94.
15. Hesselbrock, M. N., Hesselbrock V. M., Epstein, E. E.: Theories of Etiology of Alcohol and Other Drug Use Disorders. In: McCrady, B. S., Epstein, E. E. (eds.): *Addictions: a comprehensive guidebook*. New York-Oxford, Oxford University Press, 1999: 50–72.
16. Hyman, S. E.: Addiction to cocaine and amphetamine. *Neuron*, 18, 1996: 901–904.
17. Johnson, V. E.: *I'll quit tomorrow*. New York, Harper&Row. 1973.
18. Kendler, K. S.: Genetic epidemiology in psychiatry; Taking both genes and environment seriously: Commentary. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1995: 895–899
19. Kernberg, O. F.: A psychoanalytic classification of character pathology. *Ā. Amer. Psychoanal. Assn.*, 18, 1970: 800–822
20. Khantzian, E. J., Halliday, K. S., McAuliffe, W. E.: *Addiction and the vulnerable self: Modified dynamic group therapy for substance abusers*. New York, Guilford Press, 1990.
21. Kirchmayer, U., Davoli, M., Vester, A.: Naltrexone maintenance treatment for opioid dependence. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003;2. Art. No.: CD001333.
22. Kohut, H.: *The analysis of the Self*. New York, International University Press, 1971.
23. Koob, G. F.: Drugs of abuse: anatomy, pharmacology and function of reward pathways. *Trends in Pharmacological Sciences Including Toxicological Sciences*, 13, 1992: 177–184.
24. Koob, G. F., LeMoal, M.: Drug addiction, dysregulation of reward, and allostasis. *Neuropsychopharmacology*, 24, 2001, 2: 97–129.
25. Koob, G. F., Sanna, P. P., Bloom, F. E.: Neuroscience of addiction. *Neuron*, 21, 1998: 467–476.
26. Krystal, H.: Character disorders: Characterological specificity and the alcoholic. In: Pattison, E. M., Kaufman, E. (Eds.): *Encyclopedic handbook of alcoholism*. New York, Gardner Press, 1984.
27. Leeds, J., Morgenstern, J.: Psychoanalytic theories of substance abuse. In: Rotgers, F., Keller, D. S., Morgenstern, J. (Eds.): *Treating substance abuse*. New York, Guilford Press, 1996
28. Lerner, P. M.: Psychoanalytic theory and the Rorschach. Hillsdale- London, *The Analytic Press*, 1991: 298 s.
29. Lerner, J. V., Vicary, J. R.: Difficult temperament and drug use: Analyses from the New York Longitudinal Study. *Journal of Drug Education*, 14, 1984: 1–8.
30. Masse, L. C., Tremblay, R. E.: Behavior of boys in kindergarten and the onset of substance use during adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 54, 1997: 62–68.

31. McCord, W., McCord, J.: *Origins of alcoholism*. Stanford, CA, Stanford University Press, 1960.
32. McCrady, B. S., Kahler, C., Epstein, E. E.: Families of alcoholics. In: Singh, N. N. (Ed.): *Comprehensive clinical psychology*: Vol. 9. Applications in diverse populations. Oxford, England: Elsevier Science, 1998.
33. McDougall, J.: *Theaters of the body*. New York, Norton, 1989.
34. Meuller, W. H., Rinehart, R., Cadoret, R., Troughton, E.: Specific familial transmission in substance abuse. *International Journal of the Addictions*, 23, 1988: 1029–1039.
35. Nevšimal, P.: Terapeutické komunity sekce A. N. O., 8. celostátní konference Společnosti pro návykové nemoci, Měříň 2002 (sdělení).
36. Numan, N.: Exploration of adverse psychological symptoms in Yemeni khat users by the Symptoms Checklist (SCL-90): *Addiction*, 2004 Jan, 99(1): 61–65.
37. Ohannessian, C. M., Hesselbrock, V.: Temperament and personality typologies in adult offspring of alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 56, 1995: 318–237.
38. Robinson, T. E., Kolb, B.: Persistent structural modifications in nucleus accumbens and prefrontal cortex neurons produced by previous experience with amphetamine. *Journal of Neuroscience*, 17, 1997: 8491–8497.
39. Rolls, E. T.: *The brain and emotion*. Oxford, Oxford University Press, 1999.
40. Segal, B. M., Stewart, J. C.: Substance use and abuse in adolescence: An overview. *Child Psychiatry and Human Development*, 26, 1996: 193–210.
41. Schuckit, M. A.: Biological vulnerability to alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 1987: 301–310.
42. Simon, F. B., Stierlin, H. (1984): *Slovník rodinné terapie*. Hradec Králové, Konfrontace, 1995: 42–45: 251–252.
43. Spanangel, R. F., Weiss F.: The dopamine hypothesis of reward: past and current status. *Trends of Neurosciences*, 11, 1999: 521–527.
45. Srisurapamont, M., Jarusuraisin, N.: Opioidid antagonists for alcohol dependence. *The Cochrane database of Systematic Reviews 2005*;1, Art. No.: CD001867. pub2.
46. Tarter, R. E.: Are there inherited behavioral traits that predispose to substance abuse? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 1988: 189–196.
47. Tarter, R. E. et al.: Temperament deviation and risk for alcoholism. *Clinical&Experimental Research*, 14, 1990: 380–382.
48. Tarter, R. E., McBride, H., Buopane, N., Schneider, D.: Differentiation of alcoholics according to childhood history of minimal brain dysfunction, family history, and drinking patterns. *Archives of General Psychiatry*, 43, 1977: 761–768.
49. Thomas, A., Chess, S.: *Temperament and development*. New York, Brunner/Mazel, 1977.
50. Urban, E.: *Toxikománie*. Praha, Avicenum, 1973: 29–66.
51. Vojtk, V. Břicháček, V.: *Mládež ohrožená toxikománií*. Praha, VÚPs, 1987: 96 s.
52. Weiss, F. et al.: Control of cocaine-seeking behavior by drug-associated stimuli in rats: effects on recovery of extinguished operant-responding and extracellular dopamine levels in amygdala and nucleus accumbens. *Proceedings of the National Academy of Science*, 8, 2000: 4321–4326.
53. Whitfield, Ch. L. (1991): *Co-dependence, závislosti a příbuzné poruchy*. Olomouc, Sananim Olomouc, 1997: 17–50.
54. Wills, T. A., Sandy, J. M., Yaeger, A. M.: Time Perspective and Early-Onset Substance Use: A Model Based on Stress-Coping Theory. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15, 2001, 2: 118–125.
55. Windle, M.: An alcohol involvement typology for adolescents: Convergent validity and longitudinal stability. *Journal of studies on Alcohol*, 57, 1996: 627–637.
56. Wurmser, L.: The role of superego conflicts in substance abuse and their treatment. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 10, 1984: 227–258.

Filosofie léčby

Martina Richterová-Těmínová

➤ V této kapitole bychom se měli zabývat tázáním se po základech a smyslu existence terapeutické komunity a po místě člověka v ní. Jako východisko pro naše tázání si vezmeme definici terapeutické komunity, kterých je nepřeborné množství (Jones, Deitch apod.). Nejucelenější definici dává bezesporu Kerr, 1986 (viz *Terapeutická komunita pro drogově závislé*, 1. díl, 2004).

Vzhledem k tomu, že tradice, kořeny, východiska, společenský, kulturní a spirituální kontext daného širšího společenství (národa) je pro autenticitu komunity velmi důležitý, považuji za účelné pro naše české podmínky uvést i definice českých autorů.

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

2) Definice Kamila Kaliny: „Strukturované prostředí, ve kterém klient žije a absolvuje program léčení/rehabilitace. Terapeutická komunita nabízí bezpečné a podnětné prostředí pro růst a zrání, které se děje především prostřednictvím sociálního učení v kontextu vymezeném jasnými a srozumitelnými pravidly. Terapeutický potenciál TK se spatřuje ve stálém napětí mezi realitou a terapií, mezi každodenním spolužitím na straně jedné a podporovaným a monitorovaným sociálním učením a nácvikem na straně druhé.“ (Kalina a kol., 2001).

Z těchto definic je evidentní, jak se filosofie komunit postupně měnila a vyvíjela. Bezesporu se nejedná o definice vyčerpávající, popisující všechny důležité aspekty komunity. Z mého pohledu nejvíce zde postrádám slovo společenství. Jsem přesvědčena, že terapeutická komunita je společenstvím navazujícím na tradice společenství prvotních křesťanů, které mělo jasnou vnitřní strukturu a hierarchii uvnitř každého jednotlivého společenství. „Na nejnižším stupni stáli

katechumeni, ti co se připravují ke křtu (dospělí pochopitelně), pak byl stupeň pokřtěných, pak stupeň biřmovaných (biřmování se udílelo už v první církvi na památku seslání Ducha svatého a jako příprava na pronásledování, odtud confirmatio = upevnění, potvrzení ve víře), pak byli laičtí „starší“ („hierarchové“) a mezi tím nepřeberné množství zdánlivě formálních funkcí, které tehdy měly svůj význam, jako vrátný (musel hlídat), předčítatel (uměl číst), ochránce kostí-ostatků (přenášel je do bezpečí), zvoník (švolával, ale taky zvonil na poplach) ... až nakonec jáhnové jako pomocníci a zástupci kněze (o této funkci se zmiňuje už epištoly sv. Pavla), kněz jako jediný kdo měl moc proměňovat chléb a víno v Tělo a Krev, a nad ním ještě episkopos, který dohlížel na pravidla i ducha společenství a měl také moc světit kněze a tím společenství udržovat a rozšiřovat “ (Kalina, 2005). Při bližším pohledu můžeme vidět až překvapivou podobnost s organizací dnešních TK pro závislé s jejich fázemi léčby, rolemi a funkcemi ve skupině klientů i v terapeutickém týmu.

Terapeutické komunity mají strukturu, hierarchii, která určuje normy chování a vnitřní etiky, ale určitě nemají (nebo by neměly mít) kazatele, vykladače pravdy v rovině spirituální nebo přesahující části, v tom, v čem opravdu tkví podstata společenství osob v rámci terapeutické komunity, tedy v tom, v co členové společenství věří. Ne nadarmo David Deitch (1981) popisuje komunitu jako místo víry. To nejhlubší přesvědčení, které nás spojuje, je to, že se můžeme změnit, že můžeme změnit celý náš život. Je to bezesporu hluboká víra v potenciál člověka, v jeho možnosti měnit a rozvíjet své pozitivní stránky. Pokud bychom tomu nevěřili, nemohli bychom tam ani pracovat, ani se léčit.

Z mého pohledu se jako zlatá nit vine průběhem života komunity podobností o hřivnách (Matouš, kapitola 25). Bezesporu nalezneme mnoho pohledů na výklad tohoto podobenství, jsem přesvědčena, že vypovídá i o víře a znalosti sebe, stejně tak jako o připravenosti na příchod, změnu.... Všichni vlastně v rámci celého procesu osobního růstu se snažíme „vyhrabat“ své dobře zakopaně hřivny, používáme k tomu různé nástroje od krumpáče až po jehly, pracujeme s rozdílnou intenzitou a ta se mění v čase i prostoru. Spojuje nás jedna jistota, že je máme, možná schované, jenom je musíme najít.

V komunitě věříme v to, že ostatní členové společenství nám pomohou hřivnu najít (mají zkušenosti se svým hledáním), poznat ji, přijmout ji, pomohou nám naučit jí používat. Věříme v to, že život ve společenství nám dává smysl, že otevírá nové dveře, že dává jistotu, vrací nás do reality a naopak nám umožňuje sdílet a projevovat emoce, zrcadlí nás, dává nám zpětnou vazbu o našem chování, ale dává nám také zkušenost přesahu sebe sama. Proto komunita léčí sama o sobě.

Věříme v to, že společenství nesnímá z nás odpovědnost za naše bytí, chování, život, ale naopak nás k této odpovědnosti volá. Společenství nám ukazuje všechny stránky odpovědného života, učí nás rozhodovat se a někdy nás

velmi tvrdě konfrontuje s důsledky našich rozhodnutí. Možnost procesu postupného učení se „být odpovědným“, objevování této schopnosti sám v sobě, i svých limitů v této věci, je jedním z největších darů komunity. Proto závislí, léčící se v komunitě, i ti, kteří tam pracují, jsou především členy komunity, nikoliv pacienti nebo personálem.

Věříme v to, že struktura a řád komunity nám umožní poznat svoji vnitřní svobodu, její limity a možnosti. Umožní nám žít svobodně s druhými, naučí nás poznávat své hranice, ale zároveň i hranice druhých lidí. Pomůže vyvážit potřeby vnější a vnitřní svobody. Komunita nás učí svobodě, tak jak ji Hannah Arendtová rozlišuje: „svobodu od něčeho“ jako pouhou separaci či emancipaci, a „svobodu k něčemu“, k dílu, vztahům, odpovědnosti, respektu, oběti (viz Kalina, 2005). Učení se svobodě od něčeho, nám pomáhá zbavovat se závislosti, a není to jenom droga, Umožňuje nám tedy vyrovnat se a zvládnout to, co bylo, nebo je aktuálně (závislost na drogách, rodině, vztahu, čokoládě, atd.). Učení se „svobodě k něčemu“ nám dává naději do budoucna, že obstojíme, najdeme smysl a že se staneme „tvůrci“, jelikož to je svoboda tvořivá.

Další velmi důležitý termín Kratochvílova definice neopomíjí, a to je otevřenost, a to nejenom v komunikaci. Otevřenost komunikace je velmi důležitá, a jak definice zdůrazňuje – obousměrná, mezi všemi členy komunity – klienty i personálem. Je to však jen první krok, otevřenost nám otevírá další dveře – radost, bolest, vinu, zoufalství, samotu, smrt – celou řadu existenciálních témat, se kterými se bojíme jinak se setkat. Otevřenost je základní podmínka k tomu, abychom našli nebo jenom trochu pohlédli na smysl naší existence. Tato podmínka otevřenosti klade neskutečně velké nároky na pracovníky, jelikož pokud považujeme otevřenost za základní hodnotu komunity, musíme být lidsky a odborně připraveni na otevření, sdílení těchto témat, i my musíme být sami k sobě v těchto tématech otevření a pravdiví. Naše vnitřní limity též pravděpodobně budou limitovat proces růstu ostatních členů komunity.

S tím souvisí největší nebezpečí pro fungování komunity, a to je „druhý život“. Tedy to, co se děje stranou otevřené komunikace společenství, co je utajované, co většinou překračuje dané normy a etiku. Je pravdou, že se nám asi nepodaří „druhý život“ komunity zcela eliminovat, ale je nezbytné tomuto fenoménu každodenně čelit. Je zde přímá úměra mezi poklesem otevřenosti mezi jednotlivými členy komunity, mezi týmem a klienty, mezi klienty jednotlivých fází, komunity jako celku. Svůj podíl na „druhém životě“ si nesou i tabuizovaná témata, se kterými si tým nedokáže poradit a nedokáže to otevřeně přiznat, vede k tomu i rigidita komunity, která se nevyvíjí, nereaguje na nové klienty, na jejich nové potřeby, na celkový vývoj společnosti.

Dalším velmi diskutovaným tématem v komunitě je „konflikt“ či možná přesněji „konfrontace“. Je pravdou, že když uděláme historický exkurz, setkáme s mnoha situacemi, kdy téma konfliktu je dovedeno ad absurdum. Kerr

velmi citlivě opisuje ve své definici, že se jedná o tlak vrstevníků, skupiny, členů komunity, napětí mezi jednotlivcem a komunitou. Je jednoznačné, že tlak, napětí, musí přinášet konflikt. Konfrontace v komunitě není cílem, ale je nezbytným prostředkem růstu, získání náhledu, uvědomění si hranic. Emoce doprovázející konfrontaci jsou tou správnou úrodnou půdou pro proces učení, je to cesta od postoje, ke změně chování. Věčným úkolem všech členů komunity je konfrontace kultivovat a střežit, aby nebyly o zraňování, nýbrž o učení. Na druhé straně, pokud se pokoušíme eliminovat konfrontaci tím, že se sami bojíme konfliktů nebo máme pocit, že do života společenství nepatří, zabraňujeme vývoji, nerespektujeme realitu života a připravujeme se o důležitý prostředek růstu.

Bylo by chybou opomenout termín „vztah“. Je evidentní, že vztahy v komunitě jsou velmi intenzivní a vycházejí z modelu rodiny. Utvářejí se mezi personálem a klienty, mezi jednotlivými členy komunity navzájem, ale existuje i intenzivní vztah mezi komunitou a jednotlivým členem komunity. Díky tomu, jak je komunita svojí filosofií, organizací, metodami nastavena, obsahuje v sobě vyváženost otcovského i mateřského principu. V rovině vztahů hovoříme o „tough love“ – drsné lásce. Tedy především o lásce s přijetím, bezpečím, podporou, ale zároveň o lásce a pevnými hranicemi, pravidly, strukturou.

Při úvahách nad terapeutickou komunitou se otevírá řada dalších témat – úloha týmu, fáze léčby, role jednotlivých členů komunity apod. Tato krátká stať zdaleka nevyčerpává všechna témata, která by si zasloužila zamyšlení, snaží se nabídnout pouze směr uvažování o tom, co je podstatou „živého organismu“ zvaného terapeutická komunita.

Literatura

- Adameček, D., Richterová-Těmínová, M., Kalina, K.: Rezidenční léčba v terapeutických komunitách. In: Kalina K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti*. Díl 2, kapitola 8/8. Úřad vlády ČR, Praha, 2003.
- Deitch, D. A.: Drug abuse treatment in the therapeutic community. In: Lowinson H. J., Ruiz P. (eds.): *Substance abuse. Clinical problems and perspectives*. Williams and Wilkins, Baltimore, 1981.
- Kalina, K. a kol.: *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Filia Nova – Úřad vlády ČR, Praha, 2001.
- Kalina, K.: *Terapeutické komunity – 1. verze habilitační práce*, Praha, 2005.
- Kratochvíl, S.: *Skupinová psychoterapie v praxi*. Avicenum, 1995.
- Richterová-Těmínová, M., Adameček, D., Kalina, K.: Terapeutická komunita jako metoda a systém. In: Kalina, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti*. Díl 2, kapitola 6/7. Úřad vlády ČR, Praha, 2003.
- Terapeutická komunita pro drogově závislé I.* (editor Petr Nevšímal): O. p. s. Magdaléna – Krajský úřad Středočeského kraje, Praha 2005.

Cíle léčby

Martina Richterová-Těmínová

7 Když hovoříme o cílech léčby v terapeutické komunitě, nemůžeme se vyhnout úvaze nad cílem, smyslem lidské existence, jelikož léčba jednotlivého člověka je součástí jeho životní pouti. Tímto tématem se zabývají filosofové, teologové a snaží se cíl lidské existence nějak pojmout, ale zároveň každý z nás řeší, co je cílem, smyslem naší individuální existence nevyjímaje z toho nás i naše klienty.

Co tedy je základním cílem léčby v terapeutické komunitě?

Léčba v komunitě je pro klienta malou životní epizodou a cílem komunity by mělo být „BÝT DOBRÝM PRŮVODCEM“ v tomto omezeném časoprostoru, a toto průvodcovství by mělo:

1. Přispět k nalezení a přijetí smyslu vlastního života

Přijetí toho, že náš život má smysl, dává opodstatnění naší vlastní existenci. Naplňování tohoto cíle vede i k větší sebeakceptaci, i náš zdánlivě nevýznamný život je nezbytnou součástí koloběhu světa, společnosti. Z postupného naplňování tohoto cíle pro nás vyplývají jasné kroky, krátkodobé cíle, které postupně naplňujeme.

2. Přispět k nalezení své vlastní svobody a odpovědnosti

Naplňování tohoto cíle je klíčem k dalšímu vývoji člověka. Naši klienti přicházejí se zakázkou: “Pomozte mně něco udělat s mojí závislostí na drogách“. Pomozte mi udělat něco s mojí svobodou, protože moje závislost mne činí být nesvobodným. Zde by se mohlo zdát, že řešením je abstinence. Abstinence je bezesporu velký čin, dovednost, která umožňuje být svobodným, ale automaticky svobodu neimplikuje, Abstinence jako cíl automaticky nepřináší svobodu, ale je velmi důležitým základem k rozvoji vnitřní i vnější svobody.

3. Přispět k poznání a přijetí sebe sama, svých možností a limitů

Poznání a přijetí sebe sama nám umožňuje žít v realitě. Poznání a přijetí toho, jací jsme, nás osvobozuje a dává základ pro náš další vývoj. Umožňuje nám reálně vidět sebe sama ve světě. Poznání sebe sama je vlastně skálou, na které si stavíme svůj dům – život. Čím zodpovědněji povedeme klienty k sebepoznání, tím základy jejich domu budou stabilnější a celý dům odolnější.

4. Přispět k osobnímu růstu, vývoji a víře v sebe

Naši klienti většinou bloudí v kruhu, jejich vývoj je zabrzděn. Cílem naší práce je nalézt místo, kde je možno kruh přetřhnout a tím umožnit vývoj ve spirále a tento vývoj podporovat. Naším úkolem je též klientům označovat body, situace, ve kterých oni mohou tento vývoj spatřovat a jsou pro ně jasným hmatatelným důkazem jejich vývoje. Klient se učí s naší pomocí hledat přiměřené cíle, jejichž dosažení přináší motivaci k dalšímu růstu. To podporuje víru klienta v sebe sama, ve svoji schopnost rozvíjet se, měnit.

5. Přispět k nalezení svého místa v běžném lidském společenství

Naši klienti vystupují a nebo jsou „vydědění společnosti“. Jsou zvyklí žít na okraji, v uzavřeném společenství dalších „vyděděnců“. Řídí se často dle jiných pravidel, než většinová společnost, vyznávají své hodnoty. Přijetí většinových pravidel a hodnot jim umožní návrat k běžnému společenství. Není to však otázka okamžité radikální změny postojů, převrácení hodnotového systému, nýbrž pomalý vývoj, který umožňuje individualitu, ochraňuje vnitřní svobodu a jedinečnost, umožňuje „jinakost“. Zde svoji nezastupitelnou roli hraje společenství samotné komunity, ale také pochopení, odpuštění, přijetí primární rodiny. Zážitek přijetí jedince komunitou mu pomáhá nalézt ztracenou popřípadě doposud nenalezenou důvěru v přijatelnost většinové společnosti.

6. Přispět k pozitivnímu a tvořivému přístupu k životu

Tento cíl odkazuje na to, že člověk je ve svém základu určen k pozitivnímu vývoji vpřed. Právě pozitivní přístup a tvořivost rozšiřují svobodu člověka, umožňují mu zachovat si svoji jedinečnost (možná i jinakost) v lidském společenství. Odkazuje také na barevnost života, mnohvrstevnost. U klientů totiž často nalézáme velmi zkreslené představy o tom, co vlastně „normální život“ znamená. Mají strach z konformity a šedosti každodenního života.

7. Přispět ke spokojenému a radostnému životu

Vývoj, změnu, případnou abstinenci by klient neměl vnímat jako trest, odříkání, utrpení. Naším velkým cílem je naučit ho prožívat život radostně, spokojeně. Klient by si měl být vědom svého práva být spokojený. Radost

a spokojenost je motivem a také podmínkou dalšího vývoje člověka. K tomu však patří přijetí pokory a naučení se trpělivosti. Rozbití stereotypu očekávání okamžitého uspokojení je nezbytnou podmínkou v dosažení spokojenosti v životě.

8. Příspěvek k získání a rozšíření znalostí, schopností a dovedností, jak individuálních cílů dosáhnout

Důležitým cílem komunity je vybavit klienta takovými dovednostmi, aby byl schopen výše uvedené cíle postupně naplňovat. Měl by tušit, čeho dosáhnout, ale zároveň vědět a umět, jak to udělat.

Základní cíl komunity je velmi determinován přesvědčením leaderů, personálu či zakladatele. Od tohoto přesvědčení se odvíjejí hodnoty komunity a akcentování či pomíjení obecných cílů, specifické cíle. Velmi často se setkáváme s podceňováním možností, která nám prostor komunity v léčbě dává. Někdy nás přemůže též naše grandiozita a možnosti naplňování cílů výrazně přeceňujeme. Tím klademe na naše klienty velké nároky, nerespektujeme jejich individualitu (často i jejich svobodu v rozhodování) a brzdíme je v jejich vývoji. Nejenom klient musí být pokorný, aby dosáhl svých cílů, tak i my musíme být pokorní vůči klientovi, k jeho jedinečnosti a zároveň i k možnostem terapeutické komunity.

Kdo je tedy úspěšný klient?

Myslím si, že je to klient který:

- udělal a dělá maximum pro své sebepoznání
- stále se rozvíjí a jde vpřed
- usiluje o kvalitní život ve společnosti – kde dává i bere

a to vše mu ještě navíc dělá i radost (a samozřejmě i občas klopýtne, ale ví, jak vstát, i třeba s pomocí druhých).

Etika práce v TK

David Adameček

➤ Etika – věda o mravnosti člověka, o původu a vývoji jeho morálního vědomí, svědomí a jednání. Etika profesní – pravidla pro chování příslušníka určité profese zahrnující jeho práva a povinnosti; pravidla pro vztah ke klientovi a jeho rodině a vztah ke kolegům pracovníka. (Hartl, 2000). Předmětem našeho zájmu v této kapitole bude profesní etika pracovníků terapeutických komunit pro závislé.

Pracovní týmy v terapeutických komunitách jsou multidisciplinární, takže jednotliví pracovníci jsou při své práci vázáni etickými kodexy svých profesí (psychoterapeuti, psychologové, lékaři, sociální pracovníci...). Zástupci dvanácti terapeutických komunit ČR¹ společně přijali v roce 2003 Etický kodex Sekce terapeutických komunit Asociace nestátních organizací², který je závazným dokumentem pro všechny pracovníky terapeutických komunit sdružených v této sekci. Vychází z obdobného materiálu Evropské federace terapeutických komunit³ a obsahuje tři části: 1) etický kodex personálu, 2) listinu práv klientů a 3) standardy a cíle pro TK. První a třetí část je určena personálu, zatímco část druhá je navíc určena klientům, kteří s ní musí být seznámeni a rozumět jí. Povinností personálu je pravidelně se k listině práv společně vracet a zjišťovat, zda nedochází k porušování či opomíjení některého z nich. Názory těch, kterých se listina práv týká totiž poskytnou nejlepší informaci o tom, jak tomu ve skutečnosti je. Praktické je například podívat se na jednotlivá práva tak, jako by naplňována nebyla. Například u práva na podpůrné prostředí bez drog by nedodržování mohlo vypadat tak, že by se opomíjela kontrola moče a dechu na přítomnost návykových látek. U práva na seznámení s filosofií a metodami programu bychom mohli spoléhat na to, že vše funguje samo a klienti se vše nějak dovědí. Podobně můžeme postupovat u všech práv a hledat tak možné střety zájmů klientů a personálu a podniknout pak patřičná opatření, která dodržování práv zajistí. Jedním z práv je například právo na ochranu před využíváním sebe, rodičů a rodiny ve prospěch zařízení či jeho personálu. Znamená to tedy, že není možné využívat rodiče klientů k získávání finančních či materiálních darů pro zařízení nebo jeho pracovníky či dokonce si vybírat takové klienty, jejichž rodiny naší komunitě pravděpodobně něco

věnují. Zařízení proto zásadně nepřijímají dary od aktuálních klientů ani jejich příbuzných. Jak je to ovšem s bývalými klienty? Je možné přijímat dary od rodin těchto klientů? Víme jistě, že se tento klient po čase nevrátí k drogám a nebude znovu žádat o nástup do naší komunity? Nebudeme pak při rozhodování o jeho znovupřijetí ovlivněni tím, že jeho rodina nám kdysi věnovala televizi a pět kol? Takto prakticky se dá uvažovat nad každým z dvaceti práv, která listina obsahuje. Vyplatí se to dělat společně v celém týmu a přibrat do diskuse i klienty.

Kromě konkrétních okruhů z Etického kodexu existuje řada oblastí, kterých se uvedený materiál výslovně nedotýká, ale jsou neméně důležité a mají etický rozměr. Stručně se zmíníme o několika z nich.

Ex-user jako pracovník v terapeutické komunitě. Zaměstnávání bývalých uživatelů má mít určitá pravidla. Považujeme-li u bývalých uživatelů za dostatečnou kvalifikaci jeho kariéru užívání drog s následnou absolvovanou léčbou, je to neetické jak ve vztahu k bývalému uživateli (používáme ho jako cvičenou opici, nestaráme se o jeho profesní vývoj), tak ke klientům. Je to jenom o trochu lepší než když s klienty pracuje člověk, jehož „kvalifikací“ je, že ho to baví nebo že chce pomáhat lidem.

Tlak ke konformitě. Terapeutická komunita se svými mocnými nástroji a se svými zjednodušujícími koncepty může člověka přetvářet k obrazu svému, ovšem bez ohledu na jeho individualitu.

Komunita jako sekta. Značná izolovanost, vlastní jazyk, vlastní pravidla, vymezení se vůči vnějšímu světu, požadavek na přerušování kontaktů s vnějším světem – to všechno jsou charakteristiky, které najdeme u komunit stejně jako u sekt. Základní rozdíly uvádí Kennard: cíl komunity, nabídka a požadavek, kontrola. Cílem sekt je založit ideální životní styl, kde negativní lidské vlastnosti nemají místo. Cílem terapeutické komunity je založit kulturu, kde je možná změna jednotlivce. Kompletní řešení se nenabízejí. Od klientů se očekává, že jednou komunitu opustí a budou lépe čelit problémům. Sekta nabízí kompletní a trvalé řešení problémů člověka a na oplátku vyžaduje naprostou oddanost a přijetí své filosofie a metod. V terapeutické komunitě není vyžadována totální a okamžitá akceptace pravidel, ale pohlížíme na ně jako na možnost projevení vztahu k autoritě a ke společnosti. V sektě je vedení a rozhodování týkající se komunity uzavřené, není otevřeně diskutováno. V terapeutické komunitě se o rozhodnutích otevřeně diskutuje na komunitních setkáních.

Nedostatečná profesionalita s odvoláním na terapeutický faktor „vše je terapie“.

Poznámky

1. TK Čeladná, Fides, Helianna, Karlov, Krok, Magdaléna, Medvědí Kámen, Němčice, Nová Ves, Podcestný Mlýn, Sejrek, White Light I.
2. viz v příloze
3. V originále dostupný na <http://www.efct-europe.com/>

Literatura

- Hartl, P., Hartlová, H. 2000. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. Kennard, D. 1998. *An introduction to therapeutic communities*. 2nd ed. London: Jessica Kingsley Publishers, 1998.

Vzájemná spolupráce TK

Aleš Kuda

↑ První terapeutická komunita pro závislé – TK Němčice, vznikla počátkem roku 1991. V té době se jednalo o zcela nový typ služby v této oblasti. V tuzemských podmínkách nebyl v podstatě zdroj informací a zkušeností. První zkušenosti byly tedy čerpány především ze zahraničí (hlavně Day Top v Německu a Monar v Polsku). Postupně začaly vznikat i další terapeutické komunity. V té době spolupráce probíhala především formou stáží, kdy přicházeli kolegové pro inspiraci do TK Němčice. Postupem času se objevila vůle k intenzivnější spolupráci mezi jednotlivými zařízeními tohoto typu. Proto se na jaře 1999 v Terapeutické komunitě Karlov uskutečnilo první neformální setkání zástupců jednotlivých terapeutických komunit. Ukázalo se, že přípravný proces vedoucí k ustanovení případné formální platformy zastřešující poskytovatele této služby, nebude vůbec jednoduchý. Panovala poměrně velké nedůvěra ke spolupráci i jistá míra rivality. Přesto závěrem tohoto setkání bylo vyjádření společné vůle k ustanovení formální platformy. Postupně v rámci příprav proběhla další tři setkání a v září 2000 byla oficiálně založena Sekce terapeutických komunit, jež byla a je zastřešena Asociací nestátních organizací spolu se Sekcí harm reduction a Sekcí intenzivní ambulantní a následné péče. Později přibyla ještě Sekce primární prevence.

Do setkání v Podcestném mlýně (ustanovení Sekce TK) probíhala setkání občas i dost bouřlivě. Nebylo totiž jasné, jaká budou vstupní kritéria pro členství v sekci. Původní představa, že už před vstupem do sekce proběhne v dané komunitě nějaké akreditační řízení, byla opuštěna. Za závazné bylo přijato dodržování Etického kodexu Evropské federace TK a Standardů odborné způsobilosti. K tomuto se zavázalo celkem 12 terapeutických komunit, které se staly řádnými členy Sekce TK. Byly to TK Němčice, TK Magdaléna, TK Nová Ves, TK WHITE LIGHT I., TK Karlov, TK Podcestný mlýn, TK Renarkon, TK Krok, TK Medvědí Kámen, TK Bílá Voda, TK Sejšrek a TK Helianna. V současné době zůstalo jen 11 členských zařízení, protože TK Helianna v roce 2005 zanikla.

S odstupem času se ukazuje fungování této zastřešující platformy jako přínosné. Její vznik umožnil lepší výměnu informací a spolupráci. Ta je s výhodou využívána například při poskytování odborných stáží pro nové zaměstnance, ale především při předávání a distribuci klientů do jednotlivých TK.

Pracovní setkání Sekce TK se vždy konají v jedné z členských komunit, což umožňuje seznámení kolegů s hostitelským zařízením. Tato setkání se uskutečňují 2–3 krát do roka. V posledních letech jsou setkání spojována s odbornými semináři, na které jsou zváni odborníci na různá specifická témata (např. Poruchy příjmu potravy, atd.). V mezidobí mezi jednotlivými setkáními Sekce TK vyvíjí aktivitu především v redistribuci relevantních informací k členským organizacím popřípadě vyhodnocování společných statistických údajů. Právě ve sběru a interpretaci jednotně snímaných dat lze spatřovat jeden z největších potenciálů existence této platformy. Jednotlivá zařízení sbírají data od žadatelů o léčbu a klientů přijatých do léčby dle shodné metodiky. To umožňuje analýzu takto získaných dat z mnohem většího vzorku, což přináší relevantnější pohled na potřeby cílové skupiny našich zařízení.

Na závěr lze konstatovat, že i když se nepodařilo naplnit všechna původní očekávání, Sekce terapeutických komunit naplňuje své poslání, což je na prvním místě síťování poskytovatelů tohoto typu péče.

Poznámka editora

V roce 2006 zanikla i TK medvědí Kámen, další TK jednájí o možnostech spolupráce v současné době.

Vnější podmínky fungování TK a její financování

Martina Berdychová

Krátký, ale nezbytný exkurz do nedávné historie

Pro pochopení složitých vnějších podmínek fungování terapeutických komunit, stejně jako ostatních zařízení zabývajících se protidrogovou prevencí, je nezbytné ohlédnout se 15 až 20 let zpátky. Problematika drog, která u nás skrytě existovala již za komunistického režimu, nabrala po roce 1989 v návaznosti na otevření hranic a společenskou transformaci nebývalých rozměrů. Pro svou geografickou polohu jsme se stali nejprve významnou zemí tranzitní, posléze však i důležitou zemí cílovou, kde byla společnost na přijetí nového fenoménu drog „velmi dobře“ nastavena, zřejmě v důsledku ústupu duchovních hodnot za totality i potlačenému hladu po konzumu všeho druhu. Současně tak došlo i k významnému nárůstu spotřeby alkoholu a k posunutí hranice jeho konzumace k nejmladším věkovým skupinám.

Novou problematikou nealkoholových drog se počátkem 90. let zabývalo pouze několik málo odborníků a jimi založených nestátních organizací. Ti byli zároveň vyzváni podílet se na tvorbě vládních strategií a vyvinuli velké úsilí, aby se péče o drogově závislé stala běžnou součástí sociálních a zdravotních služeb v ČR. Užívání nealkoholových drog bylo zpočátku chápáno jako samostatný problém, bez ohledu na dlouhou tradici léčby alkoholových závislostí, reprezentovanou především doc. MUDr. Jaroslavem Skálou a dalšími pracovišti, která převzala jeho ve své době světově významnou, převratnou metodu. Tento postup však měl své oprávnění právě proto, že léčba alkoholismu vycházela ze situace počátku 50. let a byla v nových podmínkách, pro novou generaci závislých málo efektivní. Pomocí aplikace zahraničních zkušeností, průkopnické koncepční práce i politického lobbingu se vytvořila nová struktura drogových specialistů. Vznik zařízení i růst kvalifikovaných odborníků provázely v prvních letech společenské transformace značné organizační i finanční obtíže. Přesto byly prosazeny a zavedeny nové a nanejvýš potřebné modalities péče (harm reduction, terapeutická komunita), bohužel však při-

tom došlo také k vytržení problematiky nealkoholových drog z kontextu problematiky závislostí obecně i z kontextu jiných zdravotně-sociálních služeb. Protidrogová prevence byla v době svého vzniku prezentována jako činnost samostatná a úzce specializovaná. V oboru léčby závislostí byla výrazně preferována, ačkoliv počet problematických uživatelů drog dosahoval jen zlomku počtu alkoholiků. I o tuto skupinu závislých se potřebná péče v nových podmínkách značně ztížila, nepřímo úměrně tomu, jak rostl jejich počet.

Opatření proti šíření a užívání drog byla v ČR systematicky plánována od roku 1993, kdy vláda přijala dokument Koncepce a program protidrogové politiky vlády na období 1993–1996, následně pak na období 1998–2000. Mezi-rezortní protidrogová komise byla poradním orgánem při Úřadu vlády ČR, bez vlastní právní subjektivity. Jejími členy byli sice jmenováni ministři vlády, v praxi však běžnou činnost zajišťovali odborní pracovníci jednotlivých rezortů a sekretariát tohoto orgánu (nyní Rady pro koordinaci protidrogové politiky). Sekretariátu MPK se v prvních letech existence podařilo získat pravomoci při rozdělování finančních prostředků ze státního rozpočtu, což umožnilo vznik a finanční perspektivu tohoto nového typu služeb. Zároveň byl vytvořen systém koordinace protidrogové politiky prostřednictvím Mezirezortní protidrogové komise v centru a protidrogových koordinátorů na úrovni okresních úřadů. Jednalo se ve své době o progresivní systém, jeho funkčnost byla bohužel oslabena skutečností, že se získané administrativní pravomoci koordinátorů nepodařilo provázat s účinnými finančními nástroji, rovněž nebylo sladěno jejich funkční a metodické řízení. Přednostové okresních úřadů byli nadřazeným koordinátora z pozice zaměstnavatele, ředitel sekretariátu MPK byl jeho odborným a metodickým vedoucím. V prvních letech existence Rady a jejího sekretariátu tedy systém trpěl určitými „dětskými nemocemi“, jako byla neukotvenost v systému výkonné moci, zneužívání drogové problematiky k politickým ambicím, využívání mediální atraktivnosti drog pro veřejnost namísto seriózních analýz skutečných potřeb oboru.

V dalších koncepčních dokumentech – Národní protidrogová strategie na r. 2001–2004 a 2005–2009 bylo dosaženo dalšího pokroku v rozvoji protidrogové prevence. Jejich cílem bylo aktivně zapojit co nejširší část naší společnosti do činností, které směřují ke snižování dostupnosti drog a zastavit či zvrátit nepříznivý stav v jejich šíření a užívání. Za účinnou strategii směřující k řešení problémů v oblasti užívání drog je v ČR i v zemích EU považován komplexní multidisciplinární a vyvážený přístup. Tedy přístup, který vychází ze široké celospolečenské, mezi-rezortní, mezioborové a mezisektorové spolupráce a je postavený na rovnováze potlačování nabídky (zákonné represe) a snižování poptávky po drogách (primární prevence, harm reduction, léčby a resocializace). Posiluje se koordinační funkce Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky – RV KPP (dříve MPK), její nezastupitelná úloha v metodickém ří-

zení a rovněž lepší zprostředkování informací a nejnovějších poznatků všem odborným pracovníkům jednotlivých rezortů. Aktivity protidrogové politiky již mohou vycházet z dostupných a vědecky ověřených dat, což nebylo v počátcích rozvoje tohoto oboru ještě myslitelné. V posledních letech se daří vymezit skutečné potřeby a kapacity preventivních zařízení v jednotlivých regionech a odhadovat optimální poměr zdrojů, plynoucích do primární, sekundární a terciální prevence. Se vznikem krajů bylo prosazeno i místo krajského protidrogového koordinátora, který je díky samosprávnému charakteru kraje v mnohem výhodnější pozici, než býval koordinátor okresního úřadu. Součástí nové strategie jsou indikátory hodnocení efektivity, úspěšnosti a dosažení stanovených cílů. V souladu se zahraničními zkušenostmi je zřejmá snaha ovlivnit situaci v užívání drog dlouhodobým úsilím a dlouhodobými strategiemi.

Základním předpokladem dosažení cílů stanovených strategií je vyčlenění odpovídající výše finančních prostředků nezbytných pro vytvoření stabilního finančního prostředí, což je dosud nejslabším článkem dlouhodobého úsilí protidrogových odborníků. S rostoucím počtem existujících programů a souběžným růstem inflace totiž celkový objem finančních zdrojů relativně klesá. Zároveň je nutno zdůraznit, že díky samostatným kapitolám státního i krajských rozpočtů mají protidrogové programy velkou výhodu ve srovnání s ostatními sociálními službami a že celá oblast veřejných služeb je v ČR dlouhodobě podfinancována.

Právo a ekonomika, neboli typy organizací a způsoby jejich financování

Neziskovost organizace charakterizuje skutečnost, že veškerý zisk plynoucí z její činnosti se nerozděluje mezi zakladatele nebo členy řídicích orgánů, ale že je výhradně určen k jejímu dalšímu rozvoji. Prioritou je tedy účel činnosti, nikoliv dosažení zisku, neziskovost však automaticky neznamená „ztrátu“ nebo nutnost nulového hospodářského výsledku koncem účetního období. Dalším určujícím znakem je majetkové a právní postavení zřizovatele organizace, kterým může být buď stát, místní samospráva, podnikatelské subjekty nebo občané. Tím vzniká další rozlišení na státní a nestátní neziskové organizace, které je významné ze dvou aspektů: finančních a povahy činnosti.

Efektivní léčba závislých je vždy multidisciplinární povahy a obsahuje oblast zdravotní, sociální i výchovnou či výchovně-vzdělávací. Ve striktně vymezené rezortní odpovědnosti péče zdravotní na Ministerstvo zdravotnictví ČR a péče sociální na Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR je velmi obtížné financování více typů péče současně. Tyto problémy jsou chronicky známy

z nemocnic (LDN, PL), z ústavů sociální péče pro seniory i mládež do 18 let apod. Jak bylo uvedeno výše, v oblasti protidrogové prevence vstoupila do tohoto systému ještě Mezirezortní protidrogová komise, která se ujala vlastní dotační politiky, když se zejména z politických důvodů nepodařilo prosadit a koordinovat řešení systému, např. souběžného a smluvního financování příslušnými rezorty. Toto ostatně neexistuje v ČR v žádném z oborů a je limitujícím faktorem rozvoje potřebných sociálních a zdravotních služeb. Na systémové řešení a odstranění veškeré komplikovanosti, administrativní náročnosti, každoroční nejistoty v celém veřejném sektoru tedy stále čekáme.

„Státní“ organizací může být nemocnice, škola nebo sociální zařízení. Stát jako zřizovatel je schopen jakoukoliv vlastní organizaci financovat, není však v důsledku kompetenčních zákonů a mezirezortních bariér zajistit víceoborovou péči. Naopak, nestátní organizace typu o. s. nebo o. p. s. jsou schopny potřebnou multidisciplinaritu organizačně i věcně zabezpečit, nemají však žádný právní nárok na její plnohodnotné a pravidelné financování. U subjektů zřizovaných krajem se projevují oba typy problémů, finanční i organizační. U „klasických“ jednooborových organizací je činnost plánována a hrazena z rozpočtu kraje prostřednictvím věcně příslušných odborů krajských úřadů. Sociální a školská zařízení kraje mají např. vyhláškami stanovený a tudíž nárokový příspěvek státu na žáka či klienta ÚSP. Pokud samospráva zřizuje organizaci poskytující víceoborovou péči (tedy např. terapeutickou komunitu) může se zároveň ucházet i o státní dotace. V důsledku toho však samospráva z ekonomických důvodů vkládá do takových organizací stále méně prostředků a snaží se získat maximum zdrojů právě od státu. Systém dále komplikuje nekompatibilita legislativy v oblasti úhrad péče zdravotní a sociální. Zatímco jakékoliv zdravotnické zařízení je ve své podstatě financováno jako soukromoprávní subjekt na základě smluv se zdravotními pojišťovnami, u sociální péče je finanční pokrytí provozu soukromoprávního subjektu velmi rizikové. O zdroje je tedy třeba usilovat jak smluvně, tak žádostmi o dotace ze státního či krajského rozpočtu

Většinu terapeutických komunit provozují nestátní neziskové organizace, proto uvádíme jejich krátkou charakteristiku:

Občanská sdružení představují jednu z nejdůležitějších a nejrozšířenějších forem nestátního neziskového sektoru. Z hlediska zákonného vymezení není rozhodující název, ale právní forma a účel, pro který bylo založeno, tedy prospěšnost nebo představa, čemu by mělo sdružení sloužit. V našem právním řádu se zatím nerozlišují sdružení obecně prospěšná (poskytování služeb veřejnosti) a vzájemně prospěšná (zájmová činnost), což bude řešit připravovaná novela občanského zákoníku.

Forma **obecně prospěšné společnosti** byla do právního řádu zakotvena samostatným zákonem koncem roku 1995. Cílem jejího zřízení a předmětem čin-

nosti je poskytování obecně prospěšných služeb, poskytovaných všem uchazečům za předem stanovených a pro všechny stejných podmínek. O. p. s. může vykonávat i jiné činnosti a hospodařit se ziskem za předpokladu, že tím bude dosaženo účelnějšího využití majetku a nebude ohrožena kvalita a dostupnost obecně prospěšných služeb. Dosažený zisk se výhradně používá na rozšíření kvality služeb. Zakladatelem o. p. s. mohou být fyzické i právnické osoby, samospráva, výjimečně i stát. Nelogickým ustanovením jednoho z paragrafů tohoto zákona, se však může o. p. s. na jeden typ činnosti ucházet o dotaci pouze u jedné státní instituce, což blokuje vícezdrojové financování, typické pro nestátní neziskové organizace. Pro občanská sdružení toto omezení neexistuje.

Žádný poskytovatel protidrogových programů nemůže být nezávislý na veřejných zdrojích, ať už ze státních či krajských rozpočtů, nebo z fondů zdravotních pojišťoven. Pravidla rozdělování těchto zdrojů však berou jako určující kritérium právní formu organizace, nikoliv typ služby a klienta, tedy cílovou skupinu, které je konkrétní program určen. Určitou chybou počátečních přístupů protidrogové prevence bylo striktní rozlišování mezi státními a nestátními organizacemi, stejně jako u řady úředníků přetrvává nedůvěra k nestátním organizacím a preferují vlastní instituce, tedy to, co mohou sami přímo řídit.

I z těchto důvodů jsou neziskové organizace při získávání finančních prostředků na svou činnost diskriminovány, dle platných rozpočtových pravidel mohou získat ze státních dotací maximálně 70% rozpočtu projektu, v praxi to však bývá 30 – 50%. Část zdrojů pokryjí také krajské samosprávy, ale to neřeší základní rozpor v přístupu ke zdrojům. Zatímco organizace zřizované státem či krajem vykrývají ze státních dotací částečný deficit zdrojů, které jim pravidelně poskytuje zřizovatel, pro NNO jsou dotace jediným významnějším příjmem. Automaticky se předpokládá, že zbývající část nákladů získají ze sponzorských darů, členských příspěvků a pomocí nesoustavných výdělečných aktivit (sbírky, benefiční akce apod.). V praxi jsou takové zdroje velmi nejisté, objemově zanedbatelné a jejich získávání je pro organizaci samotnou vysoce zatěžující.

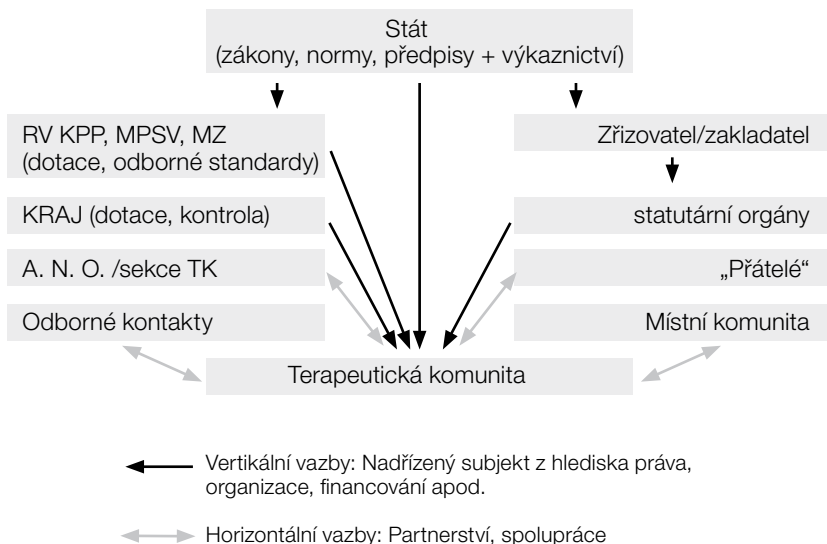
Okolí TK: vertikální a horizontální vazby organizace

Terapeutická komunita jako organizace působí v daném právním, ekonomickém a odborném prostředí. To znamená, že se při své činnosti musí řídit platnou legislativou pro tuto oblast. Paradoxem ovšem je, že až do přijetí zákona o sociálních službách v roce 2006 samotný pojem „terapeutická komunita“ ani neexistoval „de iure“, stejně jako řada dalších typů služeb, které vznikly v ČR po roce 1990. Přesto je každá organizace povinna řídit se při své činnosti zákony, které upravují obecně poskytování zdravotních a sociálních služeb, personalistiku, účetnictví, hospodaření, bezpečnost práce apod.

Další specifické předpisy stanoví organizaci zakladatel či zřizovatel ve stanovách, statutu nebo v interních předpisech. Rezorty, které činnost terapeutické komunity financují, stanoví podrobná pravidla čerpání dotací ve svých „Rozhodnutích“ o přidělení dotace a také mají právo stanovit odborné normy a standardy. Nejdále je v tomto směru RV KPP které zavedlo od r. 2005 certifikační proces dle schválených standardů péče, a to obecných pro všechny organizace protidrogové prevence a specifických pro daný typ služby. Udělení certifikace odborné způsobilosti se stane od r. 2007 podmínkou financování projektů těchto organizací ze státního rozpočtu. Také ostatní rezorty připravují vlastní akreditační řízení, takže lze v budoucnu očekávat povinnost terapeutických komunit projít 3 různými prověrkami jejich odborné způsobilosti. Samospráva, tedy obce a krajské úřady, které se financování protidrogových programů také podílejí, si stanovují svá vlastní a mnohdy poněkud odlišná pravidla grantových řízení, což na jedné straně saturuje rozpočet neziskových organizací, na straně druhé ale zvyšuje administrativní náročnost na projekty a na čerpání dotací i způsoby jejich vyúčtování .

Horizontální vazby jsou vytvářeny převážně na dobrovolném základě a jsou v zásadě trojího typu: odborné kontakty včetně členství v oborové asociaci, místní a přátelské se zainteresovanými jednotlivci (ex-klienti, rodiče, bývalí zaměstnanci, individuální dárci apod.). Začleňování terapeutické komunity do místního společenství je věnována samostatná kapitola.

Schematické znázornění okolí TK



Doposud se tedy nepodařilo systémově vyřešit průhledný, stabilní a jednotný systém financování péče o závislé. Změna potřebných zákonů a norem je procesem zdlouhavým a zakotvení nového oboru péče do běžného zdravotního a sociálního systému vyvolává přirozený odpor jak u příslušných finančních institucí, spravujících státní rozpočet a jiné veřejné zdroje, tak i u části odborné veřejnosti. Stávající dotační systém „shora“ je příčinou dosavadní nejistoty a nerovnoměrné kapacity zařízení, zabývajících se protidrogovou prevencí, stejně jako jejich častých finančních problémů. Zatímco na úrovni státních orgánů již rozhodují o výši dotací státním i nestátním institucím pouze nezávislí a kvalifikovaní úředníci, na úrovni některých samospráv bývají v komisích i představitelé organizací, které samy o tyto dotace usilují. Zákonem není vymahatelné, aby se jednání hodnotitelských komisí vyvarovalo lobbingu či přímému střetu zájmů. Jde tedy o vnímání a prosazování etiky na všech úrovních společnosti a tedy především o záležitost vývoje v čase. Objektivní a pružný systém, který nelze ani účelově, ani např. korupčně ovlivňovat, je financování „zdola“, tedy dávky na klienta dle typu akreditovaných zařízení a s pravidelnou kontrolou kvality péče na úrovni samospráv. Doposud např. nebyla ani diskutována jasná kritéria terapeutické i ekonomické efektivity, což by mohlo být objektivní podmínkou pro získávání veřejných zdrojů. Taková kritéria by měla být v budoucnu jednotná, objektivně splnitelná a kontrolovatelná pro všechna zařízení protidrogové prevence. Nedořešeny zůstávají kompenzace ceny péče mezi regiony navzájem (např. uživatelé drog z Prahy se léčí v zařízeních v celé ČR).

Současné podmínky činnosti NNO a jimi poskytovaných protidrogových programů se v důsledku komplikovaného financování vyžadují vysokou manažerskou i administrativní náročnost. Nyní se objevuje i možnost čerpání prostředků ze strukturálních fondů EU. Žádosti o státní a krajské dotace jsou sice ve srovnání s EU méně náročné, ale s kolísavou výší objemu rozdělovaných prostředků v rezortech i v krajích a s různými politickými tlaky roste při získávání těchto prostředků úloha lobbingu. Toto vše vede k posilování vlivu silných neziskových organizací, které si mohou dovolit zaměstnat celé projektové a manažerské týmy, zatímco ty menší a finančně zranitelnější postupně slábnou nebo zanikají. Takový trend ovšem potlačuje pestrost, pružnost a variabilitu nabídky služeb – tedy jednu z klíčových předností nestátního neziskového sektoru. Jedinou účinnou strategií proti monopolizačním trendům je v současné době síťování – tedy partnerství, funkční nebo regionální spolupráce a společná eliminace rizikových faktorů. Prvním a důležitým krokem bývá vytvoření sítě osobních vztahů a poté vlastní síťování organizací, což se např. v rámci Sekce terapeutických komunit A. N. O. podařilo. Proto terapeutické komunity úzce spolupracují, a to jak v oblasti výměny informací a zkušeností, při společných výzkumech nebo vzájemných stážích. Dalším příkladem dobré spolupráce je právě tato publikace.

Kontrolní mechanismy

Josef Radimecký

➤ Prof. Ambros Uchtenhagen v rozsáhlé komparativní analýze „Přiměřenost léčby a péče o uživatele drog v Evropě“ (2000, str. 12) uvádí, že systém léčby a péče o uživatele drog je adekvátní, pokud:

- je postaven na dodržování etických principů s cílem respektovat v procesu léčby a péče o uživatele drog jejich lidskou důstojnost,
- služby co nejvíce odpovídají potřebám skutečných a potenciálních klientů (včetně např. blízkých osob klientů služeb – *pozn. autora*),
- struktura služeb, odborné pracovní postupy a podmínky, v nichž jsou služby poskytovány odpovídají současným odborným standardům a
- existující finanční prostředky jsou využívány nejlepším možným způsobem.

Z uvedeného výčtu je zřejmé, že očekávání a požadavky kladené na služby pro uživatele drog nejsou malé. To má patrně celou řadu důvodů. Jedním z nich může být poučení z historie již zmíněné, historicky první terapeutické komunity pro uživatele drog Synanonu. Ta byla zpočátku dávana za příklad respektovaného a úspěšného protidrogového programu a je dodnes pokládána za „kolébku“ všech podobných zařízení, ale koncem 70. let 20. stol. byla kritizována, že se změnila ve výstřední sektu (Deitch a Zweben, 1981). Podle tohoto svědectví začal zakladatel Synanonu Dederich svoji moc nad rezidenty komunity zneužívat, což vedlo k jejímu rozpadu a k jeho zatčení v roce 1978. Jednou z příčin tohoto smutného konce charismatického zakladatele nejstarší a snad nejznámější terapeutické komunity pro uživatele drog, patrně byla i nedostatečná kontrola jím vedeného programu jak ze strany odborné veřejnosti, tak ze strany orgánů veřejné správy. Je nesporné, že terapeutický vztah, který vzniká mezi personálem a jejich klienty – uživateli drog – v procesu léčby, může být při nedostatečné vnitřní, ale i vnější kontrole poměrně snadno zneužit.

Dalšími důvody výše uvedených požadavků na přiměřenost služeb pro uživatele drog jsou patrně i vysoké nároky, které na úroveň služeb poskytovaných v oboru adiktologie klade odborná veřejnost, a to patrně z důvodu relativně negativního postoje společnosti vůči těmto typům služeb. Možnými

vlivy postoje laické veřejnosti mohou být přinejmenším tyto skutečnosti: 1) negativní vnímání uživatelů ilegálních drog, kteří konzumují zákonem zakázané látky a 2) přetrvávající mýtus o nevyлéčitelnosti závislosti, jež je lékařskou veřejností definována jako chronická nemoc, 3) který vede k často vyslovovaným pochybnostem o smysluplnosti financování programů léčby pro uživatele drog. Postoj většinové veřejnosti se pravděpodobně odráží i v přístupu politiků a úředníků veřejné správy, do jejichž kompetence koordinace a financování opatření drogové politiky spadá, vůči službám pro uživatele drog. To je v ČR zvláště patrné především ve vztahu k nestátním neziskovým organizacím. Ty jsou významnými poskytovateli služeb pro uživatele drog, ale historicky zde nemají dlouhou tradici (Csémy et al., 2001). Asi i proto je jejich důvěryhodnost někdy zpochybňována a představitelé KDU-ČSL dokonce veřejně hovořili o potřebě „zestátnit“ je (Kedroň a Čtvrtečková, 2005). Výsledkem těchto širších historických, kulturních, sociálních a politických podmínek jsou i stále se stupňující požadavky na zvyšování kontroly kvality a efektivity služeb pro uživatele drog včetně terapeutických komunit.

V tomto kontextu zaujme opakovaně dokumentovaná nerovnováha mezi kontrolou a evaluací jednotlivých oblastí drogové politiky. Jako nejvíce kontrolované a hodnocené se jeví léčba a snižování rizik (tzv. harm reduction), zatímco nejméně hodnoceny jsou intervence prosazování práva – paradoxně nejdražší a nejméně efektivní strategie ve vztahu k vynaloženým nákladům (Wardlaw, 1992; Stimson, 1994; Mishan, 1994; Ossebaard, 1998; Bullington, 2000; Gossop, 2000; Szasz, 2000; Barton, 2003). Někde uprostřed co do hodnocení se pohybuje primární prevence užívání drog, jež je přesto široce financovaná a podporovaná díky oblibě, které se u veřejnosti a politiků těší „ochrana dětí proti drogám“ (Reuter, 2001).

Formy kontroly

V případě kontroly dodržování požadavků přiměřenosti služeb pro uživatele drog lze rozlišit dvě formy: 1) formální a 2) neformální, jež mohou probíhat na třech úrovních vlivu – a) na místní (mikro), b) na regionální (mezzo) či c) na celostátní (makro) respektive strukturální úrovni (Rhodes 1996). Základní přehled uvedených forem kontroly na různých úrovních vlivu včetně skupin, jež mohou kontrolu provádět uvádí následující tabulka:

Tabulka: Formy kontroly přiměřenosti služeb pro uživatele drog podle úrovní vlivu a „kontrolních skupin“

Úroveň vlivu / forma kontroly	Místní úroveň (mikro)	Regionální úroveň (mezzo)	Celostátní úroveň (makro)
Skupiny, jež mohou provádět kontrolu			
Formální	<ul style="list-style-type: none"> – vedoucí pracovníci služeb – zástupci místní samosprávy* – zástupci místních poboček zdravotních pojišťoven* 	<ul style="list-style-type: none"> – vedoucí pracovníci služeb s nadregionální působností – zástupci krajské samosprávy* – zástupci krajských poboček zdravotních pojišťoven* – odborné společnosti/platformy 	<ul style="list-style-type: none"> – vedoucí pracovníci služeb s celostátní působností – zástupci centrálních orgánů státní správy* – zástupci centrálních úřadů zdravotních pojišťoven* – odborné společnosti/platformy
Neformální	<ul style="list-style-type: none"> laická veřejnost („sousedé“) – místní média – klienti a jejich blízcí z místní úrovně 	<ul style="list-style-type: none"> – laická veřejnost – regionální média – klienti a jejich blízcí z regionální úrovně 	<ul style="list-style-type: none"> laická veřejnost – celostátní média – klienti a jejich blízcí z celostátní úrovně

* V případě, že se podílejí na financování služby, nebo jim odpovědnost za kontrolu služeb ukládá zákon.

Nástroje kontroly

V praxi je k dispozici celá řada nástrojů kontroly přiměřenosti služeb pro uživatele drog – žádosti o dotace, zprávy o činnosti, kontroly finančních úřadů o hospodaření se svěřenými prostředky, deskripce služeb, kontrola naplňování odborných standardů, vzdělávání profesionálů, hodnocení nákladové efektivity služeb, odborné konference, odborné publikace, supervize či intervize. V tomto textu bude s ohledem na omezení jeho délky pozornost zaměřena především na kontrolující subjekty a nástroje formální kontroly činnosti terapeutických komunit pro uživatele drog v pořadí, jak v České republice historicky vznikaly a byly zaváděny do praxe. Diskutovány nebudou vzdělávání, konference, publikace a super- a intervize.

Žádosti o dotace

Po změně společenského systému začaly v ČR po roce 1989 postupně vznikat nové, dosud chybějící typy služeb pro uživatele drog včetně terapeutických komunit. Pro financování jejich vzniku a provozu byl vládou zvolen systém poskytování jednorokových dotací. Ty jsou dodnes poskytovány na základě každoročně předkládaných strukturovaných žádostí, jejichž podoba zaznamenala v průběhu posledních cca 15 let několik dílčích změn, zejména ve smyslu dalšího zpřesňování informací, jež jsou od žadatelů o dotace požadovány. Formuláře žádosti o dotace ze státního rozpočtu, které komunitám původně, cca od poloviny 90. let 20. stol. poskytovala ministerstva zdravotnictví (MZ), práce a sociálních věcí (MPSV), školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) a Mezigovernmentní protidrogové komise (dnes Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky – RVKPP), ze zpočátku výrazně lišily. Na přelomu 21. století se po řadě mezigovernmentních jednání podařilo formuláře sjednotit, ale krátce poté přistoupilo MPSV naprosto nekoordinovaně ke změně, jež vrátila situaci zpět do období před sjednocováním postupu v dotačních řízeních. V tomto ohledu zřejmě MPSV využívá svoji pozici majoritního poskytovatele dotací v rámci financování podpůrných služeb ze státního rozpočtu.

V současné době poskytují dotace na financování provozu terapeutických komunit ze státního rozpočtu již jen MPSV (MPSV 2005) a RVKPP (RVKPP 2005), zbylé rezorty od jejich spolufinancování v minulosti z různých, zejména v případě MZ z ne zcela jasných důvodů, upustily. Formulář žádosti o dotaci používaný oběma zbylými donory, se skládá ze tří částí: 1) obecná, 2) specifická a 3) přílohy. V těch požadují ústřední orgány státní správy od poskytovatelů služeb tyto informace: a) základní informace o žadateli o dotaci, b) souhrnné informace o poskytovaných službách (tj. popis služeb, jejich personální zajištění, kvantitativní údaje o službách, rozpočet na další rok, přehled hospodaření v posledních 2 letech a stanovisko příslušných regionálních úřadů samosprávy). V části c) je žadatel o dotaci povinen předložit ověřenou kopii dokumentu potvrzujícího vznik organizace či oprávnění k činnosti, zprávu supervizora za uplynulé období, účetní závěrku za předminulý kalendářní rok, průběžnou zprávu o realizaci projektu v I. pololetí předešlého roku a závěrečnou zprávu za předminulý rok.

Žádosti o dotace jsou dosud klíčovým nástrojem kontroly činnosti služeb včetně terapeutických komunit. Jsou hlavním podkladem pro rozhodování ústředních orgánů státní správy, zda dané službě poskytnou finanční prostředky k zabezpečení jejich provozu v dalším kalendářním roce. Přesto je zřejmé, že se význam tohoto nástroje kontroly v průběhu let oslabil. V druhé polovině 90. let 20. stol., kdy většina terapeutických komunit vznikala (Csémy et al., 2001), měly žádosti o dotaci svoje opodstatnění. Úroveň zpracování a výpočed-

ní hodnota dokumentů se velmi lišily a dávaly jisté vodítko k rozpoznání různé míry odborné úrovně služeb poskytovaných různými subjekty. Tyto rozdíly se v průběhu let setřely. Částečně patrně proto, že se poskytovatelé služeb naučili žádosti o dotace psát – ať už v důsledku různých forem vzdělávání, výměny zkušeností mezi poskytovateli nebo opisováním žádostí jiných předkladatelů – dílem snad i vzhledem ke změně obsahu formuláře, který příliš nezkoumá filosofická a odborná východiska a popis jednotlivých služeb a zaměřuje se spíše na obecný popis, jak jsou klientům služby poskytovány.

Podobný postup poskytování dotací na provoz služeb pro uživatele návykových látek používají v různě modifikované podobě i samosprávné orgány kraje.

Zprávy o realizaci projektu

Jak již bylo uvedeno, zpráva o realizaci projektu v uplynulém období je nedílnou součástí žádosti o dotaci ze státního rozpočtu. Patrně i vzhledem k posunu ve významu žádostí o dotace, došlo v průběhu uplynulých let ke změnám ve zprávách o realizaci projektů. Původně nestrukturovaná zpráva bez konkrétního zadání a s nízkou výpovědní hodnotou ve vztahu ke kontrole služeb byla cca od r. 1999 nahrazena formátem s jednotnou strukturou, v následujících letech dále doplňovanou a upřesňovanou. V současnosti definuje konkrétní kvantitativní data o službě, jež má její poskytovatel sledovat a vykazovat včetně požadavku doplnit statistické údaje komentářem kvalitativní povahy, vysvětlujícím, proč se daná služba a její práce s klienty vyvíjela tak, jak se vyvíjela.

Sjednocení ve zprávách vykazovaných dat nabízí jejich hodnotitelům – zejména pracovníkům ústředních orgánů státní správy (ale i samosprávným orgánům kraje) – možnost rámcově hodnotit nákladovou efektivitu daného programu (tj. kalkulovat náklady na služby), srovnávat nákladnost a výkonnost různých poskytovatelů služeb stejného typu i získat informace o vývoji a případných změnách, k nimž ve službě došlo.

K hlavním statistickým datům vykazovaným terapeutickými komunitami patří výčet poskytnutých výkonů, personální zabezpečení, kapacita zařízení, délka programu, počet klientů, kteří využili služeb programu, jejich základní charakteristika – podle primární drogy, věku, pohlaví, délka jejich setrvání v programu, obložnost zařízení a přehled o hospodaření. K informacím kvalitativního charakteru patří vývoj aktivit programu, jejich obsah a případné změny, vývoj a případné změny cílové populace, informace o týmu (vzdělávání, supervize, zahraniční stáže), způsob hodnocení programu, kritické zhodnocení jeho rozvoje, dosažení cílů, hodnocení spolupráce s dalšími zařízeními a úkoly pro následující rok.

Výhodou diskutovaných zpráv bezesporu je, že nabízí srovnatelná data o činnosti drogových služeb za sledované období. Přesto mají zprávy i své limity. Některé statistické ukazatele nejsou jednoznačně definovány a nabízí více možných výkladů. Data obsažená ve zprávě nejsou hodnotiteli verifikována, jedná se tedy o souhrn statistických údajů, jež mohou vykazovat subjektivní bias v důsledku snahy jejich předkladatelů nebyt negativně hodnoceni. Jako další výrazné omezení využívání zpráv jako nástroje kontroly se jeví skutečnost, že se k nim jejich předkladatelům ze strany hodnotících institucí nedostává zpětné vazby – např. jak data korespondují či nekorespondují s očekáváními donorů. To je ostatně i slabinou dosavadního dotačního systému, který je aplikován vůči nestátním neziskovým organizacím. Místo aby státní instituce stanovily, za jakých podmínek včetně finančních budou služby pro uživatele drog zajišťovat, vytrvale pokračují v jejich financování na bázi jednorozhodného poskytování dotací, kdy ceny za poskytované služby vlastně stanovují jejich poskytovatelé.

Zprávy o činnosti používají v různé modifikované podobě při posuzování žádostí o dotace od poskytovatelů služeb působících na jimi spravovaném území i samosprávné orgány kraje, jež se v ČR na spolufinancování služeb pro uživatele drog podílí.

Deskripce služeb včetně veřejně přístupných informací o nich

Dalším možným nástrojem kontroly přiměřenosti drogových služeb je podle Uchtenhagena (2000) analýza prezentace služeb na veřejnosti. Takovou analýzu umožňuje srovnání toho, jak jsou poskytovatelé schopni popsat a případným zájemcům přiblížit nabízené služby, používané pracovní postupy a podmínky, v nichž jsou služby poskytovány se současnými odbornými standardy. Jedním z pokusů o využití tohoto nástroje kontroly v ČR byl Katalog služeb poskytovaných v protidrogové prevenci (Radimecký a Pospíšil 2000). Ten usiloval získat od poskytovatelů popis jimi nabízených služeb v jednotné struktuře: a) cílová skupina, b) filosofie a režim programu, c) podmínky ubytování a vybavení, d) terapeutický tým, e) soukromí klienta a návštěvy, f) zdravotní péče o klienta a stravování, g) péče o ženy a děti a ochrana před diskriminací, h) podmínky přijetí, ch) ukončení pobytu a následná péče, i) cena za službu, j) způsob hodnocení a kontroly klientů a k) spolupráce s dalšími službami a supervize poskytovaných služeb a personálu.

Při přípravě katalogu byly, podobně jako u žádostí o dotaci, identifikovány významné rozdíly v úrovni zpracování podkladů od poskytovatelů služeb, jež daly usuzovat na rozdíly v odborné úrovni služeb poskytovaných různými

subjekty v praxi. Lze se jen dohadovat, nakolik editoři katalogu, kteří jednotlivým poskytovatelům jimi předložené texty vraceli (často opakovaně) k přepracování, doplnění či k dalšímu vysvětlení, přispěli k tomu, že se poskytovatelé služeb začali více zabývat teoretickými východisky pro svoji práci, což mohlo vést i ke zvyšování kvality jimi poskytovaných služeb. Nicméně zvyšující se úroveň předkládaných žádostí o dotace určitou podporu pro potvrzení této spekulace nabízejí.

Kontrola naplňování standardů kvality

Na počátku roku 2005 byly v ČR do praxe zavedeny certifikace odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog (Radimecký et al., 2003). Ty spočívají v hodnocení naplňování stanovených (minimálních) standardů kvality při místním šetření v místě poskytování služby, jež hodnotí tým proškolených certifikátorů – profesionálů z oboru. Certifikace služeb se zaměřují na hodnocení naplňování kritérií odborných služeb v těchto standardech: 1) přístupnost služeb, 2) práva klientů, 3) příjem a úvodní zhodnocení, 4) spektrum služeb a zásady jejich poskytování, 5) personální práce, 6) odborné vedení a rozvoj týmů, 7) dostupnost a vnější vztahy, 8) organizační aspekty, 9) finance, 10) prostředí a materiálně-technické zázemí, 11) minimální bezpečí a 12) hodnocení kvality a efektivity služeb.

Původní verze standardů od Světové zdravotnické organizace byla v ČR poprvé představena na ustanovující konferenci Asociace nestátních organizací poskytujících služby uživatelům návykových látek (A. N. O.) v r. 1995. Přes veškeré snahy A. N. O. i některých představitelů veřejné správy pracujících v oblasti drogové politiky, trvalo téměř 10 let, než je vláda přijala jako nástroj hodnocení kvality služeb. Naplňování uvedených standardů již předtím stanovila A. N. O. jako podmínku pro přijetí konkrétních poskytovatelů služeb do odborných sekcí (harm reduction, terapeutických komunit, doléčování a následné péče). Naplňování standardů bylo u uchazečů o členství v A. N. O. ověřováno prostřednictvím peer šetření (v případě komunity realizovali pracovníci jiných terapeutických komunit).

Jako nástroj kontroly kvality poskytovaných služeb použitelný pro státní orgány poskytující dotace na činnost drogových služeb byly certifikace odborné způsobilosti služeb zavedeny od roku 2005 s tím, že získání certifikace bylo stanoveno jako základní podmínka pro získání dotací počínaje rokem 2007. Podle zkušeností po prvním roce jejich zavedení do praxe se zdá, že významnou měrou přispěly k tomu, že se personál služeb pro uživatele drog více zamýšlel nad okolnostmi poskytování daného typu služby s doplnil a/nebo aktualizoval svoji provozní dokumentaci respektive dokumentaci vedenou o klientech. Z toho ze usuzovat, že standardy kvality a hodnocení jejich naplňování, což je pro-

ces kterým budou muset projít všechny typy služeb, jež se ucházejí o dotace ze státního rozpočtu (ale patrně i z krajských rozpočtů), mohou přispět ke zvýšení kvality a v konečném důsledku i efektivity drogových služeb a poskytnout tak institucím veřejné správy garanci kvality jimi financovaných služeb.

Další nástroje kontroly

K dalším uplatňovaným nástrojům kontroly drogových služeb včetně komunit patří finanční kontroly zaměřené na jejich hospodaření s poskytnutými dotacemi, jež probíhají na úrovni místně příslušných finančních úřadů případně kontroly prováděné Nejvyšším kontrolním úřadem (NKÚ). Posledně jmenovaný typ kontroly však zavádá příčiny k dohadům o možnostech politické manipulace co se týče zadání a využití výsledků kontroly. Např. závěry posledního celostátního šetření NKÚ, jež odhalily dílčí nesrovnalosti ve vedení účetnictví u některých poskytovatelů služeb vedly představitele jistých politických stran k volání po „zestátnění“ drogových služeb (Kedroň a Čtvrtečková, 2005). To však, vzhledem k tomu, že nebyl zjištěn ani jeden případ zneužití dotačních prostředků k jiným účelům jako tomu bývá v případě podobných kontrol v jiných rezortech, svědčí o snaze některých politiků dostat služby pro uživatele drog pod přímou kontrolu státu, spíše však vzhledem k jejich obavám z uživatelů drog než v důsledku hospodaření organizací, které v oboru pracují.

V ČR dosud není využit další z možných nástrojů kontroly, a sice stanovení profesních předpokladů pro práci v terapeutických komunitách, z něž by bylo možné odvodit i kariérní řád a požadavky na další, celoživotní vzdělávání pracovníků pracujících v těchto zařízeních. Tento nedostatek odborná obec pociťuje, a proto klade velký důraz na průběžné vzdělávání a sebevzdělávání pracovníků služeb pro uživatele drog, jež je však v kompetenci vedoucích pracovníků poskytovatelů služeb. Do této kategorie patří i odborné konference, semináře, výcviky, publikace v odborných časopisech včetně supervize respektive intervize personálu na pracovištích, jež by si zasloužily samostatné pojednání.

Poznámka

1. *Adequacy in Drug Abuse Treatment and Care in Europe (ADAT)*: – projekt Evropského úřadu Světové zdravotnické organizace financovaný Švýcarským federálním úřadem veřejného zdraví a Evropskou komisí.

Literatura

- Barton, A. (2003): *Illicit Drugs Use and Control*, edn. London, New York: Routledge.
Bullington, B. (2000): *America's Drug War: Fact of Fiction?* In: Coomber, R., (Ed.): *The Control of Drug and Drug Users: Reasons or Reaction?*, 2nd edn. str. 107–130. Netherlands: Harwood Academic Publisher.

- Csémy, L., Krch, F. D. a Sadílek P. (2001): Protidrogové programy v České republice: Analýza institucionálního kontextu, výzkumná zpráva, zadavatel: Meziřezortní protidrogová komise, zpracovatel: Lékařské informační centrum Praha, nepublikováno.
- Deitch, D. A. a Zweben, J. E. (1981): Synanon: Priekopnícka odpoveď na liečbu abúzu drog a varovný signál, In: Nociar, A. a kol. (1996): *Úvod do liečby drogových závislostí*: Skriptá pre účastníkov projektu výcviku liečby drogových závislostí, Generálny sekretariát Výboru ministrov pre drogové závislosti a Nadácia Droga a Ty – Foundation Drug and You, Bratislava, str. 43.
- Gossop, M. (2000): *Living with Drugs*, Ashgate Publishing Ltd., Londýn.
- Kedroň, R. a Čtvrtečková, A. (2005): Lidovci zařídili svému straníkovi místo, *Hospodářské noviny*, 5. 1. 2005, rubrika: z domova, str. 5, www.ihned.cz/autori
- Mishan, E. J. (1994): Narcotics: the problem and the solution. In: Coomber, R., (Ed.): *Drugs and Drug Use in Society: A Critical Reader*, str. 340–359. Dartford, Great Britain: Greenwich University Press.
- MPSV (2005): Žádost o poskytnutí finančních prostředků státního rozpočtu na programy protidrogové politiky v roce 2006, <http://www.mpsv.cz/cs/1663>
- Ossebaard, H. C. and van de Wijngaart, G. F (1998): Purple haze: the remaking of Dutch drug policy. *International Journal of Drug Policy* 9.
- Radimecký, J. a Pospíšil, M. (Eds.): (2000): *Katalog služeb poskytovaných v protidrogové prevenci*, Praha: Úřad vlády ČR.
- Radimecký, J. (Ed.), Rendlová, H., Sklenář, V. a Macek, V. (2003): Ed. Certifikace odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog, *Žaostřeno na drogy 1/04*, ISSN 1214–1089, Praha: Úřad vlády ČR.
- Reuter, P. (2001a): Editorial: Why does research have so little impact on American drug policy? *Addiction* 96, 373–376.
- Rhodes (1996): *Terénní práce s uživateli drog: Zásady a praxe*, český překlad 1999, Sdružení Podané ruce, Brno.
- RVKPP (2005): Žádost o poskytnutí finančních prostředků státního rozpočtu na programy protidrogové politiky v roce 2006, <http://wtd.vlada.cz/vrk/vrk.htm>
- Stimson, G. V. (1994): Can a War on Drugs Succeed? In: Coomber, R., (Ed.): *Drugs and Drug Use in Society: A Critical Reader*, pp. 313–318. Dartford, United Kingdom: Greenwich University Press.
- Szasz, T. (2000): The Perils of Prohibition. In: Coomber, R., (Ed.): *The Control of Drug and Drug Users: Reasons or Reaction?*, 2nd edn. str. 155–159. Netherlands: Harwood Academic Publishers.
- Uchtenhagen, A. a kol. (2000): Ed: Adequacy in Drug Abuse Treatment and Care in Europe (ADAT): Introduction, http://www.euro.who.int/alcoholdrugs/Publications/20030117_1, str. 12.
- Wardlaw, G. a kol. (1992): *Comparative Analysis of Drug Policies*, edn. Canberra, Australia: Australian Government Publishing Service.

II. Prostředí terapeutické komunity



Zázemí TK

Jan Sobotka

➤ Prostředí, setting, má na program terapeutické komunity zásadní vliv. Broža ve své publikaci poukazuje na to, že proces sociálního učení v TK je ovlivňován a tvořen čtyřmi základními faktory, kterými jsou: prostředí, každodennost, kvalita zaměstnanců a používané nástroje¹. Ačkoli je zde myšleno prostředí spíš ve smyslu bezpečné struktury, která vytváří klientům podporující emoční zázemí, je logické, že toto strukturované prostředí musí mít i nějaký reálný tvar, tedy prostor, budovu.

Jedním z nástrojů terapeutické komunity je kromě terapie a režimu také výchova, především ve smyslu pozitivních vzorů. Pedagogika na výchovu pohlíží jako na záměrný proces působení na jedince v nějakém prostředí. Právě toto prostředí má mnohdy větší význam pro formování jedince než vychovatel sám. Podobně též samotné prostředí TK, samotné společenství lidí v něm žijící, má léčivé účinky. Je ale nutné cíleně vytvořit prostředí, které má určité zákonitosti a vykazuje některé důležité znaky. V terapeutických komunitách v ČR jsou základními důležitými prvky: bezpečné prostředí bez drog; příjemná, neústavní atmosféra; klidné místo s důrazem na rozlišení „my tady uvnitř“ a „svět venku“; koedukovanost s alespoň minimálním rozdělením bydlení žen a mužů.

Bezdrogovému prostředí a koedukovanosti se věnuje jiná kapitola, proto je nyní opomínám a zaměřím se na aspekt příjemné, neústavní atmosféry a bezpečného zdůraznění uvnitř a vně. V ČR je převážná většina komunit situována do bývalých hospodářských usedlostí či rodinných domů. Jedná se o prostoro-ově uzavřené objekty s jasným vymezením světa uvnitř a světa vně, kdy svět uvnitř má odlišné zákonitosti než svět vně, svou vlastní kulturu a atmosféru. Podobnou charakteristiku má sociologie pro rodinu a její bydlení. Komunita potřebuje mít pro danou kapacitu klientů dostatek prostoru k zajištění důstojné intimity jednotlivce, ale bydlení musí být zároveň dost blízké, aby se rodina potkávala a žila pospolu. Nejčastějším řešením v našich podmínkách jsou dvou, tří a čtyřlůžkové pokoje s oddělením ženské a mužské části. To zařizují českomoravské terapeutické komunity různě, někdy jsou to odlišná podlaží,

jindy různé trakty jedné budovy nebo ženská a mužská polovina jedné chodby. Pokoje musí být útulné, jelikož v nich klienti mají vlastní zázemí na poměrně dlouhou dobu (cca 6–15 měsíců). Zde se projevují dva trendy. Některé komunity pojmají otázku útulnosti tak, že si klienti mohou svůj pokoj upravit podle libosti (včetně např. plakátů na zdi, atd.), jiné vidí útulnost spíše v pořádku, čistotě a funkčnosti, kdy klient nemá možnost svůj pokoj organizovat a upravit podle sebe. V prvním případě se klient cítí bezpečně a dostává z toho, že může svůj prostor upravit podle svého a že může cítit vlastní hodnotu – „důvěřují mi, dostávám svobodu zacházet se svým prostorem“. Druhý případ nabízí klientovi hodnotu v tom, že kvalitní, čisté a moderní vybavení – prostředí, je pro něj nachystáno, tedy klient personálu stojí za to, instituce si ho váží a je pro něj „nachystáno“. Velmi důležitou součástí příjemné atmosféry je společné stolování, tedy jídelna a kuchyň, kde členové komunity – klienti i zaměstnanci sedí u jednoho stolu, dobře na sebe vidí, mohou komunikovat. Situace u jídla je významným rituálem. Klienti zde sdílí s pracovníky velmi neformální situaci – jídlo, příjem potravy a rituály s tím spojené – to jsou intimní, důvěrné záležitosti. Navíc jídlo a stolování má v Čechách a na Moravě zvláštní důležitost spojenou s hojností a dostatkem. Jídelna a terapeutická místnost jsou dva hlavní komunitní prostory; setkává se tu totiž pravidelně celá skupina a komunita, lidé zde sdílí, formálně i neformálně, mnoho ze svých potěšení i strastí. Situace terapeutické místnosti může podporovat terapeutický proces. Klienti zde musí cítit určité zázemí. Často je to v komunitách takový „obývací pokoj“, kde spolu lidé tráví krom terapeutického i volný čas – televizi, poslechem hudby, stolní hrou. Bývají zde uloženy též komunitní symboly (vlajky, kroniky atd.) nebo trofeje z nejrůznějších klání. V komunitní místnosti je tak otištěno mnoho z ducha a historie komunity. V některých zařízeních je ale komunitní místnost používána pouze pro terapeutický čas a chybí zde aspekt „obývacího pokoje“. Je tím zdůrazněno odlišení terapie od běžných situací každodennosti s tím, že terapie má smysl jen tehdy, jsou-li její výdobytky užité v normálním životě.

Většina TK v ČR je situována do venkovského prostředí, což je odlišuje od komunit v západní Evropě, kde jsou TK zřizována ve městech. Základní výhodou městské komunity je fakt, že klient je v programu průběžně vystavován přirozenému prostředí, ve kterém žil a bude žít. Jeho znovuzařazení do společnosti je zřejmě jednodušší (práce, kontakty s lidmi). Základní výhodou většiny komunit v ČR je to, že klient přerušil vazby s nemocným prostředím, ve kterém se závislost rozvinula, a ocitne se v prostředí, které podporuje jeho osobnostní růst a postojové změny. Terapeutické komunity v ČR si totiž většinou nekladou za cíl „jen“ znovuzařazení do společnosti a pracovního procesu, ale mají i další cíle související se subjektivní spokojeností a zlepšením rodinné situace. Snaží se tak být více psychoterapeutickými komunitami, čemuž také

podřizují i svá prostředí. Ale například práce s rodinou je v komunitách v ČR limitována dostupností – rodiče musí do TK dojíždět často stovky kilometrů. Vzdálenost mezi bydlištěm klienta a komunitou bývá méně výhodná.

Bezdrogové prostředí

Životně důležitou podmínkou pro fungování terapeutické komunity pro uživatele drog je bezdrogové prostředí. V našich podmínkách se často uvádí jako „čistota domu“. Klienti TK mají s menšími či většími rozdíly podobnou osobní a rodinnou historii, podobně se chovají, atp. To, co mají jednoznačně společné (koneckonců jsou podle toho znaku do komunity vybíráni), je viditelný a jasný příznak jejich vnitřních konfliktů – zneužívání drog. Klienti mohou vytvářet komunitní strukturu, a realizovat tím vlastní proces osobnostního růstu pouze za předpokladu, že budou v prostředí bez drog. Vzhledem k tomu, že jejich život vykazuje známky debaklu (jinak by se asi neodhodlali vstoupit na rok do nějakého zařízení), potřebují se klienti komunity od návykových látek účinně ochránit. Potřeba ochrany je úměrná totální ztrátě kontroly nad svým životem, užíváním látek. TK a její klienti se tedy chrání velmi intenzivně. Pravidla komunity, přeneseně tím pracovníků, garantují a deklarují prostředí bez drog. Klienti a jejich samospráva jsou pak tím, kdo tato pravidla, a tím samotnou čistotu domu střeží. Jsou k tomu totiž patřičně uzpůsobeni zvláštní vybudovanou citlivostí. Tým pracovníků přispívá ke střežení čistoty domu pravidelnými a namátkovými kontrolami klientů (detekce přítomnosti látek v moči). Kontroly probíhají většinou při návratu klientů z vycházek, výjezdů, z práce.

Pro prostředí bez drog je nutné vymezit, co je považováno komunitou za drogu, resp. za zakázanou drogu. Ve všech komunitách jsou zakázány všechny nelegální drogy, v naprosté většině i alkohol². S jistými omezeními času a prostoru jsou většinou povoleny tabákové výrobky a téměř bezvýhradně káva a čaj. Zvláštní skupinu tvoří legálně předepisované medikamenty. Jsou TK, kde je víceméně nepřipustné, aby klient užíval jakékoli tlumivé a pozornost či CNS ovlivňující léky. V dalších TK je ale možné, aby klient takové léky užíval, což je dáno povahou cílové skupiny, na kterou je TK zaměřená³. Zakázanou částí legálně předepisované medicíny bývají léky obsahující látku, na které vzniká závislost, zejména benzodiazepiny (anxiolytika, antiepileptika), ale i opiáty a amfetaminy (převážně léky tlumící kašel).

V případech, že je jasně vymezeno, jaké látky se v domě nesmějí vyskytovat, tým garantuje a skupina hlídá bezdrogové prostředí, a v TK se přesto vyskytne zakázaná droga, je to prakticky vždy ve všech TK důvodem k okamžitému vyloučení jejího nositele z domu. Navíc ve většině TK je opětovné přijetí člo-

věka, který drogy do komunity donesl, na delší čas nepřípustné, ne-li vůbec nemožné. Takto striktně se TK zasazuje o udržování životně důležité bezdrogové prostředí.

Bezdrogové prostředí – to, že klient není ovlivněn látkou, a není tedy zcela chráněn od svého prožívání, vytváří stres a tlak na změnu. Samo o sobě to ale změnu asi neumožní, protože bez dalších domluvených pravidel by se společenství abstinujících rozpadalo.

Poznámky

1. Broža, J. a kol. *Koncepce a operační manuál pobytového oddělení pro dospívající problémové uživatele návykových látek*, Liberec, 1999.
2. Nejmenovaná TK, která se nehlásí ke standardům péče a k A.N.O. snad povoluje kontrolovanou konzumaci alkoholu.
3. Např. dlouholetý uživatel návykových látek nebo klienti s psychiatrickou zátěží se

Hierarchie a demokracie

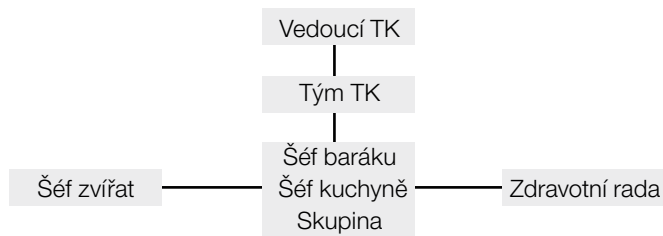
Aleš Kuda

Terapeutické komunity (dále TK) pro závislé jsou od počátku svého vzniku na konci 50. let vnitřně organizovány hierarchicky. Bohaté zkušenosti s využitím TK po celém světě ukazují, že pro cílovou skupinu závislých je čistě demokratická organizace komunity nefunkční. Přesto i v hierarchické TK má demokracie své nezastupitelné místo. Veškeré TK vznikající u nás od roku 1990 lze považovat za hierarchické. V dalším textu se tedy zaměříme především na aspekty hierarchie v TK a tam, kde je to relevantní, zmíníme aspekty demokracie.

V čem vlastně spočívá hierarchické uspořádání v TK?

Terapeutické komunity pro závislé se vyznačují jasně strukturovanou hierarchií, jež poskytuje bezpečné prostředí pro všechny její členy (klienty i tým). V rámci této hierarchie jsou uplatňovány normy a moc. Struktura jasně definuje zodpovědnosti a pravomoci jednotlivých pozic. Je důležité zdůraznit, že tento hierarchický systém není uplatňován ve vztazích mezi jednotlivými klienty, ani mezi klienty a personálem!

TK v našich podmínkách díky malému počtu klientů (15 až 20) fungují výrazně v rodinném modelu. Proto i hierarchické členění v mnoha ohledech odpovídá tradičnímu rodinnému systému. Tento fakt je velmi důležitý pro celý léčebný potenciál TK. Ne vždy je však vědomě využíván.



Příklad hierarchie TK – v tomto případě TK Němčice

Ve většině TK u nás funguje hierarchická struktura podobně jako na ob-
rázku. Sice jsou jinak pojmenovány funkce, ale jejich náplň zůstává v podstatě
identická¹. Při zkoumání hierarchického uspořádání odlišíme pro přehlednost
dvě roviny: 1. jakým způsobem je uplatňována moc?

2. hierarchie v rámci skupiny klientů TK

Hierarchie moci

V rámci uplatňování moci narážíme především na otázku hranice mezi sku-
pinou a týmem. Musíme hledat, kde končí rozhodovací pravomoci skupiny, re-
spektive jejích členů a dále přísluší jen týmu. Zde si znovu můžeme vzít na po-
moc model rodiny. Ve zdravě fungující rodině je přijímán názor každého jejího
člena, nicméně je jasné, že jsou to rodiče, kteří převezmou na sebe zodpověd-
nost konečného rozhodnutí. Tým uplatňuje rozhodovací moc v komunitě pouze
ve prospěch jejích jednotlivých členů a celé komunity. Platí zásada, že prospěch
komunity je nadřazen zájmu jednotlivce, samozřejmě při zachování individu-
álního přístupu k jednotlivcům! Tým činí maximum rozhodnutí týkajících se
života komunity ve spolupráci s klienty, přičemž hlavním partnerem je mu *šéf
baráku* (*nejvyšší klientská funkce*). Rozhodovací právo týmu je uplatňováno pře-
devším při plánování léčby jednotlivých klientů. Klienti se však aktivně podí-
lejí na stanovování úkolů svého léčebného plánu. Tým má tedy zodpovědnost
za bezpečnost prostředí TK, individuální plánování a vedení jednotlivých pří-
padů. Je důležité, aby bylo používání moci ze strany týmu transparentní a konz-
istentní. Tým v uplatňování moci jasně deklaruje, že jeho rozhodnutí jsou na
základě diskuse a konsensu v rámci týmové spolupráce.

V rámci popisu hierarchie moci v TK je nutné zmínit specifickou roli ve-
doucího komunity. Plně funkční terapeutická komunita bude pravděpodob-
ně vedena charismatickým vedoucím. Díky neslavnému konci Dederichova
Synanonu, je tento aspekt úzkostně diskutován a hrozba zneužití moci, kte-
ré může vést až ke vzniku sekty, je zařízením tohoto typu často vytýkána.
Je bezesporu naprosto nezbytné, aby TK měla dostatečně zajištěný mecha-
nismus zpětné kontroly (např. porady týmu, externí týmová popřípadě in-
dividuální supervize, atd.) I při dodržení těchto podmínek však musí být
obsazena pozice autority – vedoucího komunity. Právě vedoucí je ten, kdo
ve sporných a zásadních případech přebírá zodpovědnost za konečné roz-
hodnutí. Samozřejmě za předpokladu výše zmíněných podmínek kontroly.
Zpravidla právě jen vedoucí může použít „právo veta“, kterým lze změnit ja-
kékoli rozhodnutí skupiny či komunity, což mimo jiné potvrzuje jeho na-
prsto výjimečnou roli. Měl by tak činit pouze velmi výjimečně. Z hlediska
terapeutického, respektive přenosového procesu zastává takovýto typ vedou-
cího zcela jasnou otcovskou roli.

Skupina v čele s *šéfem baráku* rozhoduje o každodenním životě komunity, plánování konkrétních obsahů jednotlivých činností a chodu komunity. Podává návrhy na možné změny pravidel a rozvoj programu. Každý člen komunity má výsadní právo vyjadřovat se k životu v komunitě a jednotlivým aktivitám, čímž se podílí na spoluvytváření komunitního života – „*Jsem spoluzodpovědný za prostředí, ve kterém žiji*”.

Uplatňování moci v komunitě podléhá tedy jasné hierarchii. Nejvyšším rozhodovacím orgánem je by měla být **Velká komunita** (setkání všech členů TK – klientů i terapeutů). Ta se schází zpravidla jednou měsíčně². Na ní každý člen komunity má jeden hlas (klient i terapeut). Vedoucí komunity může ve výjimečných případech použít *právo veta* a zrušit rozhodnutí komunity. Dělá tak pouze v závažných případech.

V systému uplatňování moci lze také zaznamenat jasné prvky demokracie. Zodpovědnost je sice uplatňována v rámci hierarchie, ale zároveň každý člen skupiny má právo vyjadřovat se k jednotlivým oblastem života komunity, a tím ovlivňovat a spolurozhodovat o prostředí, ve kterém žije. Jako výrazný atribut zde vnímáme právo při hlasování a zásadních rozhodnutích komunity. Jak bylo zmíněno již dříve, při hlasování platí rovnost mezi klienty a týmem.

Hierarchie v rámci skupiny klientů

Formálně je hierarchie uvnitř klientské skupiny zajištěna rozdělením do jednotlivých léčebných fází. TK u nás zpravidla dělí léčbu do 3 až 4 fází. Jednotlivé fáze se od sebe liší především mírou zodpovědnosti, ale také volnosti. S vyšší fází (2. a 3. fáze) se od klienta očekává větší odpovědnost, samostatnost a je mu prokazována také větší důvěra. Klient vyšší fáze by měl být schopen již nejenom od skupiny přijímat, ale i do ní výrazněji přispívat. V praxi to znamená, že se od klienta ve vyšší fázi očekává schopnost být pozitivním vzorem pro služebně mladší klienty, což je nezbytnou podmínkou sociálního učení v TK. V rámci procesu léčby klient tedy stoupá touto hierarchií skupiny. Tento postup je analogický k procesu zrání v primární rodině, kdy starší sourozenci jsou vzory pro mladší. U závislých předpokládáme, že v primární rodině nebyly dostatečně uspokojeny jejich přirozené vývojové potřeby. Díky popsanému procesu je tedy možné, aby závislý měl nezbytné podmínky pro „dodatečný“ vývoj.

Veškerý provoz TK je zajištěn svépomocí ze strany klientů. V průběhu léčby tak klient postupně zastává různě zodpovědné funkce jako např. „Šéf domu“, „Šéf kuchyně“ (v jednotlivých TK se názvy liší, ale obsah funkce zůstává velmi podobný). Klient je povinen všechny tyto funkce splnit. Musí přijmout odpovědnost, jež z těchto funkcí plyne. Tím je zajištěna motivace k růstu klienta v rámci léčebného procesu. Zvládnutí nároků plynoucích z po-

stavení v hierarchii skupiny podporuje pocit vlastní účinnosti (*self efficacy*), což je stěžejní faktor sociálního učení.

Pokud má TK zdravě nastavenou tuto hierarchii ve skupině, umožní závislému projít cestou od regrese k dospělosti. Tento proces probíhá u jednotlivých klientů individuálně a je úkolem týmu, aby byl neustále monitorován a v případě potřeby facilitován. Nebezpečí v tomto ohledu může být neochota klienta k postupu či na druhé straně jaksi nepodložený postup a pozice. Je nezbytné, aby očekávání a nároky na klienta odpovídalo fázi jeho vývoje.

Postup klienta v rámci hierarchie by měl být jednoznačný a potvrzený různými typy přestupových rituálů. Absolvování tohoto rituálu klientem znamená posun v procesu léčby a získání adekvátních práv a odpovědností. Jasný a srozumitelný postup klienta v hierarchii komunity není vždy samozřejmostí. Někdy se setkáváme s matením rolí a pozic jednotlivých klientů. To spočívá především v neakceptování procesu zrání klienta a v nejednoznačnosti vnímání klienta. Závislý jedinec přichází do TK s celou škálou problémů, z nichž některé jsou čistě individuální, ale je zde i celá řada obecných insuficiencí. Jednou z nejvýraznějších, která je společná pro všechny závislé, je neschopnost přijetí odpovědnosti za sebe a své okolí. V rámci růstu klienta v hierarchii komunity postupně klient přebírá více odpovědnosti za sebe a také za ostatní klienty. Výkon jednotlivých funkcí v rámci komunity je zde stěžejním nástrojem pro nácvik přebírání odpovědnosti. Někdy se však týmy TK dopouštějí chyby, když zapomínají na minulost klienta a schopnost odpovědného chování předpokládají jaksi a priori, jako by se jí nebylo třeba učit. Na klienta jsou kladeny nepřiměřené nároky a je pravděpodobné, že klient bude častěji zažívat pocit selhání než úspěchu. Lze domýšlet, že minimálně u některých klientů opakujeme stejnou chybu, kterou již zažil v primární rodině. V takovém případě dochází k matení klienta, není akceptován proces růstu a léčebný potenciál hierarchie slábne.

Druhým nebezpečím, jež ohrožuje léčebný potenciál hierarchického uspořádání terapeutické komunity, je nevhodné a necitlivé používání pravidel, respektive moci ze strany týmu. Jak již bylo zmíněno dříve, uplatňování moci ze strany týmu by mělo být přiměřené s ohledem na probíhající terapeutický proces a potřeby klienta. Někdy můžeme sledovat, jak klient dostává velmi rozporuplnou zpětnou vazbu – na jedné straně od něj očekáváme odpovědné fungování v rámci skupiny úměrné jeho pozici a případné vykonávané funkci; na druhou stranu uplatňujeme naši moc ve formě zákazů, sankcí a dalších intervencí. V žádném případě zde nezpochybňuji roli týmu a smysl těchto intervencí, ale je nutné vyvarovat se jevu, jež byl pojmenován jako dvojná vazba. V takovém případě od klienta v některých situacích vyžadujeme odpovědné (dospělé) chování a v jiných se k němu chováme jako k dítěti. Dochází pak k ambivalentní zpětné vazbě, jež brzdí proces růstu jednotlivce a nabourává hierarchii léčebného společenství.

Poznámky

1. Např. Šéf baráku v TK Němčice je Pánem domu v TK Nová Ves
2. Např. TK Karlov má díky kratší době léčby Velkou komunitu jednou za dva týdny

Terapeutická komunita a místní komunita

Martina Berdychová

↑ Terapeutická komunita je společenstvím, které umocňuje léčebné působení na své členy kvalitou vztahů. Mezilidské vztahy se v počátcích existence zařízení nejprve upevňují směrem dovnitř, s růstem společenství TK, jak programovým, tak v průběhu času se přirozeně otevírají i vazby na nejbližší okolí. Jinak by hrozilo nebezpečí vytvoření „umělého světa“, který by své klienty na návrat do běžného života nedostatečně připravil.

Vznik terapeutické komunity nebývá pro sousedy vítanou událostí, faktor drog a závislosti na nich je opředen řadou mýtů, obav a zkreslených informací. Proto je integrace TK do místního společenství od počátku nesnadná. Veřejné mínění klientům ani zaměstnancům příliš nepřeje a navazování vztahů vyžaduje trpělivé a systematické úsilí. O koho se tedy lze opřít – zpravidla se jedná o místní autority: učitelé, lékaři, faráři. Lze spoléhat i na osvědčené a vzdělané členy místní samosprávy. V zásadě je možno vytipovat tyto důvody k navázání spolupráce v místě:

- 1) odborný – praktický lékař, zubař, specialista
- 2) osvětový – učitel: příležitost k protidrogové prevenci
- 3) zájmový – možnost výhodné spolupráce (nejbližší sousedé, spolky a sdružení)
- 4) finanční – místní podnikatelé (nákupy a služby)
- 5) kompetenční pracovníci sociálních odborů a pracovních úřadů (kurátoři a probační úředníci, policisté, poštovní a finanční úředníci, hygienická služba, veterinář apod.)
- 6) duchovní (farář a členové farního společenství, dobrovolníci)
- 7) nadřízené orgány (členové správních a dozorčích rad, oprávnění zástupci poskytovatelů dotací, samospráva)

Ve všech těchto případech se jedná o vztahy s konkrétními lidmi, kteří mají nějaký cíl či úkol při navazování kontaktu. Je prospěšné využít každé příležitosti

k prezentaci zařízení: jeho programu, zaměstnanců i klientů. Avšak u klientů je třeba zajistit dodržování etických principů, a zejména nalezení křehké rovnováhy mezi veřejnou prezentací a potřebnou mírou soukromí každého klienta. Navázání každého kontaktu má dvojitý efekt: prolamování bariér k nejbližšímu okolí a otevření se komunity vnějšmu světu. To druhé má mimořádný význam pro klienty, kteří se tak zbavují obav z kontaktu s „cizími“ lidmi, obav z vnějšího světa jako takového. Čím častěji se klient v přirozeném kontaktu setkává s lidmi, kteří nejsou nositeli terapeutického programu, ale reprezentují pravidelný, náhodný či jednorázový vztah, tím vyšší jsou předpoklady jeho budoucí sociální integrace. Otevřenost komunity světu s sebou přináší jediné nebezpečí: ochranu bezdrogového prostředí. Tu lze otevřenou komunikací se spolupracujícími osobami v místě podpořit, nikoliv bezvýhradně zajistit. I případné drobné narušení čistoty prostředí (např. otevřené pivo na pracovišti stavební firmy, léky v kabelce poštovní doručovatelky) znamenají spíše trénink klienta na podmínky po léčbě, než ohrožení jeho abstinence během pobytu v TK. To, jací lidé terapeutickou komunitu navštěvují, ovlivňuje především tým zaměstnanců – jeho zkušenosti i přirozená intuice. Rozvoj sítě vztahů v místě je natolik potřebný i užitečný, že ho lze i bez ohledu na drobná rizika zařadit mezi významné terapeutické faktory, které klienta orientují na realitu, do které se po dlouhodobé léčbě nepochybně vrátí.

Tak, jak komunity působí v nejrůznějších lokalitách, a tedy ve svém unikátním prostředí, je nemožné způsob utváření vztahů s místní komunitou nějak zobecnit. Nezbyvá tedy, než uvést konkrétní příklady z praxe terapeutické komunity Magdaléna, kterou jako autorka této kapitoly tak důvěrně znám.

Ve svých začátcích v roce 1997 jsme se v Mníšku pod Brdy setkali jak s laskavou podporou našich zakladatelů – tehdejší mníšecké radnice a paní Marie Kaplanové, tak také s otevřeným nepřátelstvím některých místních občanů i institucí. Situaci zkomplikovala skutečnost, že těsně před zahájením samotné činnosti TK probíhala kampaň ke komunálním volbám v r. 1998. V rámci této kampaně dostali občané do svých schránek leták, který jim sděloval, že až dosud se v této lokalitě nikdy řádné drogy nevyskytovaly. Varoval je, že s terapeutickou komunitou se ve městě objeví autobusy dealerů, dodávající drogy našim klientům a také místním dětem. Že nebude možno chodit do lesa, protože se občané poraní na každém kroku o pohozenou jehlu. Také, že se místní zahrádky a kurníky stanou obětí nájezdů loupeživých narkomanů, a co hůře – ani děti, starší občané a zejména mladé dívky se už nebudou moci bezpečně procházet po městečku a okolí.

Po takové „reklamě“ se vztahy navazovaly obtížně. V začátcích nám paradoxně pomohlo to, že právě místní občan, nechvalně proslulý svými kousky v celém Mníšku, se stal jedním z našich prvních klientů. Léčba se velmi povedla a z postrachu okolí se stal milý, usměvavý a pracovitý kluk. Nyní již abstínuje 7 let.

70

K zásadnímu obratu přispělo rovněž navázání kontaktu s panem kardiánem Vlkem, který k nám pár měsíců po zahájení naší činnosti zavítal v doprovodu mníšeckých celebrit na slavnostní oběd (připravený klienty) u příležitosti pouti k Máří Magdaléně, a od té doby nás pravidelně navštěvuje. To vše proběhlo za účasti televizních kamer, novinářů a tedy s velkou mediální prezentací. Poté se strach občanů pozvolna vytrácel, vztahy se začaly rozvíjet přirozeně a zcela civilně, tedy tak, jak jsme si od začátku přáli. Po 8 letech jsme se stali nedílnou součástí místní komunity. Navázali jsme pevné a přátelské vztahy s řadou institucí a jejich představitelů (fara, státní zámek, praktičtí lékaři a specialisté, kulturní středisko apod.), v neposlední řadě jsou to i vztahy obchodní s místními dodavateli zboží a služeb (pošta, pekárna, veterinář, různé opravárenské firmy). Také 1/3 našich zaměstnanců žije v Mníšku a okolí, což přirozeně integraci Magdalény do místního společenství velmi prospívá. Podílíme se či sami pořádáme pravidelné akce pro místní děti: „pohádkový les“, vánoční setkání, karneval, pašijové hry a další. Součástí naší následné péče jsou také dílny, ve kterých pracují klienti v programu sociálně pracovní rehabilitace. Truhlářství např. vyrobilo a dodalo vybavení vstupních prostor státního zámku v Mníšku, zahradnictví se ujalo tzv. starého hřbitova a zahrady kolem kostela na hlavním náměstí. Tento prostor byl po mnoho let neudržovaný a nyní zde vzniká pro veřejnost příjemné místo k posezení. Všemi těmito způsoby se snažíme jak prezentovat naši organizaci v místě, tak současně napomoci našim klientům k snazší integraci do místních společenství tam, kde se rozhodnou po léčbě žít.

Počáteční zastrašující kampaň proti naší činnosti se tedy minula účinkem. Naše klienty v Mníšku už neprovázejí zvědavé či nevraživé pohledy. Několik z nich tu našlo práci i přechodné bydlení. Kupodivu stále přetrvává v povědomí některých občanů humorná historka o vybilení jedné hospody v sousední obci na Silvestra 1998 (kdy v Magdaléně ještě žádní klienti nebyli) a ironií osudu se autorka oněch varovných letáků stala v minulém volebním období starostkou, a tedy vlastně z titulu své funkce po uplynulé 4 roky naší „zakladatelkou“.

III. Terapeutické metody



Profily terapeutických komunit pro drogově závislé

Kamil Kalina

1. Pojem a význam „účinného profilu“

Různé ukazatele a prediktory úspěšné léčby v terapeutických komunitách pro závislé, jimiž jsme se zabývali v jiné kapitole této publikace¹, vycházejí z toho, že „terapeutická komunita“ je metodou, která je schopna zajistit určitý, kvantitativně vyjádřený léčebný efekt. Ale co je vlastně „terapeutická komunita“, od které lze takovou účinnost očekávat? Je to „černá skříňka“, soubor ideologických postulátů nebo popsateľná a popsaná metoda či soubor metod s prokázanou vazbou účinných faktorů na výsledek léčby? V poslední části této kapitoly je třeba se touto otázkou zabývat.

Terapeutická komunita jako metoda a systém má za sebou přinejmenším 60 let vývoje, z toho posledních více než 40 let zaujímá rozvoj autonomních TK pro drogově závislé, v posledních dvou dekáдах aspoň v Evropě ovlivněný stykem s původní britskou linií TK.² Přehlédneme-li zpětně tento vývoj, zdá se jasné, že probíhal bez zásadních revolučních zvrátů, spíše s několika evolučními vlnami. Model TK sice není rigidní, ale je už poměrně dlouho ustálený co do obsahu i struktury a v posledních cca 15 letech byl ve vysoké míře standardizován pro potřeby výzkumu i rutinní evaluace. Tento standardizovaný model se zabudovanými účinnými faktory v obsahových i strukturálních elementech zde nazýváme „účinný profil TK“.

Účinný profil TK je do značné míry kompaktní. Většinu jeho účinných elementů je obtížné ve vztahu k léčebnému výsledku studovat izolovaně, což koresponduje s Rapaportovou tezí z r. 1960, že „komunita je doktor“ jako celek (Rapaport, cit in Kennard, 1998). Můžeme samozřejmě uvnitř účinného profilu definovat určité metody nebo soubory metod, jejichž účinnost je studována i v jiných kontextech, např. skupinové terapie, edukace, využití práce v léčbě nebo práce s rodinou klienta (viz Toumbourou et al., 1993 a 1998; Van der Velde et al., 1998; Messina et al., 2001), ale i u nich je propojení s ostatními elementy v komplexním účinném profilu TK dosti zásadní, takže platí systé-

mové pravidlo „celek je víc než součet částí“. Jednoduše řečeno, komplexnost a vnitřní podmíněnost fenoménu „změny“ a „úzdavy“ koresponduje s komplexností účinného profilu TK.

Účinný profil TK je popsán v několika evaluačních manuálech, které se používají v jednotlivých zemích nebo v mezinárodním měřítku (standards, směrnice apod.). Obecně patří tyto popisy ke „standardům dobré praxe“ (Kalina, 2000, 2001), jde v nich však o víc než o kvalitu služby či programu, právě proto, že „standard“ účinného profilu lze prokazatelně spojit s určitým standardním výsledkem léčby v TK.

Standards odborné způsobilosti (2004) používané v ČR mají bohužel právě v tomto ohledu výraznou mezeru. Jejich speciální část sice obsahuje oddíl pro hodnocení terapeutických komunit (Standard B7), zde však nejsou plně zahrnuta kritéria vztahující se k jádrové identitě TK, k jejímu specifickému účinnému profilu. České standardy tudíž neumožňují zhodnotit, jestli české zařízení, které se samo deklaruje jako TK, je skutečně terapeutickou komunitou podle mezinárodně platných kritérií a je schopné zajistit léčebný výsledek, který se od „terapeutické komunity pro drogově závislé“ očekává.³

K zaplnění této mezery jsme podnikli vlastní výzkum, jehož předběžné závěry zde uvádíme (viz též Kalina, 2006a).

2. Popis metody

Pro hodnocení profilu českých TK pro drogově závislé byl vypracován dotazník obsahující 208 položek v několika trsech. Asi 2/3 položek jsou standardní charakteristiky „hierarchických“ TK, tj. TK pro drogově závislé, odvozené z literatury USA (De Leon a Melnick, 1993; De Leon, 2000). Další 1/3 byla vybrána z kritérií současných britských „demokratických“ TK⁴ (Kennard, 1998; Kennard a Less, 2001) tak, aby se s prvními nepřekrývala. Tato navíc zařazená kritéria převážně vypovídají o porozumění a citlivosti vůči individuální psychodynamice a skupinovým procesům v TK, což má podle autora značný význam vzhledem ke komplikované klientele, s níž se v našich TK pro drogově závislé stále více setkáváme (psychosociální nezralost, osobnostní poruchy, psychické komplikace). Rozšíření účinného profilu o tyto parametry by tudíž mělo vypovídat o kapacitě TK řešit složité problémy a umožnit těmto klientům se do léčby zapojit, udržet se v ní a mít z ní přínos.

Každá položka byla hodnocena na šestibodové škále, od (žádná důležitost, položce se nepřikládá význam, program dané TK nemá danou charakteristiku) do 5 (velmi vysoká důležitost pro danou TK).

Dotazník byl zaslán samostatným TK pro drogově závislé („samostatné TK“ – 15 léčebných jednotek) a dále specializovaným oddělením pro léčbu al-

koholismu a drogových závislostí v nemocnicích a psychiatrických léčebnách, které aplikují Apolinářský model s principy TK⁵ („oddělení aplikující přístup TK v PL” – 13 léčebných jednotek). Vedoucí léčebných jednotek byli požádáni, aby dotazník vyplnili na základě konsensu svých týmů.

Dotazník zodpovědělo 13 samostatných TK a 11 oddělení aplikujících přístup TK v psychiatrických léčebnách. Zatím bylo možné zpracovat velmi hrubé výsledky a pokusit se o jejich předběžné shrnutí. Tuto dosud provedenou analýzu výstupů ilustrují tabulky 1, 2, 3 v Příloze 1 (odstíny šedé barvy mají orientačně reflektovat frekvenci odpovědí).

3. Předběžné výsledky

1. Všechna kritéria (= z obou linií terapeutických komunit) byla léčebnými jednotkami ve vzorku skórována nejčastěji jako „středně důležité” (3) a „velmi důležité” (4). Jsou však zřetelně důležitější pro samostatné TK než pro oddělení aplikující přístup TK v PL.

2. Kritéria TK pro drogově závislé jsou nejčastěji skórována jako „velmi důležitá” (4). Je zde patrný rozdíl mezi samostatnými TK, které je ve většině případů označily jako „velmi vysoce důležité” (5), a odděleními, která aplikují přístup TK v PL – tam je největší frekvence odpovědí u stupňů 3 a 4 a zbytek je rozptýlen k nižším stupňům důležitosti až k nule. Hlavní rozdíly jsou v trsech týkajících se konceptu TK, fázi léčby a rolí klientů a personálu. Položky dotazníku relevantní pro tyto rozdíly uvádíme v Příloze 2.

3. Kritéria „demokratických” TK jsou v celém vzorku skórována poněkud níže než kritéria TK pro drogově závislé, na stupni 4 nebo 3 (velmi a středně důležité). Opět je zde rozdíl mezi samostatnými TK a odděleními, která aplikují přístup TK v PL – rozdíl prakticky stejného typu jako v tabulce 2b (posun těžiště k nižšímu stupni důležitosti a rozptýl zbytku až k nule). Hlavní rozdíly jsou v trsech odkazujících ke skupinově dynamickým procesům v komunitě, ve skupinách klientů a v týmu, a k psychodynamickým procesům jednotlivců. Položky dotazníku relevantní pro tyto rozdíly uvádíme v Příloze 3.

4. Závěry

Z těchto předběžných výstupů naší studie můžeme učinit opatrný závěr pro samostatné TK pro drogově závislé v ČR:

- ve velké většině a ve značné míře naplňují standardní účinný profil „TK pro drogově závislé”, což znamená, že jsou schopné zajistit standardní léčebný výsledek;

- vcelku uspokojivě naplňují i doplňková kritéria, odvozená z psychoterapeuticko-výchovných TK pro poruchy osobnosti a chování u dospělých a dětí, což znamená, že mohou disponovat kapacitou řešit složité problémy komplikovanějších klientů.

Ze studie dále vyplývá jisté potvrzení obecnějšího názoru, že terapeutické komunity pro drogově závislé v ČR představují specifický průnik „hierarchických“ TK pro závislé v tradici Casriela a Deitche⁶ a „demokratických“ TK v linii Jonese a Maina⁷, což koresponduje s evropským trendem sblížování obou linií (viz Rawlingsová a Yates, 2001; Nevšimal, 2004; Yates, 2006).

Autor vyjadřuje vřelé díky všem TK a oddělením psychiatrických léčeben, které vyplnily dotazníky, a umožnily tak provedení této studie.

Poznámky

1. K. Kalina: „Úspěšná léčba v terapeutických komunitách pro drogově závislé a její předpoklady - Kvantitativní a kvalitativní hlediska“.
2. Bereme zde v úvahu rok 1946, kdy Main poprvé publikoval pojem „terapeutická komunita“ a rok 1963, kdy vznikla první „nová“ TK tj. TK pro drogově závislé, v Daytop Lodge v New Yorku. Synanon (založený r. 1958), nebyl podle našeho názoru terapeutickou komunitou (Kalina, 2006b).
3. Autor této kapitoly vedl práci na souboru Standardů odborné způsobilosti v letech 1999-2003 a zpracoval i jejich závěrečnou redakci, které se dnes prakticky beze změny používá. Zjištění, že standard B7 má vzhledem k účinnému profilu TK minimální výpovědní hodnotu, bylo i pro něj překvapením. Je pravdou, že soubor Standardů odborné způsobilosti vznikl na základě jiné filosofie (pouze hodnocení kvality podle odborné, manažerské a etické úrovně určitých aspektů služby) – pro tak složitou službu, jakou je TK, to ale evidentně nestačí.
4. Jde o psychoterapeuticko-výchovné TK, které pracují převážně s poruchami osobnosti a chování u dospělých i dětí a pokládají se za pokračovatele původní britské linie TK (Maxwell Jones, Tom Main).
5. Jde o kategorii „přístup TK“ dle Kennarda (1998), viz též Adameček a spol. (2003).
6. Daytop Village a další organizace, které spatřovaly svůj vzor ve společenství alternativního životního stylu Synanon (blíže o vývoji této linie viz Nevšimal, 2005).
7. Tuto linii u nás zprostředkoval Skálův Apolinář, Kratochvílova Kroměříž, léčebné systémy Knoblocha, Mrázka a Hausnera v Lobči, Sadské a Horní Palatě v Praze 5, a zejména výcvikový systém SUR (Kalina, 2006a).

Literatura

- Adameček D., Richterová-Těmínová M., Kalina K. (2003): Rezidenční léčba v terapeutických komunitách. In: Kalina K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Kapitola 6/7. NMS-Úřad vlády ČR, Praha.
- De Leon G., Melnick G. (1993): *Therapeutic Community: Survey of Essential Elements Questionnaire (SEEQ)*. Community Studies Institute, Inc., New York.
- De Leon G. (2000): *The therapeutic community: Theory, model, and method*. Springer Publishing Company, New York.
- Kalina K. (2000): *Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí*. Inverze/SANANIM, Praha.
- Kalina K. (2001): Jaká péče je kvalitní? *ADIKTOLOGIE*, 1:34-42.

- Kalina K. (2006a). Therapeutic Communities for Addicts in the Czech Republic – Roots, Recent Development and Current Profiles. *International Journal of Therapeutic Communities*, 27 (1), Spring edition.
- Kalina K. (2006b): *Terapeutická komunita – obecný model a jeho uplatnění v léčbě drogových závislostí*. Habilitační práce připravovaná pro Universitu Palackého v Olomouci.
- Kennard D.(1998): *An introduction to therapeutic communities*. 2nd ed. Jessica Kingsley Publishers, London.
- Kennard D., Lees J. (2001): What is a Therapeutic Community? Audit Checklist 2nd ed. Association of Therapeutic Communities, www.therapeuticcommunities.org.
- Messina N., Wish E., Nemes S. (2000): Predictors of treatment outcomes in men and women admitted to a therapeutic community. *Am-J-Drug-Alcohol-Abuse*, 26(2): 207-27.
- Messina N., Nemes S. et al. (2001): Opening the black box. The impact of inpatient treatment services on client outcomes. *J-Subst-Abuse-Treat.*, 20(2): 177-83.
- Nevšimal P.: Původ a vývoj terapeutické komunity pro drogově závislé. In: Nevšimal P. (ed.): *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. – Vznik a vývoj*. Krajský úřad Středočeského kraje/o.p.s.Magdaléna, Praha, 2004.
- Rawlings B., Yates R. et al. (2001): *Therapeutic Community for the Treatment of Drug Users*. Jessica Kingsley Publ., London.
- Standardy odborné způsobilosti (2004)*: Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách (Standardy služeb pro uživatele drog). Centrum pro kvalitu a standardy – Národní vzdělávací fond, Praha. www.cekas.cz.
- Toumbourou J., Hamilton M. (1993): Perceived client and program moderators of successful therapeutic community treatment for drug addiction. *Int-J-Addict*. 28(11): 1127-46.
- Toumbourou J. W., Hamilton M., Fallon B. (1998): Treatment level progress and time spent in treatment in the prediction of outcomes following drug-free therapeutic community treatment. *Addiction*, 93(7): 1051-64.
- Van de Velde J. C., Schaap G. E., Land H. (1998): Follow-up at a Dutch addiction hospital and effectiveness of therapeutic community treatment. *Subst-Use-Misuse*, 33(8): 1611-27.
- Yates R. (2006): osobní sdělení

Příloha 1

Předběžné výsledky

Tabulka 1: Všechna kritéria

	0	1	2	3	4	5
Samostatné TK						
Oddělení aplikující přístup TK v PL						
Všechny léčebné jednotky						

Tabulka 2: Kritéria TK pro drogové závislé

	0	1	2	3	4	5
Samostatné TK						
Oddělení aplikující přístup TK v PL						
Všechny léčebné jednotky						

Tabulka 3: Kritéria „demokratických“ TK

	0	1	2	3	4	5
Samostatné TK						
Oddělení aplikující přístup TK v PL						
Všechny léčebné jednotky						

Příloha 2**Kritéria TK pro drogově závislé**

Nejdůležitější trsy položek, v nichž se ukázal rozdíl mezi samostatnými TK a odděleními pro tzv. režimovou léčbu závislostí v psychiatrických léčebnách

I. Koncepty v TK**A Koncept návykové poruchy a závislosti**

Zneužívání návykových látek odráží obecnější problém zvládnání životních situací

Zneužívání návykových látek je poruchou celé osoby

Zneužívání návykových látek je projevem, nikoliv podstatou poruchy
Problém léčby se netýká drogy, ale osoby

B Koncept závislého člověka

Zneužívání návykových látek má své kořeny v jiných, obecnějších problémech – psychologických nebo vývojových

Typickým psychologickým rysem problémových uživatelů a závislých je nezralost, nízké sebehodnocení a problémy spojené s charakterem a životním scénářem

Vzorové užívání drog jsou méně podstatné než psychologické problémy a problémy s chováním

C Koncept úzdravy

Úzdava zahrnuje celkové změny sebepojetí, chování a životního stylu

Úzdava zahrnuje rozvoj osobní identity a celkové změny životního stylu včetně životního scénáře, postojů a hodnot

Abstinence od zneužívaných psychoaktivních látek je předpokladem pro udržení úzdravy

Úzdrava znamená pro mnoho uživatelů nejen „rehabilitaci“ (obnovu ztracených schopností a dovedností) ale „habilitaci“ (faktický začátek plnohodnotného života)

Úzdrava je kontinuální proces, který pokračuje dále mimo TK

Úzdrava z drogové závislosti je celoživotní proces, v němž je zapojen pokračující osobní růst

D Koncept životního stylu

Zdravý a hodnotný životní styl, zahrnující sebedůvěru, možnost spolehnout se sám/sama na sebe a pozitivní sociální a pracovní postoje je klíčový pro úzdravu ze závislosti

Zdravý a hodnotný životní styl klientů se rozvíjí ze ztotožnění s hodnotami sdílenými v TK

Zdravý a hodnotný životní styl zahrnuje pozitivní sociální hodnoty, jako je etika práce, sociální produktivita a odpovědnost vůči společenství

Zdravý a hodnotný životní styl odráží osobní hodnoty, jako je čestnost, samostatnost, soběstačnost a odpovědnost vůči sobě a důležitým druhým

II. Zařízení: léčebný přístup, kultura a struktura TK

78

E Role a fungování personálu

Členové personálu fungují především jako členové komunity. Upevňují hodnoty TK, osobně se angažují při porušování pravidel a slouží jako vzory (modely rolí) pro ostatní

V terapeutickém týmu mají místo bývalí uživatelé drog, kteří prošli léčbou v TK nebo v obdobném programu

Členové týmu jednají jako přirozené a racionální autority

Členové týmu slouží jako vzory (modely rolí) pro hodnoty sdílené v TK

Členové týmu facilitují klientovo přijetí hodnot TK a ztotožnění s nimi

Tým si podržuje konečnou pravomoc v rozhodování o zásadních otázkách

Tým zdůvodňuje klientům svá důležitá rozhodnutí a vysvětluje jejich předpokládané důsledky

F Role a fungování klientů

Klienti, zvláště pokročilí klienti, fungují jako členové komunity. Sdílejí odpovědnost za fungování a zdraví komunity a za udržování jejích hodnot

Klienti jsou rozvrstveni podle úrovně odpovědnosti a pokročilosti v léčbě

Pokročilí klienti získávají vzrůstající odpovědnost v organizování každodenního života komunity

Pokročilí klienti získávají vzrůstající odpovědnost v orientování a instruování začátečníků

Pokročilí klienti vykonávají důležité správní funkce (např. vedou setkání doma apod.)

Pokročilí klienti slouží jako vzory (modely rolí) pro začátečníky

Klienti vedou některé skupiny nebo semináře, zatímco personál sleduje nebo dohlíží

VI. Proces

A Fáze léčby

Léčba v TK je uspořádána do tří hlavních fází, jimiž klient postupně prochází

Každá fáze je spojena se specifickými cíly a očekáváním od klienta

Fáze obsahují plánovaný sled úkolů a nároků na vzrůstající odpovědnost klienta v souvislosti s naplňováním léčebných cílů

Příloha 3

Kritéria „Demokratických“ (psychoterapeutických) TK

Nejdůležitější trsy položek, v nichž se ukázal rozdíl mezi samostatnými TK a odděleními pro tzv. režimovou léčbu závislostí v psychiatrických léčebnách

II. Zařízení: léčebný přístup, kultura a struktura TK

A Kultura otevřenosti

Všichni členové komunity (personál a klienti) mohou otevřeně diskutovat o organizačních otázkách, psychologických procesech, skupinové a institucionální dynamice.

Problém a jeho řešení se diskutuje a dosahuje se porozumění problému v komunitě předtím, než se přistoupí k řešení. Diskuse je pokládána za příležitost k učení.

Obtížná témata mohou být předmětem otevřené diskuse a nejsou tabuizována (např. sex, užívání chemických látek, chyby personálu),

Důležité organizační informace a záležitosti, které se týkají celé komunity, jsou sdílené celou komunitou.

Personál je si vědom způsobů, jimiž se v týmu nebo v celé komunitě může problém „zamést pod koberec“, popřít, tabuizovat, odkládat řešení apod.

G Péče o hranice a bezpečí

Členové týmu zajišťují bezpečné prostředí pro práci TK (bezpečí fyzické i psychologické, emoční)

Tým přijímá autoritu a vedoucí roli nebo ji sdílí s celou komunitou podle potřeb a schopností komunity v dané době

Napětí mezi rizikem a terapeutickou příležitostí je zvládáno celou komunitou (tak, aby riziko, že klient poškodí sebe nebo druhé, bylo nízké) a využíváno jako proces učení

Komunita je schopná rozumět situacím, kdy klient škodí sobě a/nebo druhým, učit se z těchto situací a přiměřeně na ně reagovat

Komunita jako celek je odpovědná za utváření, udržování a změnu pravidel TK

Komunita může diskutovat a vznášet otázky či pochybnosti o rozhodnutích učiněných skupinou personálu nebo celou komunitou

Komunita jako celek je odpovědná za stanovení, udržování a změnu hranic a za reflektování jejich porušování (týká se např. dodržování času, prostoru, blízkosti/vzdálenosti členů, rozhraní s okolním světem apod.)

Pokročilí klienti se podílejí na odpovědnosti za podporu a jistotu nových klientů a za přenášení komunitní kultury na nové klienty

Klienti se zapojují do udržování bezpečného prostředí v TK, což zahrnuje např. (a) bezpečí a přiměřený komfort budovy a okolí, (b) fyzické a psychologické bezpečí členů komunity, (c) zvládání mimořádných událostí přicházejících z vnitřních i vnějších příčin

III. Komunita jako terapeutický prostředek

A Léčebný proces a život v komunitě

Klienti jsou podporováni v učení z každodenního života včetně neformálních interakcí s personálem i mezi sebou navzájem

Klienti jsou podporováni v tom, aby slovně vyjadřovali (verbalizovali) své myšlenky a pocity, místo aby rovnou jednali pod jejich vlivem (vyjadřovali je chováním, tzv. acting out)

Klienti jsou podporováni v tom, aby objevovali paralely mezi svým chováním a prožíváním v situacích, které jim dělaly problémy před léčbou nebo ve kterých selhávali, a mezi podobnými situacemi v TK

Klienti jsou obeznámeni s problémy a selháváním ostatních klientů ve své skupině

Klienti hovoří otevřeně o minulých situacích, které v nich vzbuzovaly hněv, ukřivďenost, pocity viny, nízkou sebeúctu, chuť na drogy apod., a rozpoznávají situace v TK, kdy mají tendenci se cítit podobně

Klienti si vzájemně poskytují příklady a návrhy, jak takové situace konstruktivněji zvládat

Klienti si vzájemně poskytují zpětné vazby, které posilují jejich sebeúctu

Klienti si vzájemně poskytují zpětné vazby o svých nežádoucích postojích a chování, které se objevuje v TK, a o účincích, které má na ostatní

Klienti si slouží navzájem jako vzory (modely rolí), jak konstruktivně zvládat konflikty a frustrace

VII. kapacity TK

A Kapacity odpovědnosti a rozhodování

Klienti a personál jsou zapojeni do diskuse o výběru a přijetí potencionálních nových klientů

Klienti jsou zapojeni do diskuse o výběru a přijetí potencionálních nových členů terapeutického týmu

Členové terapeutického týmu jsou zapojeni do rozhodování o výběru a přijetí potencionálních nových členů terapeutického týmu

Potencionální noví členové terapeutického týmu zapojeni do rozhodování o svém výběru a přijetí

Klienti jsou zapojováni do odpovědnosti za každodenní život komunity (administrativní a hospodářské úkoly, vedení některých setkání a skupin apod.)

Klienti jsou zapojováni do odpovědnosti za přidělování pracovních rolí a funkcí klientů v komunitě

Komunita může rozhodovat hlasováním o záležitostech, k nimž je skutečně zmocněna, přičemž všechny hlasy jsou si rovné

Důsledky rozhodnutí učiněných na komunitním setkání jsou v komunitě probírány

B Kapacita terapeutického týmu - dynamika a vztahy

Pořádají se pravidelná setkání terapeutického týmu, na nichž se hodnotí situace v komunitě, programy a léčebný pokrok klientů

Pořádají se denní pracovní schůzky o rutinních záležitostech a předávání služeb

Pravidla terapeutické komunity

a Klíčová pravidla a režim Jiří Broža

Pravidla můžeme obecně charakterizovat jako soubor dohodnutých způsobů jednání, chování a komunikace vymezující činnost a schopnost spolupráce ve všech malých i velkých sociálních skupinách, velkých společenstvech jako jsou národy, státy, ale také příslušníků určitého typu náboženského vyznání či jinak definovaných specifických skupin překračujících hranice jednoho národa. V takto širokém pojetí můžeme pravidla pojímat také jako úzké či široké společenské normy nebo zákony či jiná nařízení, která by měla být v dané skupině nebo společnosti platná pro všechny její členy. Podle typu skupiny můžeme vnímat pravidla, která vznikají a mění se na základě společného konsensu (demokratické společenské systémy) nebo pravidla, která jsou nastolená mocensky, slouží jedinci či malé skupině bez ohledu na potřeby a přání většiny (autokratické, totalitní společenské systémy). Pravděpodobně by se nám nepodařilo najít společenství s naprosto čistou formou vzniku pravidel, ale můžeme uvažovat o základním nastavení jednotlivých skupin, které preferují více jeden nebo druhý vznik.

U malých skupin, jejichž nejpřirozenější podoba může být **dobře fungující rodina**, vznikají pravidla naprosto přirozeně a všichni se je snaží naplnit, aniž by přemýšleli o tom, že jde o pravidla. Většinou jsou vytvářena pod vlivem potřeb všech členů a jsou přenášena po generace a vždy znovu revidována a nově vytvářena změnou členů (narození dítěte, úmrtí ...) nebo vznikem další rodiny. Nejsou neměnná a neustále se snaží přizpůsobovat změnám, které jsou dány vnitřními i vnějšími okolnostmi.

V méně či více institucionalizovaných skupinách nelze nechat vznik pravidel pouze na přirozeném vývoji v nepsané či nevyřčené podobě. Je nutné je zcela jasně určit a zveřejnit v podobě, která je pro všechny srozumitelná a pokud možno i naplnitelná.

Terapeutické komunity jsou umělým sociálním prostorem v co nevyšší míře se snažící vytvořit společenství, které se alespoň v některých svých aspektech (bezpečí, hranice, kvalita vztahů...) podobá podmínkám dobré rodiny. Velice

podobné jsou hlavní cíle – žít kvalitní život a vychovávat klienty tak, aby byli schopni se v realitě o sebe sami a dobře postarat (sociální dovednosti, přizpůsobení), uvědomili si, přijali, uvěřili a naučili se používat svou hodnotu (psychotherapie). Je však také institucí s jasným filosofickým přístupem, který můžeme definovat jako demokratický s jasnými pravidly. Ta vycházejí z potřeb všech členů, především klientů, které můžeme obecně charakterizovat jako specifickou skupinu podobající se svými předchozími zkušenostmi – drogová kariéra, ale také jedinečností ve svých osobnostních charakteristikách. Z toho důvodu by bylo velice obtížné a rizikové nechat tvorbu pravidel pouze na přirozeném vývoji a spolužití. Je nutné je vytvářet na základě teoretických znalostí, vysoké profesionality, dobrých praktických zkušeností a dobré znalosti klientů. Jejich podoba by měla respektovat jejich potřeby a možnosti a zároveň by měla být přijatelná a vnitřně integrovatelná pro všechny zaměstnance – terapeutů. **Každé** definované **pravidlo by mělo mít svůj** jasný důvod, záměr a **smysl**. Vytváření komunitních pravidel je nekončící proces, na kterém se určitým způsobem podílí všichni členové komunity.

Pravidla v terapeutické komunitě jsou nástrojem, který prolíná veškerým dním. Rámčují celý proces a jsou využívány, ať už vědomě nebo nevědomě, při veškerých aktivitách klientů či terapeutů. Pravidla bychom v komunitách mohli dělit na čtyři základní typy:

1. Klíčová pravidla
2. Další psaná pravidla
3. Nepsaná pravidla
4. Nevědomá pravidla

Klíčová pravidla

Klíčová pravidla jsou naprosto jednoznačná, fakticky je nelze zpochybňovat a jednat o jejich zásadní změně či vypuštění. Jsou definovaná na základě základních cílů a základních metod terapeutických komunit. V případě zásadního porušení těchto pravidel bývá klient vyloučen z programu nebo převeden do jiné komunity. K další úvaze si dovoluji použít 3 základní pravidla, jak je uvádí M. Kooyman¹ ve své publikaci:

- neužívat drogy, alkohol či jiné látky ovlivňující vědomí
- neužívat násilí či vyhrůžek
- nemít sex s dalším členem skupiny

Klíčová pravidla použiji v uvedeném znění, přestože ne všechny komunity je definují stejně. Některé terapeutické týmy definují základních pravidel víc. Dalšími bývají např. „podřízení se rozhodnutí skupiny“, „přijmutí principu a pravidel komunity“ „aktivní přístup k terapii“ apod.

I když se tato pravidla mohou zdát natolik jednoznačná, že o nich není potřeba ani příliš přemýšlet, a jednotlivé terapeutické týmy je mohou přijmout a používat bez sebemenších problémů, je důležité zamyslet se nad jejich původním smyslem a nepoužívat je jenom proto, že to tak má být, ale hlavně proto, že rozumíme jejich důvodu.

Zákaz užívání drog a manipulace s nimi

Vychází především z nutnosti zabezpečit bezdrogový, klienty neohrožující prostor, bezpečí a jistotu ochrany před tím, co je momentálně hlavní příčinou jejich životních nezdarů.

Kromě tohoto důvodu má svůj význam i pro samotný terapeutický proces, který nebývá pro klienty vždy jenom příjemný a dokáže odhalovat dlouho potlačovaná traumata, klientova slabá místa apod. Jinými slovy a zjednodušeně lze říct, že klient, který začne žít bez drogy, má tendenci začít se chovat a prožívat situaci stejně nebo podobně jako v okamžiku, kdy se rozhodl drogu brát. Vrací klienta do období, které pravděpodobně prožíval jako nejisté, může u klientů vyvolávat nespokojenost s prostředím i se sebou samým. První pravidlo zabraňuje zpracovávat tento stav prostředky, které klient z velké části dobře zná – neřešit svoji nespokojenost a použít vnější prostředky k navození lepšího stavu. Znemožňuje unikat od problému, unikat od přirozených a k rozvoji či změně motivujících nespokojeností.

Pravidlo abstinence je využíváno i v případě, že léčba nesměřuje k následné absolutní abstinenci. Týká se nejen prostoru terapeutické komunity, ale také aktivit klientů, které se odehrávají mimo komunitu – brigády, vycházky, výjezdy ... V některých případech ale nebývá porušení pravidla abstinence řešeno pouze vyloučením klienta z léčby. Posuzuje se, jaké důvody klienta k porušení abstinence vedly, a hlavně, zda si je klient vědom svého selhání, jeho příčin, své přetrvávající slabosti a je ochotný selhání zpracovávat. Potom se s klientem často uzavírá dodatek smlouvy nebo jiná dohoda, která mu za jasně stanovených podmínek umožní v léčbě pokračovat (např. absolvovat detoxifikaci a ve zkrácené formě projít znovu všechny fáze počínaje přijímací).

Neužívat násilí či vyhrůžek

Zatímco přijetí prvního pravidla je pro terapeutu i klienty celkem jasné a nekonfliktní, u tohoto pravidla může jeho bezduché převzetí bez pochopení smyslu přinášet jisté nejasnosti a dokonce i chyby v jeho aplikaci.

Ve většině terapeutických komunit patří mezi hlavní terapeutické nástroje bezpečný prostor umožňující svobodný a pravdivý projev osobnosti každého klienta, jehož součástí je skupinová či individuální terapie. Pouhý plošný zákaz agresivních projevů může být klienty (ale také terapeutu) vykládán tak, že musíme potlačit veškerou svou agresivitu, protože je špatná. To je však v protikladu

se smyslem svobodného pravdivého projevu a s úkoly psychoterapie, která by měla umožnit odkrývat, přiznat a zpracovávat všechny projevy klienta – tedy i agresivitu. Ta je přirozenou součástí každého člověka a zakázeme-li ji, vystavujeme se riziku, že se bude projevovat v sublimované a téměř nezpracovatelné podobě nebo bude na základě požadavků potlačovaná, čímž rezignujeme na rozpoznání a reparování jedné z nejdůležitějších stránek osobnosti klienta. Další následek může být dlouho potlačovaná a ve stresové situaci náhle vyvolaná a neřízená agresivita projevující se ať už vůči okolí nebo vůči sobě samému v „plné nahotě“ a která ve většině případů zákonitě vede k ukončení léčby.

Této situaci můžeme předejít pouze tím, že jsme schopni respektovat všechny formy agresivity klientů (podobně jako přijímá agresivitu dítěte matka) a vytvoříme prostor (psychoterapeutickou skupinu), který ji umožní verbálně vyjadřovat. Podaří-li se nám takový prostor vytvořit, klient bude moci svobodně o své agresivitě hovořit a v jistém smyslu ji i vyjadřovat. Nebude-li za tyto projevy vystaven riziku odsouzení, odmítnutí, potrestání, postupně se jí přestane tolik obávat. Existuje velká šance, že zároveň ztratí v očích klienta svou moc a hroživou podobu. Klient dokáže společně s námi hledat možné příčiny její případné destruktivní podoby a zpracovat ji tak, aby „s ní mohl být“ a v budoucnosti ji dokázal využívat méně zraňujícím způsobem.

Primární důraz týkající se tohoto pravidla by měl být kladen na to, aby klientům bylo jasné, že si především oni sami vytvářejí prostor, ve kterém žijí a že oni sami se podílejí na komunitních normách komunikace. Měli by si uvědomovat, že oni sami mají odpovědnost za to, zda budeme žít ve strachu z agresivity jiných nebo budeme svůj přetlak ventilovat na řádných či mimořádných skupinách, kam takové vyjádření patří a odehrává se na relativně bezpečném a chráněném místě.

Nemít sex s dalším členem skupiny

Toto klíčové pravidlo se zdá ještě kontroverznější. Předchozí dvě jasně říkají, že jsou věci, které nejsou společností přijímané a že je lepší, když se člověk naučí žít bez jejich pomoci. Toto pravidlo však zakazuje něco, co je pro člověka základní potřebou a provází ho v různých obměnách po celý život.

O to důležitější je přemýšlet nad smyslem, proč je pravidlo uváděné zrovna v této podobě, jaký je důvod zrovna toto pravidlo uvádět jako klíčové a jaký má smysl pro jednotlivé terapeutické komunity, jednotlivé terapeuty a klienty.

Původ vyhýbání se sexuálním kontaktům bychom možná mohli vysledovat v prvních komunitách, které měly mimo jiné i náboženský význam a sex mohly vnímat jako něco, co odvádí člověka od zásadnějších a vznešenějších cílů.

Jiný význam a genezi zákazu sexu popisuje Kooyman²: „... po roce dlouhých diskusí ve skupině s demokratickými pravidly došli klienti k tomu, že sex je zneužívání a že bude lépe ho zakázat.“ Pokud budeme sex chápat jako

akt zneužití, nabývá zcela jiné podoby, než je ta, kterou vnímáme u sexu běžně. Má také zcela jiné příčiny. Zatímco v intimních důvěrném vztahu chápeme sex jako naprosto přirozenou součást, jde v případě zneužití více než o naplnění lásky o agresivní uspokojení svých pudových potřeb – tedy spíše akt násilí než přirozený sexuální styk. V takovém případě bychom ho mohli chápat jako porušení druhého pravidla – fyzické násilí, neschopnost zvládat prosociálně své agresivní pudové ambice.

V tomto pravidle však je možné také vnímat zcela jiné nebezpečí, které není tolik spojené se samotným sexuálním aktem, ale lze jej vnímat v navazování důvěrného kontaktu s jiným klientem.

Pokud je součástí úspěšně pracující komunity skupinová práce (skupinová psychoterapie), lze navazování důvěrných vztahů mezi dvěma či více členy skupiny mimo skupinu považovat za destruktivní vzhledem k práci skupiny. Dochází k mnoha prvkům, které jsou v literatuře o skupinové psychoterapii popisovány jako bránící přirozenému vývoji a léčebnému efektu skupin. Jde především o tvorbu podskupin, které mohou mít pro aktéry mnoho významů, z nichž jeden je zneužití podskupiny ke svým pudovým potřebám, k ventilaci tenzí jednotlivce, které nemá odvahu zveřejnit na skupině apod. Vždy jdou však proti smyslu skupiny. Např. Morris Nitsun nazývá soubor podobných destruktivních aspektů skupiny jako antiskupinu³, která narušuje terapeutický vývoj a ohrožuje integritu skupiny, skupinu má tendenci fragmentovat, narušit jako celek – většinou slouží k možnosti zachování a posílení obranných mechanismů.

Důvodů vzniku podskupiny či antiskupiny je celá řada. Pro prostředí terapeutické komunity se jeví jako nejvýznamnější:

- nedůvěra ve skupinu – u klientů, kteří ve svém vývoji přišli alespoň zčásti o hodnotu vztahu k druhým lidem, aspekt celkem pochopitelný a
- znovunastolení symbiotického vztahu – možno vztáhnout k regresi, ke které dochází vlivem bezpečného prostředí schopného přijmout klienta bez velkých nároků na výkon.

Se vznikem podskupiny či antiskupiny je však spojeno mnoho dalších fenoménů, mezi které patří především obranné mechanismy: udržování tajemství, acting-out, parakomunikace, přesunutí přenosu na někoho jiného atd.

Z těchto mnoha důvodů je právě formulaci porozumění, a přijetí tohoto pravidla v týmu potřebné věnovat mimořádnou pozornost a nezaměnit je s pouhým zákazem sexu, který bývá v mnoha případech pouze signálem k významnějšímu dění mezi klienty, které může jít proti komunitním principům.

Ve velké většině našich komunit je velká snaha s tímto pravidlem nakládat pozorně a uvažovat o něm z mnoha různých úhlů, tak aby řešení nebo rozhodnutí, které při jeho porušení vznikne, nepoškozovalo klienta a bylo pro všechny srozumitelné, přijatelné a mnohdy úlevné.

Další psaná pravidla

Kromě klíčových pravidel má každá terapeutická komunita celou řadu dalších oficiálních, veřejných pravidel, která bývají zpracována jednak v operačním manuálu, jednak ve srozumitelné podobě pro klienty komunity. Podobně jako u klíčových pravidel je potřeba dbát na jejich skutečný smysl, který by měl být vždy podřízen cílům léčby a měl by také respektovat specifické charakteristiky drogově závislým klientům. Další pravidla nemusejí být neměnná. Naopak měla by reflektovat všechny změny odehrávající se v komunitě a měla by být občas celým týmem revidována tak, aby je členové týmu nejen dobře ovládali, ale aby jim rozuměli, věřili jejich smyslu a byli schopni se s nimi ztotožnit – integrovat je do svého osobního vybavení.

Nepsaná pravidla

Stejně jako v každé jiné společnosti se vedle tzv. pravidel oficiálních vyskytují pravidla nepsaná, která jsou často silnější a více respektovaná než pravidla oficiální. Vytvářejí se zcela spontánně v běžných situacích nebo je mohou do komunity vnášet pro skupinu klientů významnější jedinci. Předávají se ústně, ale mnohdy i neverbálně z klientů na klienty a často přetrvávají dlouhé roky. Některé mohou být užitečné a slouží ku prospěchu komunity, jiné však mívají destruktivní charakter. Terapeuti mnohá znají, některá tuší a některá běží naprosto mimo vnímání členů týmu. V případě, že nejsou ve shodě nebo se dostanou do rozporu s pravidly oficiálními, dochází k otevřenému nebo skrytému komunitnímu konfliktu, který není v souladu s jedním ze zásadních komunitních principů – otevřeností k dění v komunitě a ke svému prožívání.

Nepsaná pravidla mohou často vzniknout např. na základě nesprávně pochopených pravidel základních: „Co se nesmí dělat, o tom se ani nesmí mluvit.“ V tomto případě hrozí nebezpečí hlavně u klientů, kteří se rozhodli být dobrými klienty a toto rozhodnutí se snaží naplnit především plněním pravidel, norem, doporučení. Hlavně v počátku léčby bohužel příliš neuvažují o svém pobytu ve smyslu zvýšení osobních kompetencí a zrání k odpovědnosti. Pokud mají tito klienti mezi ostatními dostatečnou autoritu, může začít platit výše zmíněné pravidlo. Výsledkem tohoto nepsaného pravidla je, že klienti veřejně nehovoří nejen o věcech, které se skutečně odehrály, ale také o myšlenkách a nápadech, které by mohly být v konfliktu s pravidly. Témata se potom stávají předmětem soukromých hovorů a skupina může postupně ztrácet svou hodnotu.

Úkolem terapeutického týmu je snažit se nepsaná pravidla rozkrývat a v bezpečném prostoru spolu s klienty zpracovávat – nacházet v nich smysl nebo odhalovat jejich nevhodnost, případně destruktivitu.

Nevědomá pravidla

Tato pravidla patří zčásti do v minulé kapitole popsaných pravidel nepsaných a zčásti se týkají osobních pravidel, norem každého člena komunity – terapeutů i klientů. Mohli bychom je také nazvat nevědomým působením su-perega každého člena komunity na posuzování a ovlivňování vnějšího okolí.

Každý člověk si do života přináší celou řadu nevědomých pravidel pramenících z velké části z jeho původní rodiny, z původní výchovy – takto má svět vypadat, taková má pravidla. Považuje je za naprosto samozřejmá a není snadné přistoupit na zpochybnění jejich platnosti. Podobně jako u nepsaných pravidel jsou u většiny lidí převážně prosociální (u profesionálů v pomáhajících profesích to lze očekávat téměř samozřejmě), ale jsou mezi nimi i zbytečné, nesmyslné nebo destruktivní. Zatímco u klientů s nimi víceméně počítáme a jsme připraveni je rozpoznávat a zpracovávat, u terapeutů, právě proto, že jsou nevědomá, zůstávají dlouho skrytá a mohou přinášet komplikace.

Nepříjemnosti způsobené používáním nevědomého pravidla se mohou vyskytnout např. u klienta, který je zvyklý žít ve světě, kdy mocnější má také právo na manipulaci či jiné využívání své výhody na úkor ostatních (klient, který má za sebou ústavní výchovu, vězení, autoritativní rodiče...). Tento klient si plně v souladu se svým přesvědčením (nevědomým osobním pravidlem) může začít vyřizovat některé konfliktní situace s jinými klienty prostřednictvím své role – např. „šéf domu“.

Členové týmu by si tyto vnitřní síly měli zpracovávat ve svém dalším profesním vzdělávání – často v psychoterapeutických výcvicích, ale měli by být schopni jim být otevření, umět je zpracovávat i v běžné profesní praxi, jejíž součástí je také sebereflexe a schopnost rozpoznávat vlastní projekce, přenosy a protipřenosy. U klientů se z části práce s těmito nevědomými pravidly a normami stává součástí běžné psychoterapeutické praxe jak na skupině, tak v individuálním kontaktu.

Na závěr malou poznámku: většinou se uvádějí pravidla hlavně pro klienty a málo se píše a mluví o pravidlech pro terapeuty, kterých je celá řada a jsou součástí „operačního manuálu“, „směrnice“ apod. S těmito pravidly je potřeba zacházet stejně pozorně.

Režim

Režim můžeme v terapeutické komunitě zařadit do prvků, které mají za úkol vést klienty k uvědomění si běžné reality a její důležitosti; výhody pravidelnosti; přizpůsobení se oprávněným požadavkům většiny; sounáležitosti s dalšími členy skupiny/komunity; odpovědnosti, kterou má klient k ostatním a odpovědnosti ostatních za něho apod. Jde tedy primárně o získání sociálních dovedností, přijetí a pochopení jejich důležitosti pro běžný život.

Aby k tomu mohlo dojít, je potřeba vytvořit takový režim, který bude naprosto srozumitelný a bude důsledně vycházet ze skutečných potřeb provozu komunity (nebude režim jenom pro režim). Bude klást na klienty přiměřené a splnitelné požadavky, bude důsledně vyžadován, ale zároveň umožní klientovi užitečně zpracovávat všechny události/akce, které jsou s ním v rozporu.

Režim je prvek, který svou pravidelností a jasností vytváří pozadí celého terapeutického procesu v terapeutické komunitě. Svým časováním, pravidelností, stereotypem, rytmem apod. vytváří jasně předvídatelný rámec vedoucí k přijetí zvyků společenství a k řádu, kterým jsme se společně rozhodli řídit. Měl by být pro všechny členy komunity (terapeuty i klienty) samozřejmý a všichni by měli rozumět jeho nezbytnosti nejen pro účely léčby, ale pro samotný bezproblémový chod komunity. Ve většině komunit obsahuje režim nejen prvky týkající se chodu komunity, ale také prvky vzácné, sváteční, které jsou kořením komunity. Bývají emocionálně zabarvené a vyskytují se nejčastěji v podobě různých rituálů.

Za podobu režimu nesou terapeuti největší odpovědnost, ale neměli by být těmi, kteří se starají o jeho naplnění. Ideální situace je, když se režimem terapeuti nemusejí zabývat vůbec a starost o něj se stane samozřejmou povinností klientů vyšších fází v podobě přijímání komunitních funkcí či rolí, jako jsou např. „šéf domu“, „kuchař“, „zdravotník“ atd. Tyto funkce motivují klienty k aktivnějšímu přijetí odpovědnosti za komunitu, ale také je vystavují požadavkům zpracovávat případné porušování daných pravidel ať již vlastním osobním nasazením a vztahem s ostatními, svoláním mimořádných skupin či přidělováním sankcí nebo jiných dohodnutých represivních opatření. Jinými slovy mají za úkol působit na ostatní klienty ve smyslu dodržování a přijetí dohodnutého. Terapeutům potom zbývá dostatek prostoru na zpracovávání témat jednotlivých klientů a skupiny a stávají se pro klienty důvěrnými pomocníky v řešení jejich problémů. Udržitelnost této ideální podoby není snadná a vyžaduje velkou péči o celkovou atmosféru v komunitě, záleží na rozložení klientů do jednotlivých fází, na spokojenosti terapeutů se svoji prací, ale také se svými vnitřními vztahy a na mnoha dalších faktorech.

V případě, že se režimové prvky z různých důvodů neodehrávají podle představ terapeutů, mělo by to být významným signálem pro tým, aby společně přemýšleli, co destruktivního se v komunitě odehrává. Roli může hrát velká obměna klientů, nedostatek tzv. nositelů komunitní tradice a kultury. Potom nezbyvá terapeutům, než se režimu věnovat s větším nasazením a pokoušet se jej vysvětlit, aby se jeho smysl pro klienty obnovil a ti jej přijali. Příčinou neschopnosti dodržovat režim mohou být také neřešené konflikty mezi klienty, tabuizovaná témata ve skupině, ale také konfliktní situace mezi členy týmu. V této situaci se tým může uchýlit k přitvrzování režimových prvků a věc se dále nejen neřeší, ale paradoxně se ještě zhoršuje a z terapeutů po-

máhajících se stávají více terapeuti hlídající, vyžadující, trestající a pro mnohé klienty mohou ztratit hodnotu dobrého, vnímavého, přijímajícího a pomáhajícího profesionála. Celá situace vede k posilování a eskalaci nespokojenosti na obou stranách. Důležitou roli ve zpracování podobné situaci může hrát kvalitní reflexe na intervizím setkání týmu, víra v hodnotu režimu v současné podobě a trpělivost. Neocenitelný význam mívá pohled nezaujatého a do situace nezainteresovaného člověka – vnější supervize.

Pokud slouží režim ke spokojenosti všech členů komunity, stává se velkou jistotou, vytváří bezpečný prostor a může tvořit dobré pozadí pro práci skupiny a pro naplnění cílů komunity.

I když režim běží bezproblémově a klienti se dobře starají o jeho chod, dochází u terapeutů vždy více či méně ke konfliktu rolí. Členové týmu se podílejí na režimových prvcích stejně jako na individuální či skupinové psychoterapii. Terapeut je zároveň ten, který hlídá pravidla, podílí se na udělování různých sankcí, zároveň je s klienty v běžném lidském kontaktu, zároveň je v rámci terapie vstřícným, emaptickým, tolerantním a chápajícím terapeutem. Někteří klienti mohou mít s touto troj i vícero rolí terapeutů nesnáze a může jim uzavírat cestu ke svobodnému projevu na skupinách. Cesta, jak tento konflikt zmírnit, je být pozorný a dbát na dobré vymezení jednotlivých prvků – v tomto případě především individuální či skupinovou psychoterapii. Měla by být něčím, co leží mimo režim, je jiným prostorem, kde platí jiná pravidla. Můžeme o ní uvažovat jako o něčem, co leží mimo standardní pravidla komunity. Pokud se nám toto podaří, je pravděpodobné, že klienti budou vnímat terapii oddělenou od běžného komunitního chodu, budou ji vnímat jako něco výjimečného nepodléhajícího jinak platnému režimu. Abychom tento stav umožnili, musí mít především terapeutický tým jasno v tom, jakou funkci a smysl mají v komunitě pravidla a režim, jakou terapii. Prakticky to znamená, že na skupinách se neřeší organizační věci a hlavně – nepřidělují se sankce. Neznamená to, že by se klienti na skupinách nesměli dotýkat věcí, které jsou součástí režimu a pravidel, jsou s nimi nespokojeni nebo jsou nespokojeni s jinými klienty, kteří pravidla nenaplní podle jejich představ. Nepřemýšlí se však o technickém zpracování problému, ale o prožívání klienta nebo o dynamice, kterou tato situace mezi klienty vyvolala a jak na ně působí.

Poznámky

1. Kooyman, M., *Terapeutická komunita pro závislé I* (str. 38), Středočeský kraj, 2004.
2. Kooyman, M., *Terapeutická komunita pro závislé I* (str. 39), Středočeský kraj, 2004.
3. Nitsun, M., *Anti-group: Destructive Forces in The Group and their Therapeutic Potential*, Routledge, 1996.

b Fáze komunitního programu a způsob přijetí do TK

David Adameček

Smyslem rozdělení celého programu terapeutické komunity do několika na sebe navazujících stupňů, pro které se u nás vžil pojem fáze, je podpořit a strukturovat proces změny jednotlivých klientů a mít možnost u nich tento proces průběžně sledovat a hodnotit. Klientům samotným, kteří přicházejí do terapeutické komunity s tíživým pocitem, že „všechno se musí změnit“, rozdělení programu do fází umožňuje začít hned od začátku pracovat na drobnějších krátkodobých úkolech, jejichž plnění ostatní členové komunity přiměřeně oceňují.

Hlavními kritérii pro postupy ve fázích jsou: 1) čas strávený v programu, 2) splnění všech povinností spojených s jednotlivými fázemi a 3) zřetelné pokroky v osobním růstu.

V ideálním případě by jednotlivé fáze přesně odrážely proces změny a absolvent celého programu terapeutické komunity by byl ve svém budoucím životě zaručeně úspěšný. Tak jednoduché to samozřejmě není. Postup fázemi vyjadřuje pouze postup v organizační struktuře terapeutické komunity a odráží plnění požadavků jednotlivých fází, které vycházejí z očekávání terapeutické komunity. Existují rozdíly v tom, kde se klient nachází v programu (ve které fázi), kde ve svém osobním růstu a kde v čase od nástupu do komunity. Pozitivní výsledky léčby závisí nejen na jednoduchém strávení plánovaného času v léčbě, ale hlavně na úspěšném naplnění cílů jednotlivých fází. Někteří klienti se naučí postupovat v hierarchii terapeutické komunity, ale není to u nich doprovázeno odpovídajícím vývojem v oblasti důležitých klinických změn.

Příklad 1: Klient, který strávil dětství a dospívání po ústavech se snadno a rychle naučí, jak postupovat programem ke spokojenosti celé komunity včetně týmu, program dokončí a odchází s diplomem absolventa. Záhy po odchodu relabuje a po čase žádá o přijetí do programu jiné terapeutické komunity.

Příklad 2: Klientka, která žila před nástupem do terapeutické komunity dlouho na ulici mezi squattery, má soustavné problémy s dodržováním režimu terapeutické komunity, během pobytu je z disciplinárních důvodů sesazena do nižší fáze a program končí bez slavnostního rituálu, protože na něj nemá nárok. Po odchodu pokračuje v programu doléčovacího centra, chodí do zaměstnání, nachází si bydlení, abstinuje a za rok si přijíždí do terapeutické komunity pro diplom za rok života bez drog.

Příklad 1 vypovídá o dobré schopnosti adaptace, příklad 2 o úspěšné internalizaci nových postojů a hodnot. Právě pochopení rozdílů mezi postupem v procesu internalizace a postupem v čase v jednotlivých fázích programu je zásadní pro porozumění řadě kazuistik. Vztah mezi časem stráveným v jed-

notlivých fázích i v celém programu není přímo úměrný individuálnímu klinickému pokroku. Fáze léčby nemusí odpovídat stupni internalizace. V praxi můžeme odhadovat, zda se jedná o pouhou adaptaci či o hlubší změnu, podle množství energie, se kterou určitý klient k jednotlivým etapám léčby přistupuje. Skutečná změna je obvykle spojena s množstvím zápasů a krizí. Zjednodušeně nahlíženo je sledování klienta při jeho postupu fázemi povrchem, porozumění jeho procesu změny pak hloubkou. Terapeutická komunita nesmí opomíjet jedno ani druhé. Záleží na zkušenosti týmu, jak je schopen posoudit, s čím souvisí např. pomalé procházení fázemi. Zatímco posouzení naplňování cílů jednotlivých fází lze jednoduše odškrtávat a jeho sledování zvládne i méně zkušený člen týmu, posouzení souvislosti s procesem změny je složitější a vyžaduje bohatší klinickou zkušenost. Zvolit přiměřenou náročnost je svým způsobem umění a vyžaduje spolupráci a zaujatost celé komunity, nejen terapeutického týmu. Ve složitějších situacích může tým využít i vnější supervize. Individuální rozdíly mezi klienty však nutně nevyžadují speciální léčebné strategie, zvláštní výjimky či mimořádnou pozornost jednomu na úkor ostatních. Pomoci zohlednit individuální rozdíly může to, jestliže se program zaměří na fakt změny spíše než na stupeň změny a na ochotu jednotlivců v procesu změny pokračovat (dobrá vůle, která se v prostředí TK mění ve vůli silnou).

V další části této kapitoly výše uvedené důležité souvislosti opomíjíme a zaměřujeme se na popis strukturovaného léčebného procesu (tedy jednotlivých fází programu). Procesem změny samotným se zabýváme na jiných místech této knihy.

Období před nástupem do TK

Budoucí člen komunity přichází do terapeutické komunity obvykle z nějakého zdravotnického zařízení, kde prodělal buď pouhou detoxifikaci, nebo delší léčbu. Před nástupem do TK je důležité budoucího člena dostatečně informovat o tom, co ho v TK čeká. Některá zařízení rozšiřují podrobné letáky o své činnosti a o programu do spolupracujících zařízení, někdy dokonce do těchto zařízení přicházejí pracovníci osobně s potenciálními klienty pohovořit. Návštěva terapeutické komunity je před nástupem ve většině komunit také možná. Terapeutická komunita obvykle před nástupem po klientovi požaduje, aby dodal životopis, žádost o pobyt a v době vzniku této kapitoly také tzv. „předvstupní“ dotazník¹, na jehož podobě se shodli zástupci všech TK sdružených v Sekci TK A.N.O. S uchazečem se předem vyjednávají podrobnější podmínky (finanční spoluúčast apod.). Jednotlivé TK přijímají klienty v souladu se svojí definovanou cílovou skupinou. Existují také kontraindikace k přijetí, jako například akutní psychózy, některé infekce, významné omezení pohyblivosti, ale také partnerské či příbuzenské vztahy,

známosti „z ulice“ apod. Do výběru nových členů jsou různou měrou zapojeni stávající členové komunity, kterým se obvykle jméno uchazeče sděluje předem.

V dalším textu popisujeme jednotlivé fáze s vědomím, že mezi konkrétními TK existují individuální odlišnosti. Časově obvykle připadá na nultou, první a třetí fázi přibližně polovina celkové doby pobytu, stejně jako na fázi druhou, která bývá nejdélsí. Pro zjednodušení si všímáme toho, 1) co je pro danou fázi typické, 2) jak vypadá klient na konci této fáze (čili jaké jsou cílové znaky jednotlivých fází) a 3) jaká jsou hlavní úskalí určité fáze.

Nultá fáze

Označuje se jako diagnostická, orientační, úvodní, poznávací apod.

1) *Typická je:*

- izolovanost od vnějšího světa včetně nejbližších příbuzných, která obvykle zahrnuje i zákaz telefonování a někde i písemný kontakt,
- častější krizová intervence, podpůrné individuální konzultace,
- provázení programem TK klientem, který je v TK už delší dobu (nazývá se různě, např. „starší bratr či sestra“, „anděl“ apod.),
- hájení či menší uplatňování sankčního systému,
- osobní konfrontace se využívá méně.

2) *Cílovým znakem je*

- klient, který je rozhodnutý zůstat v TK,
- zná pravidla a režim a fáze,
- naváže vztah k určitým členům týmu (zejména ke svému individuálnímu garantovi).

3) *Hlavním úskalím je* časné vypadnutí z léčby (k termínu více viz např. Kalina, 2000; kapitola VII. této knihy). Klientům se vynořují dlouho popírané pocity a myšlenky, sebeúcta mnohdy dále klesá, odpadá prvotní euforie z prostého abstinování. Člověk v TK zůstává zejména díky podpoře skupiny. Spolu s fází poslední se jedná o nejtěžší období.

První fáze

V první fázi klienti dále přijímají život v komunitě. Hodně se zabývají sami sebou, ale naslouchají ostatním. Postupně se stabilizují.

1) *Typické je, že:*

- izolovanost od vnějšího světa trvá, klienti opouštějí prostředí TK pouze s doprovodem,

- klienti vykonávají méně zodpovědné a méně náročné funkce v komunitní spoluprávě.
- klienti společně se svým garantem tvoří individuální plán a začínají plnit jeho jednotlivé úkoly.

2) *Cílové znaky:*

- klienti přijímají zodpovědnost za sebe,
- začínají chápat podstatu závislosti a požadavky na uzdravení,
- přijímají závažnost problémů souvisejících s užíváním drog a přerušili vztahy s drogovou subkulturou, vykazují dobrou vůli k pokračování v procesu změny (směrem k uzdravení).

3) *Úskalím je* opět předčasný odchod, a to na podkladě podobném jako ve fázi nulté nebo pod vlivem stagnace způsobené nepřiměřenou náročností terapeutické komunity na změny klientů, která jim dlouho neumožňuje postup do další fáze a klienti pak neunesou příliš dlouhou izolovanost.

Druhá fáze

Ve druhé fázi přijímají klienti zodpovědnost za sebe, za svá rozhodnutí, za druhé i za chod komunity. Naplno žijí v komunitě a pro komunitu.

1) *Typické znaky:*

- částečný kontakt s vnějším světem – vycházky, výjezdy,
- větší osobní svoboda,
- funkce se zodpovědností za ostatní – „manažer“ – nejvyšší v hierarchii komunitní spoluprávy,
- klienti doprovází do vnějšího světa klienty z nižších fází (k lékaři apod.), seznamují je s chodem komunity jako tzv. „starší sourozenci“,
- klienti vedou některé aktivity (např. ranní komunitu, klub apod.),
- klienti zacházejí s důvěrou komunity – někdy disponují značnými pravomocemi.

2) *Cílové znaky:*

- přimknutí ke komunitě a jejímu programu,
- klienti fungují jako vzor, dávají dobrý příklad ostatním klientům, jsou nositelem řádu a pravidel,
- podle možností obnovují vztahy s rodinou,
- uvažují o své budoucnosti, mají představu o svém budoucím působišti, o svém doléčování,
- aktivita klientů ve skupinové terapii je v této fázi nejvyšší, klienti jsou před skupinou otevřenější,
- sebeúcta klientů roste v souvislosti s postupem v komunitní hierarchii,

- osobní růst se projevuje mimo jiné v přijímání týmu a jeho členů jako autorit,
- klienti jsou schopni zvládat své negativní myšlenky a emoce,
- klienti přijímají plnou zodpovědnost za své chování, své problémy a jejich řešení,
- klienti znají filosofii TK a rozumí jejím metodám,
- klienti chtějí pokračovat v práci na sobě.

3) *Hlavním úskalím je*, jak jinak, předčasný odchod, tentokrát jako paradoxní efekt dobře postupující léčby. Klienti nabudou přesvědčení, že už jsou „vyléčeni“ a že mohou pokračovat v programu následné péče (v lepším případě) či odejít domů a začít žít „jako normální člověk“ (v horším případě).

Třetí fáze

Ve třetí fázi jsou klienti samostatní, ale zároveň žijí v komunitě. Očekává se od nich, že k této nelehké úloze přistupují poctivě a zodpovědně.

Některé komunity třetí fázi v programu nemají a jejich klienti odcházejí z druhé fáze do zařízení následné péče².

1) *Typické znaky:*

- klienti bydlí v komunitě, ale mohou se pohybovat mnohem víc než dosud ve vnějším světě, kde se připravují na budoucí život (zejména si shánějí práci a bydlení a zajišťují si následnou péči),
- klienti se nemusí účastnit celého programu,
- klienti mohou žít v oddělené budově, pokud jí určitá TK disponuje,
- klienti se přes výše uvedené různou měrou podílejí na chodu komunity a obvykle zodpovídají za přípravu a průběh některých aktivit.

2) *Cílové znaky:*

- klienti si uvědomují, kam odcházejí – znají silné i slabé stránky daného místa,
- neopomínají svoji minulou drogovou kariéru,
- nezapomínají na možnosti ohrožení, připomínají si své priority,
- znají svoje silné a slabé stránky,
- předcházejí nebezpečným situacím, dovedou je rozpoznat. Nehazardují, netestují se. Vyhýbají se rizikovým známostem,
- vyvarují se dlouhodobému stresu. Umějí pracovat i odpočívat,
- zajišťují si bydlení,
- plně si připouštějí, že odcházejí. Pocity, které to u nich vyvolává, netají, ale sdílí je s komunitou.

3) *Hlavním úskalím* je dojem klientů, že jsou „vyléčeni“ a že jsou připraveni zvládnout nástrahy vnějšího světa vlastními silami bez cizí pomoci. Tento dojem působí mnohdy zhoubně, protože klienti vynechají následnou péči.

Čtenářově pozornosti doporučujeme další dva zdroje vztahující se k tématu fází léčby (Kalina, 2001, s. 40; Adameček, 2003, s. 205) a k tématu předčasných odchodů (Kalina, 2000).

Poznámky

1. Dotazník vychází z dotazníku EUROP ASI.
2. V době psaní této kapitoly to byla např. TK Fides Bílá Voda.

Literatura

- Adameček, D. – Richterová-Těmínová, M. – Kalina, K. Rezidenční léčba v terapeutických komunitách. In Kalina, K. (ed.) *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup* 2. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 343 s. ISBN 80-86734-05-6.
- De Leon, G. *The therapeutic community: theory, model, and method*. 7th printing. New York: Springer, 2000. xviii, 452 s. ISBN 0-8261-1349-4.
- Kalina, K. 2000. *Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí: příručka pro poskytovatele, manažery a administrátory*. Praha, 2000.
- Kalina, K. et al. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia Nova, 2001. 118 s. ISBN 80-238-8014-4.

Denní program Gabriela Mahrová

Jedním ze základních terapeutických faktorů v komunitě je režimová a pravidlová struktura. Zdůrazňuje nutnost jasně strukturovaného uspořádání, které nabízí bezpečí a jistotu. Prostředí v komunitě má být jednoznačné a nabízet dostatečný tlak nutný k učení. Komunita má mít takovou strukturu, která brání nekontrolovanému chaosu. Umožňuje dělat chyby a postupovat v systému rolí s rostoucí mírou odpovědnosti. (Kooyman, 1992)¹

Denní program je konkrétním výrazem výše uvedené zásady, a tím se stává jedním ze základních prvků v modelu terapeutické komunity. Je právě tím, co dává komunitnímu životu pevný řád. Strukturované uspořádání běžných denních aktivit je v rozporu s typickým neuspořádaným životem klientů a narušuje negativní myšlení a nudu, faktory predisponující k užívání drog. (George De Leon, 2002).²

Každá terapeutická komunita má svůj podrobný denní program, který je pro každého jejího člena jistotou. Dává všeobecně přijímanou představu o tom, co právě probíhá a co bude následovat. Jde o přesné rozložení dne do

jednotlivých časových úseků a pojmenování jejich obsahu. Časové úseky jsou přesně ohraničeny a tyto hranice jsou důsledně dodržovány. Dává tak klientům možnost pohybovat se v pevně stanovených hranicích a učit se je dodržovat. Z obsahového hlediska denní režim říká, co se děje tady a teď. Jeho obsah i dodržování časového uspořádání, jsou pak zpracovávány na komunitních setkáních (ranních a večerních komunitách). Klient má prostor mluvit o tom, co právě dělá, co u toho prožívá, jak ho to ovlivňuje.

Obvyklým obsahem programu všedního dne je: vstávání, rozcvička, snídaně, úklid, ranní komunitní setkání, práce, relaxace, oběd, práce, skupinová terapie, osobní volno, večerní setkání, osobní volno, úklid, večerka. O víkendech se pořádají výlety, společné sportovní a volnočasové aktivity. Každá česká komunita má svá specifika a programy se v detailech liší, v základech jsou si však programy velmi podobné.

Denní program má nejen časovou a obsahovou kontinuitu. Je součástí celé léčby klienta a vyvíjí se v souladu s jeho potřebami. Denní program zapadá do měsíčního programu komunity, který je zase součástí celoročního plánu. Do programu jsou zařazovány delší pobytové a pracovní akce, zátěžové programy, kulturně společenská setkání ap. Taková promyšlenost a plánovanost je nutná vzhledem k délce léčby klienta, která je v Česku od 6 do 12 měsíců pobytu.

V denním programu je zahrnuto uspokojení základních potřeb jednotlivce a zároveň celé skupiny. Denní program obsahuje elementární činnosti všedního života (vstávání, hygienu, pravidelné jídlo, spánek, volný čas ap.). Jeho součástí jsou i aktivity potřebné pro zachování chodu komunity jako systému (pracovní bloky, uklízení, plnění pracovních funkcí, u klientů ve vyšší fázi léčby práce mimo komunitu). Velmi důležitou součástí jsou celokomunitní činnosti (ranní a večerní komunity, skupinová terapie, sportovní aktivity, komunitní rituály, kluby, relaxace, arteterapie ap.)

Všechny činnosti obsažené v denním řádu mají stejnou důležitost a jsou rovnocennou součástí terapie. Co se odehrává mezi členy komunity u rozcvičky, má stejnou důležitost jako to, co proběhne na skupinové terapii. Ve všedním životě se události dne vzájemně prolínají a ovlivňují, analogicky je tomu i v komunitním denním režimu. Důležitá je kontinuita, návaznost, obsahové propojení a soulad. Klient má příležitost uvědomit si, že všechno co dělá ovlivňuje život ostatních. Má možnost přebírat za své chování zodpovědnost a zažít emocionálně-korektivní zkušenost.

Klienti vlivem denního režimu obnovují návyky, které během užívání drog ztratili, nebo nikdy neměli. Nejčastěji obnovují základy hygieny, spánkový režim, pravidelné stravování ap., získávají zdravé pracovní návyky, přesnost, schopnost spolupracovat, respektovat a dodržovat hranice. Jedná se o součást terapie postavené na základech teorie sociálního učení. A současně o zdroj

získávání zdravých sociálních návyků a narušení vzorců maladaptivních forem chování. Dobře sestavený denní program odráží realitu všedního dne, respektuje zájmy a potřeby celé komunity i jejich jednotlivých členů.

Denní program je v písemné podobě přístupný všem členům komunity a jeho dodržování je pro všechny závazné. Je součástí a zároveň základem systému pravidel a vnitřního řádu komunitního života. Měl by být psaný srozumitelným a jednoduchým jazykem.

Všichni členové terapeutické komunity (klienti a terapeutický tým) mají povinnost denní řád respektovat a dodržovat. Klient komunity má právo dostávat reflexe svého chování. Proto je důležité, aby členství patřilo i terapeutickému týmu. Terapeuti jsou v denním programu s klienty. Mohou být buď prostě přítomni, nebo se plně programu účastnit. Na společných komunitních setkáních pak klientům říkají, jak je viděli, a tím jim reflektují jejich chování. Klienti mají prostor k tomu, aby mluvili o tom, jak denní program přijímají, jak na ně působí, jak vnímají jeho jednotlivé části, jaké jsou jejich prožitky při každodenních činnostech. Z tohoto hlediska se můžeme na denní program dívat jako na příležitost identifikace klienta s komunitou. Přijetí programu jako jistoty a jeho dobrovolné dodržování bývá zpravidla jedním z prvních uchovitelných a srozumitelných úspěchů klienta. Ten pak může zažít ocenění od ostatních a má příležitost pozitivně hodnotit sám sebe.

98 Dalším terapeutickým přínosem denního programu je možnost klienta udělat chybu. Klientům se především na počátku léčby, ale i během jejího průběhu, nedaří vždy časový program dodržovat. Právě u denního programu je poměrně jednoznačné a jednoduché chybu pojmenovat: „Přišel jsem do pracovního bloku pozdě.“ Důležitým krokem a úspěchem je tedy pojmenování chyby. Pak je dána možnost přijmout za ni zodpovědnost a pokusit se ji napravit.

Tím, jak klient postupuje v jednotlivých fázích léčby, které mu postupně umožňují větší samostatnost a zodpovědnost, má také větší možnost spolupodílet se na vytváření denního programu. Zpočátku mu denní režim předkládá terapeutický tým jako nabídku struktury dne. Ve vyšších fázích má pak klient větší kompetence plánovat si obsah části dne. Vždy je po něm vyžadováno, aby plnil to, co je dáno, i to co si sám naplánoval. Klient ve vyšší fázích v roli „šéfa domu“ má zodpovědnost za časový rozvrh dne. Obvykle oznamuje začátek jednotlivých součástí programu bouchnutím do gongu, zazvoněním na zvon či zvonek.

Důležitá je kontinuita, návaznost, obsahové propojení a časový soulad programu dne. Jeho přijetí a důsledné dodržování dává tolik potřebné jistoty zakotvené v bezpečné struktuře. Současně je nezbytné uplatnění nejvyššího pravidla, kterým je tzv. pravidlo zdravého rozumu. Klienti hledající cestu z chaosu se někdy chopí programu a dodrží ho i tam, kdy to tomuto pravi-

dlu odporuje. Sám program jim pak dává možnost poznat, že účelná změna strukturu neničí. Pokud venku prší a komunita právě suší seno, je nesmysl dodržet v režimu naplánovanou terapeutickou skupinu. Všichni členové komunity včetně terapeutů jdou rychle seno sklidit, protože pokud zmokne, shnije a v zimě nebude čím krmit králíky. Tato zkušenost se změnou s domyšlením následků do budoucnosti bývá pro mnohé klienty nová a klíčová.

Cílem je dosažení schopnosti klienta vytvořit si vlastní denní režim, který umí dodržovat a upravovat podle svých potřeb tak, aby zůstaly zachovány zásady zdravého způsobu života. Měl by vědět, jak ve svých plánech upřednostňovat povinnosti před zábavou a přitom nezapomínat na odpočinek a činnosti, které jsou pro něj zdrojem energie a dávají jeho životu smysl. Důležité je vytváření si vlastních jistot, schopnosti plánovat, plány plnit a účelně měnit. Dalším cílem je možnost vidět a zpracovávat události všedního dne. Umět vidět své úspěchy a ocenit se za ně. Klient by měl také získat schopnost vidět své chyby a nedostatky, hledat cesty, jak je napravit a poučit se z nich.

Tyto získané schopnosti pak dávají možnost zachování vlastní struktury a vývojové kontinuity. I vnitřní sebekázeň je významným pomocníkem pro udržení abstinence.

Poznámky

1. Kooyman, M.: Terapeutická komunita pro závislé, In: *Terapeutická komunita pro závislé I. – Vznik a vývoj* (sborník), str. 33
2. De Leon, G.: Terapeutická komunita pro závislé: vývoj v Severní Americe, In: *Terapeutická komunita pro závislé I. - Vznik a vývoj* (sborník), str. 139

Péče o každodenní chod komunity

Gabriela Mahrová

➤ Základní definice terapeutické komunity, vytvořená Světovou federací terapeutických komunit v roce 1981 zdůrazňuje významnost spolupráce týmu a klientů při řízení komunitního dění. Klienti se učí přebírat osobní zodpovědnost za vlastní život a jeho zlepšení. Prostředkem k dosažení lepší životní situace je společná práce na smysluplných úkolech ve prospěch komunity. Metodou vedoucí k trvalým změnám je sociální učení na základě prožitků, selhání, úspěchů a jejich následků.¹ (Kooyman, 1992)

Péče o každodenní chod komunity je jedním z nejsilnějších faktorů, které umožňují naplnění této části definice. Komunity slouží jako náhradní rodiny a umožňují klientovi dospět v bezpečném prostředí.² (Kooyman, 1992) Členové fungující rodiny o sebe vzájemně pečují a zároveň se společně starají o to, co jim náleží. Proto všichni členové komunity spolupracují při péči o zvířata, dům, hospodářské budovy, zahradu, pozemky a snaží se přispět k účelnému využití svěřeného prostoru. Vykonnávají práce zajišťující chod domu a uspokojování potřeb všech jeho obyvatel. Patří sem úklid, vaření, praní, žehlení, topení, práce na zahradě, na poli ap.

Pro terapii drogově závislých je důležitá pevná struktura ve všech terapeutických prvcích. Je tomu tak i v každodenní péči o chod komunity. Ta obsahuje jednotlivé činnosti a práce které jsou rozděleny do komunitních funkcí (rolí). Klient v nich získává kompetence a důvěru. Má možnost převzít zodpovědnost sám za sebe i za ostatní.

Komunitní role obsahují prvky sociálního učení prostřednictvím sociální interakce. Odrážejí sociální role reálného života a mají stejný obsah. Drogově závislý se aktivně podílí na životě komunity a získává reflexe na své chování. Díky této zpětné vazbě se klient učí rozumět svému chování ve svých životních rolích.³ (Kooyman, 1992)

Pojmenování a obsah funkcí se v českých komunitách liší jen mírně. Obecně platí, že funkce zajišťující fungování komunity, jsou svěřovány členům ve vyšších fázích léčby. Klienti v nižší fázi zastávají pouze pomocné práce s menší mírou zodpovědnosti (běžný úklid, pomocné práce v kuchyni, na zahradě, u zvířat ap.). Rozdělení kompetencí v rámci komunitní hierarchie má velký

význam. Klient v nižší fázi má možnost přebírat zkušenosti a učit se od těch, co jsou v léčbě déle. Ti, co už v léčbě postoupili, mají zase příležitost být vzorem pro ostatní. Každý klient zjišťuje, že je přijímán, i když není dokonalý a objevuje své vlastní zdroje růstu.

Za nejdůležitější jsou považovány řídicí funkce. Nejvyšší z nich je tzv. „šéf baru“, který rozděluje práci klientům a zodpovídá za její kvalitní provedení. Plánuje samořídicí programy, sportovní náplň a výlety. Spolupracuje s týmem a účastní se jeho porady. Spolupodílí se na vnášení aktuálních témat do terapeutického procesu. Významnou roli zastává i „šéf kuchyně“, který má na starosti sestavení jídelníčku, nákup a přípravu jídla pro všechny ostatní členy. Organizuje práci pomocníků v kuchyni a musí porozumět a spolupracovat při hospodaření s finančním rozpočtem.

Mezi další funkce patří zahradník, hospodář, pokladník, kotelník, pradelka, šéf dílny ap. Každá funkce je vykonávána jedním klientem po předem časově určený úsek (obvykle dva týdny). Ve většině funkcí má klient pomocníky, kterým zadává práci, vede je, kontroluje a spolupracuje s nimi. Často dochází ke konfliktům, při kterých mají klienti možnost naučit se je konstruktivně řešit. Opouštějí rovněž své manipulativní chování a začínají spolu otevřeně komunikovat a přímou cestou si říkat o pomoc.

Každá funkce má zároveň své poselství, které říká klientovi, jak je ve skupině důležitý a prospěšný. Příkladem může být kotelník, který vytváří „teplo domova“, nebo pradelka, která je zdrojem „vůně čistoty“ atd. Klient postupně prochází všemi komunitními funkcemi, zapojuje se a začíná rozumět komunitnímu dění. Během spolupráce s ostatními navazuje vztahy a získává příležitost o nich mluvit. Péče o běžný chod komunity se tak stává jedním ze zdrojů pozitivní identifikace klienta.

Klienti se ve svěřených funkcích učí sounáležitosti, schopnosti udělat něco pro druhé a plánovat budoucnost (řežu dřevo, i když tady zímě nebudu). Mají příležitost si uvědomit, že to jak svou práci dělají, vždy ovlivňuje život všech členů komunity, jak pozitivně, tak negativně. Když kuchař neuvaří, mají všichni hlad. Pokud pradelka nevypere, všichni se nemají do čeho obléknout. Zodpovědně plněná funkce dává příležitost k úspěchu a pochvalě, kterou se klienti učí přijímat. I možnost udělat chybu, převzít za ni zodpovědnost a pokusit se ji napravit, je významným přínosem v terapii.

Komunitní role jsou zdrojem zátěže, stresu a únavy. Klient v nich zažívá ocenění i kritiku, kterou neuměl dříve přijímat. Drogově závislý ve svém předchozím životě řešil tyto situace užitím omamné látky. V prostředí, kde abstinuje, potřebuje pomoc při hledání možnosti, jak je zvládnout. Do tohoto procesu jsou zapojeni všichni členové komunity. Strukturovaný program dává každému možnost o svých funkcích mluvit a zpracovávat je na komunitních a skupinových setkáních.